

(2018) cho kết quả độ đặc hiệu ở cả 4 nhóm bệnh nhân có điểm McIsaac lần lượt là 2, ≥ 3 , ≥ 4 và 5 đều xấp xỉ 0,97. Trong khi đó tỷ lệ này ở nghiên cứu của Bird (2021) lại rất thấp là 0,12 (0,08-0,18).

2 nghiên cứu của Llor (2011) và Bird (2021) đưa ra tỷ lệ sử dụng kháng sinh đã giảm rõ rệt giữa 2 nhóm bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng có hay không dựa trên thang điểm Centor. Điều này cho thấy thang điểm Centor giúp các bác sĩ lâm sàng ở các phòng khám và cơ sở khám chữa bệnh không có điều kiện làm xét nghiệm vi sinh có thể đưa ra lập luận chẩn đoán chính xác hơn cho các bệnh nhân có biểu hiện đau họng.

Theo tác giả Llor, RADT không nên được sử dụng nếu bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm virus, nghĩa là ở những bệnh nhân có ít hơn hai tiêu chí Centor và việc sử dụng thang điểm Centor chỉ nên được khuyến nghị cho một số bệnh nhân có thể đạt được từ điều trị kháng sinh và sử dụng RADT trước khi nhận đơn thuốc kháng sinh.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù hệ thống điểm Centor và McIsaac không đủ để đưa ra chẩn đoán xác định GAS, đặc biệt là ở trẻ em, tuy nhiên với độ nhạy hợp lý và độ đặc hiệu cao, các thang điểm này có thể hỗ trợ cho các bác sĩ lâm sàng trong việc đưa ra chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al.** Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2012;55(10):e86-102.
2. **Fine AM, Nizet V, Mandl KD.** Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. Arch Intern Med. 2012;172(11):847-852.
3. **Kose E, Sirin Kose S, Akca D, et al.** The Effect of Rapid Antigen Detection Test on Antibiotic Prescription Decision of Clinicians and Reducing Antibiotic Costs in Children with Acute Pharyngitis. J Trop Pediatr. 2016;62(4):308-315.
4. **Aalbers J, O'Brien KK, Chan WS, et al.** Predicting streptococcal pharyngitis in adults in primary care: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs and validation of the Centor score. BMC Med. 2011;9:67.
5. **Llor C, Madurell J, Balagué-Corbella M, Gómez M, Cots JM.** Impact on antibiotic prescription of rapid antigen detection testing in acute pharyngitis in adults: a randomised clinical trial. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2011;61(586):e244-251.
6. **Bird C, Winzor G, Lemon K, Moffat A, Newton T, Gray J.** A Pragmatic Study to Evaluate the Use of a Rapid Diagnostic Test to Detect Group A Streptococcal Pharyngitis in Children With the Aim of Reducing Antibiotic Use in a UK Emergency Department. Pediatr Emerg Care. 2021;37(5):e249-e251.

THAY ĐỔI SỐ LƯỢNG TIỂU CẦU Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC THỰC HIỆN KỸ THUẬT ECMO

Đặng Quốc Tuấn^{1,2}, Nguyễn Văn Trọng², Nguyễn Anh Tuấn¹, Lưu Tuấn Việt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ, mức độ nặng, diễn biến số lượng tiểu cầu ở bệnh nhân thực hiện tim phổi nhân tạo tại trung tâm hồi sức tích cực (HSTC). **Đối tượng:** 39 bệnh nhân thực hiện tim phổi nhân tạo tại Trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, bệnh nhân được ghi lại các thông số về SLTC, thời gian giảm tiểu cầu, tình trạng xuất

huyết, thời gian ECMO, kết quả ECMO. **Kết quả:** Giảm tiểu cầu được quan sát ở 39/39 (100%) bệnh nhân thực hiện tim phổi nhân tạo tại trung tâm Hồi sức tích cực. Trong đó, ngày khởi phát giảm tiểu cầu trung bình sau khi thực hiện tim phổi nhân tạo là $1.7 \pm 0,8$ ngày. Ở nhóm bệnh nhân ECMO thành công, số lượng tiểu cầu tăng rõ rệt sau khi dừng ECMO. **Kết luận:** Giảm tiểu cầu thường gặp ở bệnh nhân ECMO, bất kể loại chế độ ECMO. Giảm số lượng tiểu cầu có liên quan đến thời gian ECMO. Các cơ chế cơ bản là đa yếu tố, và sự hiểu biết và quản lý vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu sâu hơn để thiết kế các chiến lược theo dõi, quản lý và phòng ngừa nên là một vấn đề cần được quan tâm.

Từ khóa: Giảm tiểu cầu, hồi sức tích cực, tim phổi nhân tạo, oxy hóa màng ngoài cơ thể, ECMO

SUMMARY

CHANGE OF PLATELETS IN PATIENTS UNDERGOING ECMO

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trọng

Email: nguyenvantronghmu93@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

Study objectives: Describe the prevalence, severity, and course of platelets in ECMO patients in the intensive care center. **Study subjects:** 39 ECMO patients at Bach Mai Hospital's Intensive Care Center from September 2021 to July 2022. **Methods:** This is a descriptive study. **Results:** Thrombocytopenia was observed in 39/39 (100%) ECMO patients in the intensive care center, in which the average day of onset of thrombocytopenia was 1.7 ± 0.8 days. **Conclusion:** Thrombocytopenia is common in ECMO patients, regardless of the type of ECMO mode. Thrombocytopenia is related to ECMO duration. The underlying mechanisms are multifactorial, and understanding and management are still limited. Further research to design appropriate strategies and protocols for its monitoring, management, or prevention should be a matter of thorough investigations.

Keywords: Thrombocytopenia, intensive care unit, ECMO

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Oxy hóa qua màng ngoài cơ thể (ECMO) hay còn được gọi là tim phổi nhân tạo là một hỗ trợ tạm thời có thể hỗ trợ cơ học ngắn hạn cho tim, phổi hoặc cả hai. Được sử dụng lâm sàng lần đầu tiên vào những năm 1970, oxy hóa qua màng ngoài cơ thể đã tăng theo cấp số nhân trong 2 thập kỷ qua và hiện được coi là phương pháp điều trị duy trì sự sống trong y học chăm sóc tích cực¹. Các biến chứng xuất huyết và tắc mạch thường gặp trong quá trình điều trị ECMO, dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong đáng kể. Kích hoạt tiểu cầu đóng một vai trò quan trọng trong bối cảnh này. Sự tiếp xúc với các bề mặt và áp lực lớn trong quá trình thực hiện ECMO đã được chứng minh là làm tăng hoạt hóa tiểu cầu, điều này có thể dẫn đến gia tăng khuynh hướng huyết khối². Mặt khác, áp lực lớn cũng đã được chứng minh là làm mất các thụ thể trên bề mặt tiểu cầu, yếu tố quan trọng đối với sự kết dính của tiểu cầu, cũng như làm mất các yếu tố von Willebrand (vWF) trong lượng phân tử cao, dẫn đến giảm khả năng gắn kết của vWF với tiểu cầu³. Hơn nữa, liệu pháp chống đông máu cần thiết để duy trì tính thông thoáng của mạch và tránh các biến chứng huyết khối đóng vai trò là một yếu tố góp phần gây ra các biến chứng xuất huyết. Mối liên quan giữa thời gian ECMO và số lượng tiểu cầu (SLTC) không thống nhất giữa các nghiên cứu⁴. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về tình trạng giảm SLTC ở bệnh nhân thực hiện kỹ thuật ECMO. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu sự thay đổi của SLTC ở bệnh nhân thực hiện kỹ thuật ECMO, vì vậy tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "*Mô tả tỷ lệ, mức độ nặng, diễn biến số lượng tiểu cầu ở bệnh nhân thực hiện kỹ thuật tim phổi nhân tạo*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật ECMO tại Trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022, thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật V-V ECMO và V-A ECMO tại Trung tâm Hồi sức tích cực
- Thời gian làm ECMO tại Trung tâm Hồi sức tích cực ≥ 48 giờ
- Hồ sơ bệnh án ghi rõ ràng, đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân dưới 18 tuổi

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Lấy mẫu toàn bộ, toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu

2.2.3. Quy trình nghiên cứu

- Các bệnh nhân được thực hiện ECMO tại trung tâm trong thời gian nghiên cứu được theo dõi SLTC trên xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

- Các bệnh nhân có SLTC < 150 G/L được tiến hành thu thập thông tin, diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng, SLTC truyền trong quá trình điều trị và kết thúc điều trị.

- **Xử lý số liệu** và báo cáo kết quả nghiên cứu.

2.2.4. Các chỉ số nghiên cứu

(1) Mức độ giảm tiểu cầu⁵

Giảm SLTC khi SLTC < 150 G/L

Chia SLTC thành 3 mức:

+ Giảm nhẹ: $100 \leq \text{SLTC} < 150$ G/L

+ Giảm trung bình: $50 \leq \text{SLTC} < 100$ G/L

+ Giảm nặng: SLTC < 50 G/L

(2) Số ngày ECMO: Ngày kết ECMO trừ ngày vào ECMO

(3) Ngày khởi phát giảm tiểu cầu là ngày bắt đầu có SLTC < 150 G/L

(4) Mức độ chảy máu⁶

- Chảy máu nặng:

+ Chảy máu rõ ràng trên lâm sàng có Hb giảm ≥ 2 g/dl/24 giờ hoặc lượng máu mất > 20 ml/kg/24 giờ hoặc phải truyền hồng cầu > 10 ml/kg/24 giờ

+ Chảy máu phổi, ổ bụng, não hoặc chảy máu phải can thiệp phẫu thuật đều được xem là chảy máu nặng.

- Chảy máu nhẹ: Lượng máu mất ≤ 20 ml/kg/24 giờ hoặc phải truyền hồng cầu \leq

10ml/kg/24 giờ

(5) Chỉ định truyền tiểu cầu⁷: Truyền khối tiểu cầu khi xét nghiệm tiểu cầu < 80G/L

2.2.5. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu quan sát mô tả, không can thiệp, không ảnh hưởng đến quá trình và kết quả điều trị.

- Các thông tin cá nhân của bệnh nhân đều được giữ kín.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 39 bệnh nhân thực hiện ECMO được đưa vào nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung giảm tiểu cầu do ECMO

Biến (n =39)		
Số ngày điều trị (ngày)		12,6±5,6
Loại ECMO		
V-A ECMO (n, %)		32 (81,1%)
V-V ECMO (n, %)		7 (17,9%)
Số ngày ECMO (ngày)		9,4±4,6
Mức độ giảm SLTC	Nhẹ (n, %)	1 (2,6%)
	Trung bình (n, %)	24 (61,5%)
	Nặng (n, %)	14 (35,9%)

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân giảm tiểu cầu mức độ trung bình hoặc nặng.

Bảng 2. Đặc điểm giảm số lượng tiểu cầu ở bệnh nhân ECMO

	Chung	V-A ECMO	V-V ECMO	P
Khởi phát (ngày thứ)	1,5 ±0,8	1,6 ±0,5	1,4 ±0,5	0,438
Số ngày (giảm)	9	8,6	9,2	0,423

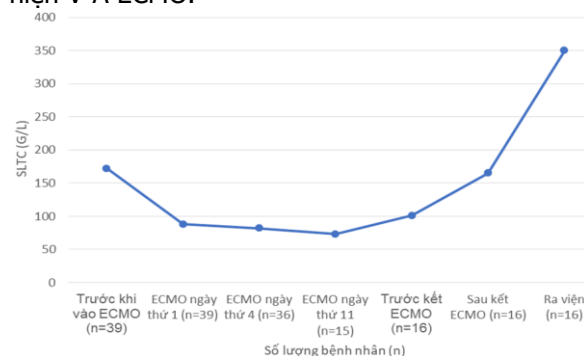
	±4,5	±0,7	±0,5	
Giá trị thấp nhất (G/L)	54 ±21,3	57 ±20,7	42 ±21,4	0,107
Ngày tiểu cầu số lượng thấp nhất (ngày thứ)	5±4	4,8 ±0,7	5,7 ±1,7	

Nhận xét: Thời gian khởi phát giảm SLTC thường ngày 1,5 sau khi vào ECMO.

Bảng 3. Tỷ lệ biến chứng chảy máu

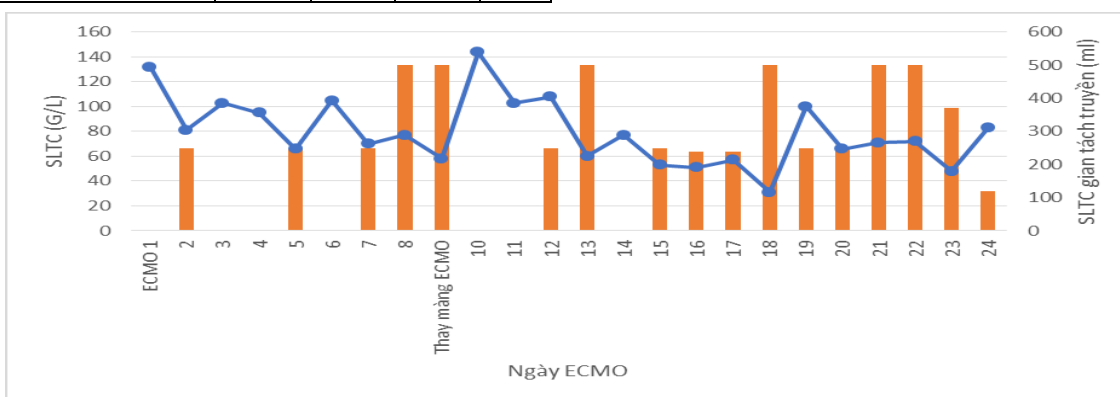
	V-A ECMO (n)	V-V ECMO (n)	Tỷ lệ %
Chảy máu nặng	5	0	12,8
Chảy máu nhẹ	24	4	71,8
Tổng	32	7	

Nhận xét: Tỷ lệ chảy máu trong nghiên cứu là 84,6%, trong đó 12,8% bệnh nhân chảy máu mức độ nặng, đây đều là các bệnh nhân thực hiện V-A ECMO.



Biểu đồ 1. Diễn biến số lượng tiểu cầu

Nhận xét: SLTC giảm rõ rệt sau khi vào ECMO, tăng sau kết ECMO



Biểu đồ 2. Diễn biến số lượng tiểu cầu và khối lượng tiểu cầu truyền cho bệnh nhân thay màng ECMO (n=1)

Nhận xét: SLTC cần truyền tăng dần theo thời gian ECMO, giảm sau khi thay màng ECMO.

IV. BÀN LUẬN

Giảm SLTC là tình trạng phổ biến ở bệnh

nhân thực hiện tim phổi nhân tạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 39/39 (100%) thực hiện tim phổi nhân tạo có giảm tiểu cầu. Trong đó, SLTC giảm thấp nhất là 54±21,3 G/L. Kết quả này gần tương tự với Nguyễn Văn Trọng (2019) với 100%

bệnh nhân V-A ECMO, 90% bệnh nhân V-V ECMO có giảm SLTC⁸. Cao hơn nghiên cứu của Phạm Đăng Thuận (2016) với $54,3 \pm 13,8\%$ bệnh nhân giảm tiểu cầu khi điều trị bằng tim phổi nhân tạo⁹. Tuy nhiên, một nghiên cứu tổng quan hệ thống của Jiritano (2020) ở 21 nghiên cứu từ tháng 7 năm 1975 đến tháng 8 năm 2019 cho thấy tỷ lệ giảm tiểu cầu chung ở bệnh nhân thực hiện tim phổi nhân tạo là 21%, thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu ở Việt Nam⁴. Để lý giải điều này, các bệnh nhân ECMO của chúng tôi bị bệnh nặng hơn với điểm SOFA cao hơn và điểm DIC cao hơn. Theo đó, mối liên quan quan sát được giữa việc sử dụng ECMO và giảm tiểu cầu có thể bị nhầm lẫn bởi mức độ nghiêm trọng và thời gian mắc bệnh hiểm nghèo của đối tượng.

Nguyên nhân của giảm tiểu cầu ở bệnh nhân thực hiện tim phổi nhân tạo có thể do nhiều yếu tố (tiếp xúc với bề mặt lạ, kích hoạt tiểu cầu, kích hoạt dòng thác viêm và đông máu), nhiễm trùng huyết, thuốc, phẫu thuật, chảy máu, thiết bị nội mạch và truyền máu là các yếu tố góp phần. Bên cạnh sự xuất hiện nhanh chóng của hiện tượng này, một trong những quan sát chính trong tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp hiện nay là giảm tiểu cầu phổ biến ở bệnh nhân ECMO, bất kể loại chế độ ECMO. Malferttheiner và cộng sự (2016) cho thấy trong thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên của họ rằng việc giảm SLTC không phụ thuộc vào công nghệ ECMO được áp dụng.¹⁰ Đồng thời, tiểu cầu cũng có biểu hiện giảm thu thể. Lukito và cộng sự (2016) đã chứng minh sự giảm đáng kể biểu hiện của các thụ thể bám dính (GPIIb và GPVI). Quá trình này làm giảm khả năng liên kết của tiểu cầu với vWF và collagen, dẫn đến suy giảm chức năng tiểu cầu.¹¹ Tính toàn vẹn của tiểu cầu về chức năng và cấu trúc ở bệnh nhân ECMO vẫn là một lĩnh vực nghiên cứu có liên quan để tăng cường quản lý bệnh nhân và tác động đến tỷ lệ biến chứng, trong đó có cả rối loạn huyết khối và chảy máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian khởi phát giảm tiểu cầu trung bình là $1,7 \pm 0,8$ ngày, giảm tiểu cầu thấp nhất trung bình là ngày điều trị thứ 5. Tương tự với nghiên cứu tổng quan hệ thống của Jiritano (2020). SLTC thường giảm trong 2 – 3 ngày đầu tiên cho đến ngày thứ 7 sau khi ECMO. Từ biểu đồ 1 cho thấy, SLTC giảm có xu hướng liên quan thời gian điều trị ECMO, thời gian điều trị ECMO càng lâu, tiểu cầu càng giảm, nhu cầu truyền tiểu cầu càng tăng. Trong thời gian nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân thay màng ECMO. Sau khi thay màng

ECMO, nhu cầu truyền tiểu cầu ở bệnh nhân này có xu hướng giảm xuống trong những ngày đầu, biểu hiện bằng việc chúng tôi không phải truyền tiểu cầu 2 ngày đầu. (Biểu đồ 2). Sau đó bệnh nhân cần phải truyền tiểu cầu hàng ngày và số tiểu cầu cần truyền hàng ngày có xu hướng tăng lên. Điều này tương tự với nghiên cứu của Weingart (2015) và Panigada (2016). Chúng tôi có 16 bệnh nhân kết ECMO thành công, tất cả các bệnh nhân này đều tăng SLTC ngay sau khi kết ECMO và tất cả bệnh nhân khi rời khỏi trung tâm có SLTC $>150G/L$. Trong những giờ đầu tiên khi máu của cơ thể tiếp xúc với hệ thống nhân tạo, màng nhân tạo, sẽ kích hoạt hệ thống đông máu liên tục, tiểu cầu liên tục bám dính và hoạt hóa, hấp dẫn thêm các yếu tố đông máu, các protein tiền đông máu, các thành phần của tế bào máu, cùng hàng loạt tiểu cầu khác, tạo thành cục máu đông, thậm chí quá trình khuếch đại ở nhiều vị trí trên màng nhân tạo, có thể tạo ra nhiều huyết khối lớn nhỏ khác nhau gây ảnh hưởng đến hệ thống ECMO cũng như cơ quan trọng cơ thể. Sau đó là liên tục là quá trình tiêu fibrin, phá hủy cục đông. Hai quá trình này diễn ra liên tục gây ra tình trạng thiếu hụt các yếu tố liên quan đông máu đặc biệt là tiểu cầu.

Chảy máu là biến chứng hay gặp và nguy hiểm trong ECMO. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có biến chứng chảy máu khá cao (84,6%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của nhiều tác giả. Theo Aubron và cộng sự (2016) khi nghiên cứu 149 bệnh nhân ECMO thì tỉ lệ chảy máu là 60%.¹⁴ Trong nghiên cứu hồi cứu 61 bệnh nhân ECMO của Chang và cộng sự (2016) tỉ lệ biến chứng chảy máu chiếm 55,7%. Có thể giải thích kết quả này là do bệnh nhân ECMO thường là những bệnh nhân rất nặng, có rất nhiều rối loạn đặc biệt là những rối loạn về đông máu. Khi chạy ECMO thường có giảm tiểu cầu, hơn nữa quá trình điều trị ECMO kéo dài phải sử dụng một lượng lớn thuốc chống đông nên tỉ lệ chảy máu cao. Mối quan hệ giữa giảm tiểu cầu và chảy máu là hai chiều, xuất huyết thường gây giảm tiểu cầu, sau đó giảm tiểu cầu làm tăng nguy cơ xuất huyết. Tuy nhiên, nhiều yếu tố có thể liên quan đến các biến cố chảy máu, bên cạnh giảm tiểu cầu và suy giảm chức năng tiểu cầu, như chống đông máu quá mức, tuổi cao.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 39 bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật tim phổi nhân tạo tại Trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm

2021 đến tháng 7 năm 2022 chúng tôi có kết luận như sau:

- Giảm tiểu cầu thường gặp ở bệnh nhân ECMO, bất kể loại chế độ ECMO.
- Thời gian khởi phát giảm SLTC thường ngày 1,5 sau khi vào ECMO.
- Giảm SLTC có liên quan đến thời gian ECMO. Thời gian ECMO càng dài, SLTC càng giảm nặng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lindén V, Palmér K, Reinhard J, et al.** High survival in adult patients with acute respiratory distress syndrome treated by extracorporeal membrane oxygenation, minimal sedation, and pressure supported ventilation. *Intensive Care Med.* 2000;26(11):1630-1637. doi:10.1007/s001340000697
2. **Abrams D, Baldwin MR, Champion M, et al.** Thrombocytopenia and extracorporeal membrane oxygenation in adults with acute respiratory failure: a cohort study. *Intensive Care Med.* 2016;42(5):844-852. doi:10.1007/s00134-016-4312-9
3. **Sokolovic M, Pratt AK, Vukicevic V, Sarumi M, Johnson LS, Shah NS.** Platelet Count Trends and Prevalence of Heparin-Induced Thrombocytopenia in a Cohort of Extracorporeal Membrane Oxygenator Patients. *Crit Care Med.* 2016;44(11):e1031-e1037. doi:10.1097/CCM.0000000000001869
4. **Jiritano F, Serraino GF, ten Cate H, et al.** Platelets and extra-corporeal membrane oxygenation in adult patients: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.* 2020;46(6):1154-1169. doi:10.1007/s00134-020-06031-4
5. **Williamson DR, Lesur O, Tétrault JP, Nault V, Pilon D.** Thrombocytopenia in the critically ill: prevalence, incidence, risk factors, and clinical outcomes. *Can J Anaesth J Can Anesth.* 2013;60(7):641-651. doi:10.1007/s12630-013-9933-7
6. **Smith A, Hardison D, Bridges B, Pietsch J.** Red blood cell transfusion volume and mortality among patients receiving extracorporeal membrane oxygenation. *Perfusion.* 2013;28(1):54-60. doi:10.1177/0267659112457969
7. **Aubron C, DePuydt J, Belon F, et al.** Predictive factors of bleeding events in adults undergoing extracorporeal membrane oxygenation. *Ann Intensive Care.* 2016;6(1):97. doi:10.1186/s13613-016-0196-7
8. **Nguyễn Văn Trọng.** Khảo sát một số rối loạn đông cầm máu ở bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật tim phổi nhân tạo. Luận văn thạc sĩ Y học 2019, Trường Đại học y Hà Nội
9. **Phạm Đăng Thuận.** Nhận xét hiệu quả phác đồ chống đông bằng heparin trong kỹ thuật tim phổi nhân tạo tại giường. Luận văn thạc sĩ Y học 2016, Trường Đại học y Hà Nội
10. **Malfertheiner MV, Philipp A, Lubnow M, et al.** Hemostatic Changes During Extracorporeal Membrane Oxygenation: A Prospective Randomized Clinical Trial Comparing Three Different Extracorporeal Membrane Oxygenation Systems. *Crit Care Med.* 2016;44(4):747-754. doi:10.1097/CCM.0000000000001482
11. **Lukito P, Wong A, Jing J, et al.** Mechanical circulatory support is associated with loss of platelet receptors glycoprotein Iba and glycoprotein VI. *J Thromb Haemost JTH.* 2016;14(11):2253-2260. doi:10.1111/jth.13497

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG PHỨC HỢP SỤN SỢI TAM GIÁC (TFCC) CỔ TAY TRÊN NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Trần Nguyễn Phương^{1,2}, Đào Xuân Thành¹, Bùi Hồng Thiên Khanh^{2,3},
Huỳnh Phương Nguyệt Anh², Lê Trọng Tân², Lê Viết Sơn²,
Nguyễn Phú Chân², Vũ Xuân Thành³

TÓM TẮT

Mở đầu: Tổn thương TFCC là nguyên nhân thường gặp của đau khớp cổ tay phía trụ. Chưa có nghiên cứu nào ở Việt Nam đánh giá kết quả điều trị tổn thương này. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết

quả ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị tổn thương TFCC trên người trưởng thành. **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả dọc 22 bệnh nhân điều trị tổn thương TFCC bằng phẫu thuật nội soi từ 1/2021 - 3/2022 tại BV ĐHYD TPHCM. Kết quả điều trị thể hiện qua thang điểm đánh giá chức năng cổ tay MMWS và thang điểm đau VAS, so sánh trước mổ, sau mổ 1, 3 và 6 tháng. Kết quả: Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 12,68 ± 4,98 tháng, 95.5% bệnh nhân có triệu chứng đau giảm rõ rệt sau phẫu thuật 6 tháng. Điểm VAS đã cải thiện dần sau mổ: tại thời điểm sau mổ 1 tháng (4,14 ± 1,17), 3 tháng (1,86 ± 1,49), 6 tháng (0,73 ± 1,35) giảm so với trước mổ (6,95 ± 1,50) (p<0,001). Chức năng khớp cổ tay cải thiện tốt so với trước mổ, điểm MMWS trung bình từ 51,3 ± 7,07 điểm tăng lên 94,3 ±

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

³Trường Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương

Email: phuong.tn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023