

bào mô đệm (lympho bào, tế bào sợi)

(B) SSL-15, MLH1, x400: mất biểu hiện nhân tế bào biểu mô ở 1/2 trên của tuyến, biểu hiện nhân ở các tế bào biểu mô 1/2 dưới của tuyến và tế bào mô đệm.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy các đặc điểm mô bệnh học các tổn thương/polyp răng cửa ở ĐTT theo cập nhật của WHO 2019.

Định hướng mẫu mô kém có thể ảnh hưởng đến tần suất các đặc điểm quan trọng trong chẩn đoán, từ đó cho thấy vai trò quan trọng của định hướng mẫu mô.

Nghiên cứu không ghi nhận mất biểu hiện MLH1 trong SSLD. Tuy nhiên cỡ mẫu nhỏ, cần nhiều nghiên cứu để khẳng định tần suất và vai trò MLH1 trong chẩn đoán SSLD.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Bài báo được hỗ trợ kinh phí đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh đã cấp kinh phí thực hiện đề tài theo hợp đồng số 133/2021/HĐ-ĐHYD.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bateman, A. C.** (2021), "The spectrum of serrated colorectal lesions-new entities and unanswered questions", *Histopathology*. 78(6), pp. 780-790.
2. **Bettington, M., et al.** (2017), "Clinicopathological and molecular features of sessile serrated adenomas with dysplasia or carcinoma", *Gut*. 66(1), pp. 97-106.
3. **Crockett, S. D. and Nagtegaal, I. D.** (2019), "Terminology, Molecular Features, Epidemiology, and Management of Serrated Colorectal Neoplasia", *Gastroenterology*. 157(4), pp. 949-966.e4.
4. **Jaravaza, D. R. and Rigby, J. M.** (2020), "Hyperplastic polyp or sessile serrated lesion? The contribution of serial sections to reclassification", *Diagn Pathol*. 15(1), p. 140.
5. **Kim, M. J., et al.** (2013), "Traditional serrated adenoma of the colorectum: clinicopathologic implications and endoscopic findings of the precursor lesions", *Am J Clin Pathol*. 140(6), pp. 898-911.
6. **Liu, C., et al.** (2017), "Sessile serrated adenomas with dysplasia: morphological patterns and correlations with MLH1 immunohistochemistry", *Mod Pathol*. 30(12), pp. 1728-1738.
7. **Pai, R. K., J., Makinen M., and Rosty, C.** (2019), WHO classification of tumors: Digestive system tumours, 5th ed, World Health Organization Classification of Tumours, Lyon: International Agency for Research on Cancer.
8. **Wiland, H. O. th, et al.** (2014), "Morphologic and molecular characterization of traditional serrated adenomas of the distal colon and rectum", *Am J Surg Pathol*. 38(9), pp. 1290-7.

## ĐÁNH GIÁ THAY ĐỔI MỘT SỐ YẾU TỐ ĐÔNG MÁU Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

Lê Tiến Dũng<sup>1</sup>, Phạm Thái Dũng<sup>1</sup>, Châu Quỳnh Châu<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thanh Tùng<sup>2</sup>, Hoàng Trung Hiếu<sup>2</sup>, Lê Vương Anh<sup>2</sup>,  
Nguyễn Trí Thanh<sup>2</sup>, Thái Leng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát sự biến đổi một số yếu tố đông máu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 30 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại BM - TT hồi sức cấp cứu và chống độc - Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y. **Kết quả:** Nghiên cứu 30 bệnh nhân, 18 nam (60%), có tuổi trung bình là  $61,4 \pm 17,3$  và có 46,7% có bệnh nền. Tỷ lệ tử vong là 46,7% (14). Số lượng tiểu cầu giảm thấp nhất tại thời điểm ngày thứ 3 sau chẩn đoán xác định T3 ( $121 \pm 85,8$ ) và tại thời điểm ngày thứ 5 (T5) thứ 7 (T7) ở nhóm tử vong thấp

hơn nhóm sống có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Ở nhóm tử vong PT% thấp hơn 70% ngay ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu, sau đó thấp dần trong các ngày tiếp theo và thấp nhất vào ngày thứ 7 ( $48 \pm 29,8\%$ ) thấp rõ rệt so với nhóm sống ở thời điểm T5, T7 ( $p > 0,05$ ). Tương tự APTTs kéo dài trên 42s ngay tại thời điểm chẩn đoán, tiếp tục tăng vào các ngày sau đó và cao nhất vào ngày thứ 7 ( $60,15 \pm 43,2s$ ) và khác biệt ý nghĩa ( $p > 0,05$ ) ở ngày thứ 7 so với nhóm sống. Điểm DIC > 5 và tăng dần trong cả 5 thời điểm nghiên cứu, cao nhất vào ngày thứ 7 ( $5,9 \pm 1,3$ ) ở nhóm tử vong và cao hơn nhóm sống có ý nghĩa thống kê tại thời điểm T5, T7. **Kết luận:** Số lượng tiểu cầu và chỉ số PT% có xu hướng giảm dần ở nhóm tử vong, thời gian APTTs kéo dài qua các thời điểm nghiên cứu và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống tại thời điểm ngày thứ 5 (T5), ngày thứ 7 (T7). Điểm DIC > 5 ở tất cả các thời điểm nghiên cứu và khác biệt có ý nghĩa so với nhóm sống tại thời điểm T7. **Từ khóa:** Chỉ số đông máu, điểm DIC, sốc nhiễm khuẩn.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tiến Dũng

Email: drletien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2023

Ngày duyệt bài: 12.7.2023

**SUMMARY****THE CHANGE OF SOME COAGULATION INDICES IN SEPTIC SHOCK PATIENTS**

**Objectives:** To survey the change of some coagulation parameter septic shock patients. **Materials and method:** Prospective Descriptive Study on 30 septic shock patients treated in the Centre of Emergency, Intensive Care Medicine and Clinical Toxicology – 103 Military Hospital – Vietnam Military Medical University. **Result:** The male/female ratio was 1.5, average age of  $61,4 \pm 17,3$  Where as 46,7% had co - disease. Death rate is 46,7% (14). The lowest platelet count at the 3<sup>rd</sup> day ( $121 \pm 85,8$ ) and at the 5<sup>th</sup>, 7<sup>th</sup> day of the dead group was lower than the survivor group statistical significance ( $p < 0,05$ ). The PT% of the dead group was 70% lower than at the time of diagnosis sepsis shock, then gradually decrease on the next day and reached the lowest on the 7<sup>th</sup> day ( $48 \pm 29,8\%$ ) clearly low when compared to the survivor group at the 5<sup>th</sup>, 7<sup>th</sup> day ( $p > 0,05$ ). Similar to APTTs extended more than 42s straight at the time of diagnosis, continued increase in the following day and reached the highest at the 7<sup>th</sup> day ( $60,15 \pm 43,2s$ ) and to compared to the survivor group, it's significance different ( $p > 0,05$ ) at the 7<sup>th</sup> day. DIC score  $> 5$  and gradually increased in the whole 5 times of study, reached the highest at the 7<sup>th</sup> day ( $5,9 \pm 1,3$ ) of the dead group and higher than the survivor group statistical significance at the 5<sup>th</sup>, 7<sup>th</sup> day. **Conclusions:** The sepsis shock patients of the dead group have the platelet count and PT% index tended to decrease gradually, APTTs time was prolonged over the study period and there is statistically significance difference compare to the survivor group at the 5<sup>th</sup> and 7<sup>th</sup> day. To go abreast with that is the DIC score  $> 5$  at all over the time of study and clearly different when compare to the survivor group at the 7<sup>th</sup> day. **Keywords:** Coagulation indices, DIC score, septic shock.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sốc nhiễm khuẩn (SNK) là bệnh lý phức tạp, có nguy cơ đe dọa tính mạng và cần được chăm sóc y tế đặc biệt tại chuyên khoa hồi sức. Biểu hiện của SNK là tình trạng tụt huyết áp dai dẳng dẫn đến giảm tưới máu mô và rối loạn chuyển hóa cấp độ tế bào ở bệnh nhân (BN) nhiễm khuẩn huyết.

Biểu hiện rất hay gặp trong bệnh cảnh của các bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn mà mức độ ảnh hưởng lớn tới điều trị và tiên lượng là rối loạn đông máu. Cho tới nay, đã có nhiều tác giả nghiên cứu về sốc nhiễm khuẩn nói chung và rối loạn đông máu nói riêng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn [2], [3]. Tuy nhiên, sự biến đổi của một số chỉ số đông máu như số lượng tiểu cầu, tỉ lệ PT%, APTTs trong khoảng 7 ngày sau khi nhập viện cũng chưa được các nghiên cứu này chỉ ra một cách rõ ràng. Đặc biệt, việc Hiệp hội Quốc tế về huyết khối và cầm máu (ISTH) phát triển tiêu

chẩn chẩn đoán hội chứng đông máu rải rác trong lòng mạch (DIC) dựa trên các thang điểm tương ứng cũng đã mở ra nhiều hướng đi mới cho việc chẩn đoán và theo dõi tình trạng rối loạn đông máu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn [3]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát sự biến đổi một số chỉ số đông máu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn nhằm mục tiêu: *Đánh giá thay đổi một số yếu tố đông máu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****2.1. Đối tượng nghiên cứu****2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- BN tuổi từ 18 tuổi trở lên.
- BN được chẩn đoán SNK theo định nghĩa sepsis 3 năm 2016 [1].
- Gia đình hoặc người đại diện hợp pháp đồng ý tham gia NC.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:**

- BN có rối loạn đông cầm máu trước đó: Bệnh Hemophilia, xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch, tăng tiểu cầu tiên phát, viêm thành mạch dị ứng...
- BN tử vong trong vòng 24h sau khi được chẩn đoán.

**2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành tháng 01/2022 đến tháng 3/2023 tại Bộ môn - Trung tâm Hồi sức cấp cứu và chống độc - Bệnh viện Quân y 103 - Học Viện Quân Y.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu****2.2.1. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu**

- Nghiên cứu mô tả tiến cứu, cỡ mẫu thuận tiện.
- Tiến hành: các BN thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu, sau đó BN được lấy các thông số lâm sàng và xét nghiệm ở 5 thời điểm T0: khi chẩn đoán SNK (thời điểm bắt đầu nghiên cứu), T1, T3, T5, T7 thứ tự là ngày thứ 1, 3, 5, 7 sau khi được chẩn đoán xác định. Các chỉ số xét nghiệm đông máu trong nghiên cứu là số lượng tiểu cầu (SLTC), PT%, APTTs, D-dimer và Fibrinogen.

**2.2.2. Các nội dung nghiên cứu**

- Tuổi, giới tính, phân loại bệnh lý nền, điểm SOFA, tỉ lệ tử vong.
- Sự biến đổi và so sánh các chỉ số đông máu (SLTC, PT%, APTTs), điểm DIC giữa nhóm BN sống và tử vong tại các thời điểm nghiên cứu.
- Các chỉ tiêu sử dụng trong nghiên cứu:
  - + Giới tính: nam hoặc nữ.
  - + Bệnh lý nền: tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD, hen phế quản, bệnh mạch vành, suy tim, xơ gan, suy thận mạn tính.
  - + BN sống: BN khỏi được ra viện hoặc

chuyển về các khoa lâm sàng khác hoặc BN còn sống sau 28 ngày chẩn đoán xác định.

+ BN tử vong: BN tử vong trong vòng 28 ngày sau khi chẩn đoán xác định, bao gồm cả các BN nặng xin ra viện

+ Thang điểm SOFA: thang điểm đánh giá suy chức năng đa cơ quan.

+ Thang điểm DIC: Hội chứng DIC theo hiệp hội Quốc tế về huyết khối và cầm máu (ISTH) [3]. Hội chứng DIC được chẩn đoán khi tổng điểm từ 5 điểm trở lên.

**2.2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu**

- Các số liệu được thu thập vào bệnh án nghiên cứu

- Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 với các phương pháp:

+ Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm.

+ Kiểm định hai giá trị trung bình phân phối chuẩn bằng phép kiểm: independent sample T-test, paired sample T-test.

+ Dùng test X<sup>2</sup> để kiểm định sự khác biệt các tỷ lệ và mối liên quan của 2 biến định tính.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

		Số lượng (%)	Giá trị TB (X±SD)
Giới	Nam	18 (60%)	
	Nữ	12 (40%)	
Tuổi (năm)			61,4 ± 17,3
Bệnh nền	Có	14 (46,7%)	
	Không	16 (53,3%)	
Điểm SOFA cao nhất	2-9	5 (16,7%)	11,63 ± 2,9
	10-11	12 (40%)	
	≥12	13 (43,3%)	
Kết cục	Sống	16 (53,3%)	
	Tử vong	14 (46,7%)	

**Nhận xét:** Có 30 BN được chọn vào nghiên cứu trong đó có 18 nam (60%) và 12 nữ (40%), có tuổi trung bình là 61,4 ± 17,3 và có 46,7% tổng số BN có bệnh nền. Điểm SOFA trung bình của các BN SNK là 11,63 ± 2,9 với nhóm có điểm SOFA từ 12 điểm trở lên chiếm 43,3% (13 BN). Tỷ lệ tử vong của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 46,7% (14 BN).

**Bảng 2: Biến đổi số lượng tiểu cầu ở nhóm BN sống và tử vong**

Chi số	Kết cục		p
	Sống (n)	Tử vong (n)	
TC (G/L)	T0 (n=30)	163±132,3	185±103,1 >0,05
	T1 (n=30)	122±119,4	169±115,3 >0,05
	T3 (n=30)	121±127,5	121±85,8 >0,05

T5 (n=21)	146±136,1	122±184	<0,05
T7 (n=21)	185±147,2	129±130,4	<0,05

**Nhận xét:** - Số lượng tiểu cầu giảm thấp nhất tại thời điểm T3 (121 ± 85,8) rồi tăng cao trở lại ở nhóm sống trong khi ở nhóm tử vong thì không thay đổi mà giữ ở giá trị thấp.

- Tại thời điểm T5, T7 SLTC ở nhóm BN tử vong thấp hơn nhóm sống có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

**Bảng 3: Biến đổi giá trị PT% ở nhóm BN sống và tử vong**

Chi số	Kết cục		p
	Sống (n)	Tử vong (n)	
PT (%)	T0 (n=30)	63,5±15,5	63±27,0 >0,05
	T1 (n=30)	57±15,6	55±22,6 >0,05
	T3 (n=28)	54±24,7	52±17,9 >0,05
	T5 (n=20)	66±14,3	55±27,0 <0,05
	T7 (n=18)	73±18,1	48±29,8 <0,05

**Nhận xét:** - Sự thay đổi PT (%) ở nhóm sống không đáng kể ở tất cả các thời điểm nghiên cứu, tuy nhiên ở nhóm tử vong chỉ số PT% thấp hơn 70% ngay ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu, sau đó thấp dần trong các ngày tiếp theo và thấp nhất vào ngày thứ 7 (48 ± 29,8%).

- Chỉ số PT% ở nhóm BN tử vong thấp rõ rệt so với nhóm sống ở thời điểm T5, T7 có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

**Bảng 4: Biến đổi giá trị APTTs ở nhóm BN sống và tử vong**

Chi số	Kết cục		p
	Sống (n)	Tử vong (n)	
APTT (s)	T0 (n=30)	43,3±25,1	42,2±22,4 >0,05
	T1 (n=29)	78,5±57,1	61,1±54,8 >0,05
	T3 (n=26)	63,1±54,9	54,3±20,5 >0,05
	T5 (n=19)	49,0±38,9	47,3±18,7 >0,05
	T7 (n=17)	38,2±9,5	60,15±43,2 <0,05

**Nhận xét:** - Ở nhóm tử vong, giá trị APTTs kéo dài 42,2 ± 22,4 (s) ngay tại thời điểm chẩn đoán, tiếp tục tăng vào các ngày sau đó và cao nhất vào ngày thứ 7 (60,15 ± 43,2s).

- Ở nhóm sống, giá trị APTTs cao nhất vào ngày thứ 1, sau đó giảm dần và thấp nhất vào ngày thứ 7 (38,2 ± 9,5s).

- Giá trị APTTs ở ngày thứ 7 của nhóm tử vong cao hơn so với nhóm sống có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

**Bảng 5: Biến đổi điểm DIC ở nhóm BN sống và tử vong**

Điểm	Kết cục		p
	Sống (n)	Tử vong (n)	
DIC	T0 (n=30)	5,0±1,5	5,3±1,0 >0,05
	T1 (n=30)	5,7±1,2	5,8±1,1 >0,05
	T3 (n=28)	5,7±1,4	5,7±1,5 >0,05

	T5 (n=21)	3,7±1,7	5,7±1,6	<0,05
	T7 (n=20)	3,8±1,5	5,9±1,3	<0,05

**Nhận xét:** - Điểm DIC >5 và tăng dần trong cả 5 thời điểm nghiên cứu, cao nhất vào ngày thứ 7 (5,9 ± 1,3) ở nhóm tử vong trong khi ở nhóm sống chỉ tăng cao 3 thời điểm đầu tiên sau đó giảm dần vào các ngày tiếp theo.

- Điểm DIC của nhóm tử vong cao hơn nhóm sống có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ) tại thời điểm T5, T7.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung.** Từ tháng 01/2022 đến tháng 3/2023, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 30 BN SNK có độ tuổi trung bình là 61,4 ± 17,3. Nhóm BN nam chiếm tỷ lệ 60% cao hơn so với ở nhóm BN nữ (40%). Có 46,7% tổng số BN trong nghiên cứu là có bệnh lý nền, với tỷ lệ tử vong khá cao, chiếm 46,7% tổng số BN. Nhóm BN có điểm SOFA từ 12 điểm trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 43,3%, còn thấp nhất là nhóm từ 2 đến 9 điểm chiếm 16,7%, điểm SOFA trung bình là 11,63 ± 2,9. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với một số tác giả khác như nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy và cộng sự năm 2020 trên 47 BN SNK với tuổi trung bình là 61,4 ± 15,2, trong đó có 76,6% BN là nam giới, tỷ lệ tử vong là 76,6% [2]. Hay nghiên cứu của tác giả Thiều Thị Trúc Quỳnh và Huỳnh Văn Ân (2022) ghi nhận trên 39 BN SNK có độ tuổi trung bình là 67,72 ± 16,69, tăng huyết áp và đái tháo đường là hai bệnh nền chủ yếu với tỷ lệ lần lượt là 61,54% và 48,71%, điểm SOFA trung bình lúc vào viện là 10,49 ± 2,56, tỷ lệ tử vong là 56,41% [4]. Điều này cho thấy, các BN tuổi cao, có bệnh lý nền có nguy cơ cao bị nhiễm khuẩn nặng và SNK. SNK vẫn là một tình trạng rất nặng nề với nguy cơ tử vong rất cao.

**4.2. Biến đổi số lượng tiểu cầu, PT% và APTTs ở nhóm BN sống và tử vong qua các thời điểm nghiên cứu.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 2): Số lượng tiểu cầu giảm thấp nhất tại thời điểm T3 (121 ± 85,8) rồi tăng cao trở lại ở nhóm sống trong khi ở nhóm tử vong thì không thay đổi mà giữ ở giá trị thấp. Và tại thời điểm T5, T7 thì SLTC ở nhóm BN tử vong thấp hơn nhóm sống có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ). Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng (2022), nghiên cứu trên 60 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn [5]. Kết quả nghiên cứu của Jiang L và cộng sự 2021 chỉ ra số lượng tiểu cầu giảm có giá trị tiên lượng nhiễm khuẩn đường tiết niệu [8].

Bên cạnh SLTC, chúng tôi thấy rằng: Sự thay đổi PT (%) ở nhóm sống không đáng kể ở tất cả các thời điểm nghiên cứu, tuy nhiên ở nhóm tử vong, chỉ số PT% thấp hơn 70% ngay ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu, sau đó thấp dần trong các ngày tiếp theo và thấp nhất vào ngày thứ 7 (48 ± 29,8%).

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng: Ở nhóm tử vong, giá trị APTTs kéo dài trên 42s ngay tại thời điểm chẩn đoán, tiếp tục tăng vào các ngày sau đó và cao nhất vào ngày thứ 7 (60,15 ± 43,2s). Tuy nhiên ở nhóm sống, giá trị APTTs cao nhất vào ngày thứ 1, sau đó giảm dần và thấp nhất vào ngày thứ 7 (38,2 ± 9,5s). Mặt khác giá trị APTTs ở ngày thứ 7 của nhóm tử vong cao hơn so với nhóm sống có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ . Tương tự của Li, Qian và cộng sự (2021) thấy có mối liên quan giữa APTT và tỉ lệ tử vong của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt so với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Đỗ Mạnh Hùng và cộng sự (2022) trên 60 BN SNK cho thấy SLTC có xu hướng giảm qua các thời điểm nghiên cứu, thấp nhất là 77 ± 60,8 G/L, chỉ số PT% đều thấp hơn 70% [5]. Các đặc điểm trên cho thấy, các bệnh nhân SNK và đặc biệt SNK nặng dẫn tới tử vong đều dẫn tới giảm SLTC, chỉ số PT% và gây kéo dài thời gian APTT.

#### 4.3. Biến đổi điểm DIC ở nhóm BN sống và tử vong qua các thời điểm nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 5) cho thấy: Điểm DIC >5 và tăng dần trong cả 5 thời điểm nghiên cứu, cao nhất vào ngày thứ 7 (5,9 ± 1,3) ở nhóm tử vong trong khi ở nhóm sống chỉ tăng cao 3 thời điểm đầu tiên sau đó giảm dần vào các ngày tiếp theo. Và điểm DIC của nhóm tử vong cao hơn nhóm sống có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ) tại thời điểm T5, T7. Ở nhóm bệnh nhân sống và tử vong cũng cho thấy khác biệt rõ nét trong sự biến đổi điểm DIC. Nghiên cứu của Koyama, Kansuke, và cộng sự 2014 chỉ ra rằng DIC tăng ngày thứ 3 và có sự khác biệt giữa 2 nhóm sống và tử vong [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Mạnh Hùng (2022) khi điểm DIC của nhóm bệnh nhân tử vong có xu hướng tăng trong 5 ngày đầu sau chẩn đoán SNK, đồng thời điểm DIC ở bệnh nhân tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân sống [5]. Như vậy có thể thấy rằng những bệnh nhân có điểm DIC cao thì tiên lượng tử vong có xu hướng tăng lên.

**V. KẾT LUẬN**

- Ở nhóm bệnh nhân tử vong số lượng tiểu cầu và chỉ số PT% có xu hướng giảm dần, thời gian APTTs kéo dài qua các thời điểm nghiên cứu và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống tại thời điểm ngày thứ 5 (T5), ngày thứ 7 (T7).

- Ở nhóm bệnh nhân tử vong số điểm DIC > 5 ở tất cả các thời điểm nghiên cứu và khác biệt rõ rệt so với nhóm sống tại thời điểm T7.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Shankar-Hari M. et al.** Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016, Vol 315, page 775-787
2. **Nguyễn Thủy.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại bệnh viện TW Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021, Tập 498, số 1, Tr 149-152.
3. **Iba T. et al.** Advance in the Management of Sepsis-Induced Coagulopathy and Disseminated Intravascular Coagulation. Journal of Clinical Medicine. 2019, Vol 8, page 728.
4. **Thiều Thị Trúc Quyên.** Giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm SOFA trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022, tập 520, số Chuyên đề, Tr 3-10.
5. **Đỗ Mạnh Hùng.** Khảo sát sự biến đổi một số chỉ số đông máu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022, tập 515, số 1, Tr 175-180.
6. **Li, Qian, et al.** "Hydrogen attenuates endotoxin-induced lung injury by activating thioredoxin 1 and decreasing tissue factor expression." Frontiers in Immunology 12 (2021): 625957
7. **Koyama, Kansuke, et al.** "Combination of thrombin-antithrombin complex, plasminogen activator inhibitor-1, and protein C activity for early identification of severe coagulopathy in initial phase of sepsis: a prospective observational study." Critical care 18 (2014): 1-11.
8. **Jiang L. et al.** Prognostic values of procalcitonin and platelet in the patient with urosepsis. 2021, Vol 100, page e26555.

## HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT CẮT TRỊ TRONG NGÀY DƯỚI GÂY TÊ TẠI CHỖ

Võ Nguyên Trung<sup>1,2</sup>, Hà Mạnh Tuấn<sup>1,2</sup>, Nguyễn Quốc Vinh<sup>1,2</sup>,  
Lê Việt Tùng<sup>2</sup>, Nguyễn Tấn Thành<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Thương<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Bệnh trĩ là bệnh lý vùng hậu môn lành tính, không gây tử vong nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Hiện nay, phẫu thuật cắt trĩ vẫn được xem là phương pháp điều trị triệt để nhất trong các trường hợp bệnh trĩ độ III, độ IV hoặc có biến chứng tắc mạch. Trong xu thế phát triển phẫu thuật trong ngày, nhằm phục vụ nhu cầu của người bệnh và giảm tải về chi phí y tế, việc phát triển phẫu thuật cắt trĩ trong ngày dưới gây tê tại chỗ trở nên cấp thiết. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, thực hiện trên với 55 người bệnh được phẫu thuật cắt trĩ dưới gây tê tại chỗ, và 48 người bệnh được phẫu thuật cắt trĩ dưới gây tê tùy sống tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 từ 1/2018 đến 12/2022. **Kết quả:** Không có sự khác biệt về điểm đau sau mổ theo thang điểm NRS và mức độ hài lòng giữa 2 nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên, biến chứng bí tiểu sau mổ được ghi nhận ở nhóm gây tê

tùy sống với tỉ lệ 6,3%, trái ngược với không có trường hợp nào trong nhóm gây tê tại chỗ ( $p=0,01$ ). Thời gian mổ, thời gian nằm viện chung và thời gian nằm viện sau mổ dài hơn đáng kể ở nhóm gây tê tùy sống ( $p<0,001$ ). Tổng chi phí khi ra viện của người bệnh nhóm gây tê tại chỗ thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm gây tê tùy sống ( $7.685.055 \pm 2.122.364$  VND so với  $9.108.330 \pm 2.267.286$  VND,  $p=0,001$ , kiểm định t-test). **Kết luận:** Cắt trĩ dưới gây tê tại chỗ không có biến chứng sau mổ, có thời gian nằm viện ngắn hơn, và chi phí y tế thấp hơn so với gây tê tùy sống. Phương pháp gây tê tại chỗ phối hợp với thuốc an thần đường tĩnh mạch cho thấy tính khả thi trong thực hành lâm sàng.

**Từ khóa:** Cắt trĩ, hiệu quả, hài lòng, chi phí, gây tê tùy sống, gây tê tại chỗ.

**SUMMARY**

### EFFECTS OF AMBULATORY HEMORRHOIDECTOMY UNDER LOCAL ANESTHESIA

**Background:** Hemorrhoids are a benign anal disease that is not fatal but greatly affects the quality of life of patients. Currently, hemorrhoidectomy is still considered the most thorough treatment for grade III and grade IV hemorrhoids or those with thromboembolic complications. With the trend towards developing day surgery to serve patients' needs and reduce medical costs, it has become urgent to develop hemorrhoidectomy during the day under local

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2

Chịu trách nhiệm chính: Võ Nguyên Trung

Email: nguyentrung27@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2023

Ngày duyệt bài: 10.7.2023