

Lachman cho thấy trước và sau phẫu thuật có sự cải thiện rõ về độ vững khớp gối. Điều này chứng tỏ mảnh ghép gần bằng giải phẫu và dùng 2 nút treo cải thiện rõ rệt độ vững khớp gối.

Về chức năng, Lysholm trung bình trước phẫu thuật là $62,03 \pm 1,56$ (35-79, sau phẫu thuật là $97,85 \pm 0,34$ (92-100), ta thấy chức năng khớp gối cải thiện rõ rệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,000 < 0,05$)

Các tác giả như Trương Trí Hữu [4]: Lysholm trung bình sau phẫu thuật 91,68. Tốt 91,2%, khá 7,8%, trung bình 0,9% (Hamstring, Nguyễn Tiến Bình [5]: tốt 91,5%, trung bình và xấu 8,5% (gân bánh chè), Đặng Hoàng Anh [6]: tốt =90% (Hamstring)

Tham khảo với những kết quả trong nước thấy chỉ số Lysholm của chúng tôi cao hơn, điều này cho thấy kỹ thuật này không những tái tạo dây chằng gần đường kính giải phẫu, giữ vững hơn khớp gối mà phục hồi tốt chức năng vận động của gối tổn thương.

Về biến chứng, có 1 cas đứt lại do chấn thương, 2 cas tụ dịch khớp gối kèm sốt trong đó 1 cas được chọc dịch và băng ép gối, 1 cas được

nội soi cắt lọc, cả 2 đều ổn định và đều có chức năng tốt đến nay.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật "all inside" với mảnh ghép được tăng về đường kính, cố định hai đầu mảnh ghép vững chắc bằng nút treo, vì vậy giúp gối đạt được độ vững cao, phục hồi tốt chức năng của khớp, điểm số Lysholm tốt và rất tốt đạt 97,8 %.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Benvenuti JF (1998)**. Objective assessment of anterior tibial translation in Lachman test position
2. **Girgis FG, Marsall JL (1970)**. The cruciate ligaments of the knee joint: anatomical, functional, and analysis
3. **Prentice W E, Voight M L (2001)**. Rehabilitation of the knee. Techniques in musculoskeletal Rehabilitation
4. **Trương Trí Hữu (2009)**. Tái tạo dây chằng chéo trước kèm rách sụn chêm do chấn thương thể thao qua nội soi, luận án tiến sĩ y học.
5. **Nguyễn Tiến Bình (2000)**. Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT khớp gối, tạp chí y được, bộ y tế.
6. **Đặng Hoàng Anh (2008)**. Kết quả phẫu thuật nội soi tạo hình dây chằng chéo sử dụng gân cơ chân ngỗng chập đôi tại bv 103, Y học thực hành, bộ y tế

MỐI LIÊN QUAN GIỮA RỐI LOẠN ĐÔNG CẶM MÁU VÀ SUY CHỨC NĂNG ĐA CƠ QUAN TRÊN BỆNH NHI SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC NỘI, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Tạ Anh Tuấn¹, Nguyễn Thị Thu Hà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn đông cầm máu là một biến chứng thường gặp trong sốc nhiễm khuẩn, đặc biệt đông máu rải rác trong lòng mạch là yếu tố nguy cơ gây suy chức năng cơ quan, và làm tăng tỷ lệ tử vong của bệnh. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 56 trẻ được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn tại khoa Điều trị tích cực nội, Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 08/2019 đến tháng 08/2020.

Kết quả: Tại thời điểm chẩn đoán, tỷ lệ rối loạn đông cầm máu tương ứng là: giảm số lượng tiểu cầu (SLTC) (30,4%), PTs (prothrombin time) kéo dài (60,7%), APTTs (partial thromboplastin time) kéo dài (53,6%), bất thường nồng độ fibrinogen (60,7%), tăng D-Dimer (98,2%). Nhóm suy >2 tạng có SLTC thấp hơn, đông

máu nội sinh và ngoại sinh kéo dài hơn, nồng độ D-Dimer cao hơn so với nhóm suy 2 tạng ($p < 0,05$). Nhóm có đông máu rải rác trong nội mạch (disseminated intravascular coagulation – DIC) với điểm DIC >4 có nguy cơ suy >3 cơ quan, >4 cơ quan, > 5 cơ quan tương ứng OR=10,5 lần; OR=6,1 lần; và OR=6,5 lần so với nhóm có điểm DIC ≤4 ($p < 0,05$). **Kết luận:** Trong sốc nhiễm khuẩn, rối loạn đông cầm máu là một biến chứng thường gặp. Rối loạn đông cầm máu là yếu tố làm tăng nguy cơ suy chức năng đa cơ quan.

Từ khóa: rối loạn đông cầm máu, sốc nhiễm khuẩn, suy chức năng đa cơ quan

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN HEMOSTATIC DISORDER AND ORGAN DYSFUNCTION IN PEDIATRIC SEPTIC SHOCK ADMITTED THE INTENSIVE CARE UNIT AT NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Hemostatic disorder is a common complication in septic shock, especially disseminated intravascular coagulation is a risk factor for multi-organ dysfunction leading to an increased mortality.

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Anh Tuấn

Email: drtuanpicu@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2021

Ngày duyệt bài: 13.7.2021

Subjects and methods: 56 children were diagnosed with septic shock at the Intensive Care Unit, National Children's Hospital, from August 2019 to August 2020. Set up a cross-sectional descriptive study. **Results:** At the time of diagnosis, the coagulation disorders incidence were thrombocytopenia (30.4%), prolonged prothrombin time (60.7%), prolonged partial thromboplastin time (53.6%), abnormal fibrinogen concentration (60.7%), increased D-Dimer (98.2%). The group with >2 organ failure had a lower platelet count, more prolonged endogenous and exogenous coagulation, higher D-Dimer level than the group with 2-organ failure ($p < 0.05$). Group with DIC>4 was a higher risk of failure of >3 organs (OR=10.5), >4 organs (OR=6.1), >5 organs (OR=6.5) compared with the group with DIC≤4, respectively ($p < 0.05$). **Conclusion:** In septic shock, the hemostatic disorder is a common complication. Coagulation disorders increase the risk of multi-organ dysfunction.

Keywords: Hemostatic disorder, septic shock, multi-organ dysfunction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn (SNK) là tình trạng nhiễm khuẩn có rối loạn chức năng tuần hoàn và chức năng chuyển hóa/tế bào, dẫn đến suy chức năng đa cơ quan và tử vong[1]. Tỷ lệ tử vong trong SNK ở trẻ em khoảng 30 - 50% ở các nước phát triển, 60 - 80% ở các nước đang phát triển[2].

Trong SNK, rối loạn đông cầm máu (RLĐCM) là một biến chứng thường gặp có thể biểu hiện từ biến đổi nhẹ cho đến hiện tượng đông máu rải rác trong lòng mạch (Disseminated intravascular coagulation - DIC), hình thành huyết khối vi mạch dẫn đến suy chức năng đa cơ quan; là nguyên nhân chính làm tăng nguy cơ tử vong[3]. Các nghiên cứu cho thấy, DIC gặp trong khoảng 38% bệnh nhân SNK và có mối liên quan với tình trạng suy chức năng đa cơ quan[4]. Suy chức năng đa cơ quan được định nghĩa là rối loạn chức năng ít nhất 2 hệ thống cơ quan trở lên[5]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng suy chức năng đa cơ quan là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân tại các đơn vị Hồi sức nói chung cũng như các bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn nói riêng. Nguy cơ tử vong càng cao khi số lượng tạng suy càng nhiều từ 1% tử vong khi chỉ suy 1 tạng cho tới 50% với trường hợp suy 6 tạng[6].

Vì vậy nghiên cứu "*Mối liên quan giữa rối loạn đông cầm máu và suy cơ quan trên bệnh nhi sốc nhiễm khuẩn tại khoa Điều trị tích cực nội, bệnh viện Nhi Trung ương*" được tiến hành với mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa RLĐCM với nguy cơ suy chức năng đa cơ quan trên bệnh nhi sốc nhiễm khuẩn. Trên cơ sở đó có thể giúp các bác sĩ lâm sàng trong tiên lượng bệnh và chỉ

định điều trị RLĐCM kịp thời, hợp lý nhằm làm giảm nguy cơ suy chức năng đa cơ quan và tử vong trên bệnh nhi sốc nhiễm khuẩn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Gồm 56 bệnh nhân được điều trị tại khoa Điều trị tích cực nội, Bệnh viện Nhi Trung Ương trong thời gian từ tháng 08/2019 đến tháng 08/2020, được chẩn đoán SNK theo tiêu chuẩn Hội nghị quốc tế thống nhất về nhiễm khuẩn trẻ em năm 2005 (International Pediatrics Sepsis Consensus Conference – IPSCC, 2002) tại San Antonio, Texas, Hoa Kỳ[5].

- Tuổi nghiên cứu từ 1 tháng – 16 tuổi.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Trẻ đang dùng thuốc chống đông, có tiền sử có rối loạn đông cầm máu bẩm sinh, các bệnh gan mật trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- Cỡ mẫu: Thuận tiện.

- Các biến nghiên cứu: Tuổi, giới, bệnh lý nền, suy chức năng cơ quan, chỉ số vận mạch (Vasoactive Inotropic Score - VIS), điểm nguy cơ tử vong (PRISM-III), điểm suy đa tạng (PELOD-2), các xét nghiệm cơ bản: CTM, đông máu cơ bản, D-dimer, tính điểm DIC, chức năng gan thận, sinh hóa máu, cấy máu cấy dịch. Các biến nghiên cứu được thu thập tại thời điểm 24h đầu bệnh nhân vào viện, nếu xét nghiệm được làm nhiều lần sẽ lấy chỉ số xấu nhất. Ngoài ra bệnh nhân được chỉ định các nghiên cứu chẩn đoán hình ảnh khác khi cần thiết.

2.3. Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu

- Tình trạng suy chức năng đa cơ quan (Multiple organ dysfunction syndrome-MODS): Theo định nghĩa của IPSCC- 2005: Suy tuần hoàn, suy hô hấp, suy thần kinh trung ương, suy thận, suy gan, suy huyết học...[5].

- Chỉ số vận mạch VIS: Tính tại thời điểm 24 giờ (VIS24) sau khi được chẩn đoán, dựa trên công thức của M.G.Gaies (2010): VIS (Vasoactive Inotropic Score) = Dopamine (mcg/kg/phút) + dobutamin (mcg/kg/phút) + 100 x epinephrine (mcg/kg/phút) + 10 x milrinone (mcg/kg/phút) + 10000 x vasopressin (U/kg/phút) + 100 x norepinephrine (mcg/kg/phút)[7].

- Tiêu chuẩn chẩn đoán DIC: Theo Hiệp hội Đông cầm máu và Huyết khối Quốc tế (International Society for Haemostasis and Thrombosis - ISTH), 2009[8].

2.4. Xử lý số liệu

- Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê Y học với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0.

- Các phép so sánh, hệ số tương quan,...có ý nghĩa thống kê khi giá trị p <0,05.

2.5. Vấn đề y đức

- Thực hiện nghiên cứu trên các đối tượng bệnh nhân SNK là những công việc chăm sóc và điều trị thông thường, không làm tổn hại đến sức khỏe bệnh nhân, các xét nghiệm và chi phí điều trị khác được bảo hiểm y tế chi trả, bệnh nhi và gia đình không phải chi trả các kinh phí điều trị

- Các dữ liệu, thông tin của bệnh nhân được bảo mật theo qui định của pháp luật. Các dữ liệu nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích điều trị, nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, không vì mục đích thương mại.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2019 đến tháng 8/2020, chúng tôi đã thu thập được 56 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới đây.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n=56)
Tuổi (tháng), trung vị (tứ phân vị)		7,5 (3 - 42,5)
Giới	Nam (n, %)	32 (57,1%)
	Nữ (n, %)	24 (42,9%)
Bệnh lý nền	Có (n, %)	8 (14,3%)
	Không (n, %)	48 (85,7%)
Suy chức năng cơ	Suy 2 cơ quan(n, %)	56 (100%)
	Suy >2 cơ quan(n,%)	42 (75%)

3.3. Đặc điểm rối loạn đông cầm máu theo phân nhóm suy cơ quan

Bảng 3.3. Đặc điểm chỉ số ĐCMCB, D-Dimer theo phân loại nhóm suy cơ quan

Chỉ số *	Suy 2 cơ quan (n=14)	Suy >2 cơ quan (n=42)	p**
SLTC	362 (229,5-557,8)	191,5 (100,5-344,8)	0,005
PTs	14,4 (13,1-15,5)	18,9 (13,9-22,8)	0,008
INR	1,2 (1,1-1,4)	1,5 (1,2-2)	0,007
APTTs	37,1 (33,7-40,5)	45 (36,7-54,4)	0,016
Fibrinogen	3,9 (3-4,6)	3,5 (1,6-5,1)	0,264
D-Dimer	2002,5 (1483,5-2550,8)	4022 (1998-13173,5)	0,003

*Các giá trị biểu hiện dưới dạng trung vị (tứ phân vị)

**Mann-WhitneyU Test

- Nhóm suy >2 tạng có SLTC thấp hơn, đông máu nội sinh (PTs, INR) và ngoại sinh (APTTs) biểu thị tình trạng giảm đông hơn, nhưng có chỉ số D-Dimer cao hơn so với nhóm suy ≤2 cơ quan. Sự

quan	Hồ hấp(n, %)	56 (100%)
	Tuần hoàn(n, %)	56 (100%)
	Thần kinh(n, %)	35 (62,5%)
	Huyết học(n, %)	27 (48,2%)
	Gan (n, %)	23 (41,1%)
	Thận-tiết niệu (n, %)	20 (35,7%)
VIS 24, trung vị (tứ phân vị)		20,0 (7,0-42,5)
PRISM III, trung vị (tứ phân vị)		10,5 (7-17,8)
PELOD-2, trung vị (tứ phân vị)		8 (6 - 11)
DIC (n, %)		11 (19,6%)
Tử vong(n,%)		(30,4%)

- Tuổi trung vị là 7,5 tháng tuổi. Tỷ lệ nam là 57,1%; tỷ lệ nữ là 42,9%.

- Chỉ số VIS tại thời điểm 24 giờ có trung vị là 20; điểm PELOD-2 trung vị là 8; điểm PRISM III trung vị là 10,5.

- 100% có suy 2 cơ quan, 19,6% có DIC tại thời điểm chẩn đoán.

3.2. Đặc điểm của rối loạn đông cầm máu tại thời điểm chẩn đoán

Bảng 3.2.Đặc điểm của rối loạn đông cầm máu tại thời điểm chẩn đoán

Nhóm	Đặc điểm (n=56)		p*
	Bình thường (n, %)	Rối loạn (n, %)	
Chỉ số			
SLTC	39 (69,6%)	17 (30,4%)	0,030
PTs	22 (39,3%)	34 (60,7%)	0,109
APTTs	26 (46,4%)	30 (53,6%)	0,593
Fibrinogen	22 (39,3%)	34 (60,7%)	0,109
D-Dimer	1 (1,8%)	55 (98,2%)	0,000

*Chi-square test

- Giảm SLTC chiếm 30,4% thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có SLTC bình thường (p <0,05). Tỷ lệ tăng D-Dimer (98,2%) cao hơn đáng kể so với tỷ lệ D-Dimer bình thường (1,8%) (p <0,05).

- Tỷ lệ rối loạn đông máu nội sinh (PTs), ngoại sinh (APTTs), fibrinogen tương ứng là 60,7%; 53,6%; và 60,7%.

khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Không có sự khác biệt về nồng độ fibrinogen trung bình giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

3.4. Môi liên quan giữa rối loạn đông cầm máu và chỉ số vận mạch tại thời điểm 24 giờ sau chẩn đoán

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa chỉ số ĐCMCB, D-Dimer và chỉ số vận mạch

Mối liên quan	Chỉ số	SLTC	PTs	APTTs	Fibrinogen	D-Dimer
	VIS24 (n=56)	r	-0,343	0,520	0,283	-0,137
	p*	0,012	0,000	0,040	0,329	0,116

*Spearman rho test

- Chỉ số VIS24 có mối tương quan nghịch với SLTC nhưng có mối tương quan thuận với chỉ số PTs, APTTs ($p < 0,05$).

- Không có mối tương quan giữa chỉ số VIS24 với các chỉ số fibrinogen và D-Dimer ($p > 0,05$).

3.5. Môi liên quan giữa đông máu rải rác trong lòng mạch và suy chức năng cơ quan

Bảng 3.5. Môi liên quan giữa đông máu rải rác trong lòng mạch và suy chức năng cơ quan

Nhóm	DIC ≤4 (n=45)	DIC >4 (n=11)	p*	OR (95%KTC)
Nguy cơ suy >2 cơ quan				
Suy 2 cơ quan	13 (28,8%)	1 (1%)	0,174	4,1 (0,5-35)
Suy >2 cơ quan	32 (71,2%)	10 (99%)		
Nguy cơ suy >3 cơ quan				
Suy ≤3 cơ quan	23 (51,1%)	1 (1%)	0,012	10,5 (1,2-88,6)
Suy >3 cơ quan	22 (48,9%)	10 (99%)		
Nguy cơ suy >4 cơ quan				
Suy ≤4 cơ quan	35 (77,8%)	4 (36,4%)	0,007	6,1 (1,5-25,2)
Suy >4 cơ quan	10 (22,2%)	7 (63,6%)		
Nguy cơ suy >5 cơ quan				
Suy ≤5 cơ quan	38 (84,4%)	5 (45,5%)	0,006	6,5 (1,6-27,4)
Suy 6 cơ quan	7 (15,6%)	6 (54,5%)		

- Tỷ lệ suy >2 cơ quan của nhóm DIC ≤4 và nhóm DIC >4 khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Tỷ lệ suy >3 cơ quan, >4 cơ quan, >5 cơ quan giữa nhóm DIC ≤4 và nhóm DIC >4 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Nhóm DIC >4 có nguy cơ suy >3 cơ quan, >4 cơ quan, >5 cơ quan cao gấp tương ứng OR=10,5 lần; OR=6,1 lần; và OR=6,5 lần so với nhóm DIC ≤4.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 56 trẻ SNK cho thấy tuổi của đối tượng nghiên cứu có giá trị trung vị là 7, tuổi thấp nhất là 1 tháng và cao nhất là 205 tháng (Bảng 3.1). Về đặc điểm suy chức năng đa cơ quan, nghiên cứu nhận thấy: 100% bệnh nhân có suy chức năng 2 cơ quan là suy hô hấp và suy tuần hoàn. Suy chức năng những cơ quan này phù hợp với y văn cho rằng: Hệ hô hấp là cơ quan nhiễm khuẩn tiên phát chủ yếu trong nghiên cứu. Đồng thời, trong sốc nhiễm khuẩn, triệu chứng hô hấp thường biểu hiện sớm và nặng trong vòng 72h với tình trạng tăng áp lực động mạch phổi, rối loạn tính thấm thành mạch, rối loạn tỷ lệ thông khí/tưới máu ở phổi, giảm độ

đàn hồi phổi, giảm trao đổi oxy kéo dài. Các biểu hiện này dẫn đến tổn thương phổi cấp (Acute Lung Injury - ALI) và hội chứng suy hô hấp cấp (Acute Respiratory Distress Syndrome - ARDS)[9]. Tỷ lệ suy chức năng thần kinh, huyết học, gan, thận-tiết niệu tương ứng là 62,5%; 48,2%; 41,1%; 35,7% (Bảng 3.1). Nghiên cứu của Trần Minh Điển và Phạm Văn Thắng trên trẻ được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn năm 2005-2007 cũng ghi nhận suy chức năng từ 2 cơ quan trở lên chiếm 97,1%; trong đó suy chức năng thần kinh chiếm tỷ lệ cao nhất 64,7%, suy chức năng hô hấp chiếm 61,9%, rối loạn đông máu chiếm 55,9%, suy thận chiếm 44,1%, suy gan chiếm 41,2%[10]. Nhìn chung, kết quả nghiên cứu này và nghiên cứu của chúng tôi đều ghi nhận tỷ lệ suy chức năng đa cơ quan trong sốc nhiễm khuẩn cao; trong đó, hệ thần kinh, hệ hô hấp và hệ huyết học là 3 cơ quan chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này phù hợp với sinh bệnh học của quá trình sốc nhiễm khuẩn ở trẻ em, hệ thần kinh trung ương thường bị ảnh hưởng sớm và là dấu hiệu sớm để định hướng sốc nhiễm khuẩn ngay cả khi huyết áp chưa thay đổi, khác với ở người lớn thì dấu hiệu hạ huyết áp là dấu hiệu thường gặp sớm nhất[9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn đông cầm máu tại thời điểm 24h đầu nhập viện có tỷ lệ cao; cụ thể là tỷ lệ tăng D-Dimer (98,2%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ D-Dimer bình thường (1,8%) ($p < 0,05$). Tỷ lệ rối loạn đông máu nội sinh (PTs), ngoại sinh (APTTs), fibrinogen tương ứng là 60,7%; 53,6%; và 60,7% nhưng không có sự khác biệt so với nhóm bình thường ($p > 0,05$). Giảm tiểu cầu chiếm 30,4% thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có số lượng tiểu cầu bình thường ($p < 0,05$) (Bảng 3.2). Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phùng Nguyễn Thế Nguyên trên 83 trẻ sốc nhiễm khuẩn, tại thời điểm chẩn đoán tỷ lệ bất thường đông máu ngoại sinh với TQ kéo dài là 80%, bất thường đông máu nội sinh với TCK kéo dài là 54,2%. Tuy nhiên D-Dimer tăng chỉ chiếm 61,5% thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là 82,1%[3]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do khác biệt về mức độ nặng của bệnh nhân trong từng nghiên cứu và thời điểm tiến hành xét nghiệm. Tóm lại các nghiên cứu đều cho thấy với xét nghiệm đông máu cơ bản giúp chẩn đoán rối loạn đông máu trong sốc nhiễm khuẩn với tỷ lệ khá cao.

Bảng 3.3 cho thấy nhóm suy chức năng > 2 cơ quan có số lượng tiểu cầu thấp hơn, đông máu nội sinh (PTs, INR) và ngoại sinh (APTTs) kéo dài hơn, D-Dimer tăng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân có suy chức năng 2 cơ quan ($p < 0,05$). Nghiên cứu cũng nhận thấy không có sự khác biệt về nồng độ fibrinogen giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Điều này mâu thuẫn với giả thuyết về nồng độ fibrinogen thấp có thể phản ánh việc tiêu thụ và lắng đọng liên tục dẫn đến phát triển DIC và suy chức năng đa cơ quan. Mặt khác, bản thân NKH cũng gây ra tổn thương nghiêm trọng cho gan, thông qua những thay đổi huyết động cũng như trực tiếp hoặc gián tiếp phá hủy tế bào gan hoặc cả hai dẫn đến giảm khả năng tổng hợp fibrinogen. Nguyên nhân dẫn tới kết quả này có thể là do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, và xét nghiệm đông máu chỉ được thu thập tại thời điểm 24 giờ đầu nhập viện nên chưa có sự khác biệt. Ngoài ra, nghiên cứu cũng nhận thấy 100% bệnh nhân có suy tuần hoàn. Như vậy, câu hỏi đặt ra: Liệu có mối tương quan giữa tình trạng rối loạn đông máu và mức độ suy tuần hoàn không? Trên lâm sàng, chỉ số VIS là một chỉ số đã được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của tình trạng suy tuần hoàn và tiên lượng kết quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành so sánh mối liên quan giữa các chỉ số đông cầm

máu và chỉ số VIS tại thời điểm 24 giờ đầu nhập viện. Kết quả bảng 3.4 cho thấy chỉ số VIS tại thời điểm 24h đầu nhập viện có mối tương quan nghịch với số lượng tiểu cầu, nhưng có mối tương quan thuận với PTs và APTTs ($p < 0,05$). Không có mối tương quan giữa chỉ số VIS tại thời điểm 24h đầu nhập viện với các chỉ số fibrinogen và D-Dimer ($p > 0,05$).

Nghiên cứu cũng cho thấy bệnh nhân có điểm DIC càng cao thì càng có nhiều cơ quan suy: Nguy cơ suy chức năng đa cơ quan lần lượt là DIC > 4 có nguy cơ suy chức năng > 3 cơ quan, > 4 cơ quan, > 5 cơ quan tương ứng lần lượt là: 10,5 lần; 6,1 lần; và 6,5 lần so với nhóm DIC ≤ 4 (Bảng 3.5). Điều này phù hợp với vai trò của DIC trong SNK đó là nguyên nhân hình thành huyết khối lan tỏa trong vi mạch dẫn đến tình trạng suy chức năng đa cơ quan. Theo Semeraro N và cộng sự cho rằng DIC là nguyên nhân liên quan đến suy chức năng đa cơ quan đã dựa trên những bằng chứng tổn thương trên mô bệnh học ở người và động vật bị nhiễm khuẩn huyết thấy có mối liên quan giữa tình trạng huyết khối lan tỏa trong lòng mạch với tình trạng thiếu máu cục bộ và rối loạn chức năng cơ quan. Trong các thí nghiệm trên động vật, điều trị DIC bằng các biện pháp can thiệp khác nhau giúp phục hồi các cơ quan bị suy và giảm tỷ lệ tử vong. Đồng thời, DIC đã được chứng minh là yếu tố độc lập tiên lượng suy chức năng đa cơ quan và tử vong ở bệnh nhân SNK.

V. KẾT LUẬN

Trong sốc nhiễm khuẩn, rối loạn đông cầm máu là một biến chứng thường gặp. Rối loạn đông cầm máu làm tăng nguy cơ tình trạng suy chức năng đa cơ quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock. *Intensive Care Med.* 2017; 43(3):304-377. doi:10.1007/s00134-017-4683-6
2. Trần Minh Điển (2010). Nghiên cứu kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng tử vong trong sốc nhiễm khuẩn trẻ em. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Phùng Nguyễn Thế Nguyên. Rối loạn đông máu trong sốc nhiễm khuẩn trẻ em. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh.* 2014; 18(1):368-373.
4. Khemani RG, Bart RD, Alonzo TA, Hatzakis G, Hallam D, Newth CJ. Disseminated intravascular coagulation score is associated with mortality for children with shock. *Intensive Care Med.* 2009; 35(2):327-333. doi:10.1007/s00134-008-1280-8
5. Goldstein B, Giroir B, Randolph A. International pediatric sepsis consensus

- conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2005;6(1):2-8. doi:10.1097/ PCC.0000149131.72248.E6.
6. **Watson RS, Crow SS, Hartman ME, Lacroix J, Odetola FO.** Epidemiology and Outcomes of Pediatric Multiple Organ Dysfunction Syndrome. *Pediatr Crit Care Med*. 2017;18(3_suppl Suppl 1): S4-S16. doi: 10.1097/ PCC.0000000000001047
7. **Gaies MG, Gurney JG, Yen AH, et al.** Vasoactive-inotropic score as a predictor of morbidity and mortality in infants after cardiopulmonary bypass. *Pediatr Crit Care Med*. 2010;11(2):234-238. doi:10.1097/ PCC.0b013e3181b806fc
8. **Taylor FB Jr, Toh CH, Hoots WK, Wada H, Levi M;** Scientific Subcommittee on Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) of the International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH). Towards definition, clinical and laboratory criteria, and a scoring system for disseminated intravascular coagulation. *Thromb Haemost*. 2001; 86(5):1327-1330.
9. **Trần Minh Điện, Lê Nam Trà, Phạm Văn Thăng.** Sốc nhiễm khuẩn trẻ em. *Tạp chí Nhi khoa*. 2012; 5(4):1-16.
10. **Lê Nam Trà, Cao Việt Tùng, Phạm Văn Thăng.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng sốc nhiễm khuẩn trẻ em tại khoa Hồi sức cấp cứu, bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2015; 2:45-52.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ THÀNH CÔNG CỦA ĐIỀU TRỊ TIẾT CHẾ Ở THAI PHỤ ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN HUYỆN BÌNH CHÁNH

Hứa Khắc Vũ¹, Tô Mai Xuân Hồng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) gây ra nhiều ảnh hưởng xấu đến sức khỏe bà mẹ và bé sơ sinh. Việc áp dụng đúng đắn một chế độ tiết chế đúng nhằm duy trì mức độ đường huyết ổn định trong thai kỳ. Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá tỷ lệ thành công của việc áp dụng chế độ điều chỉnh tiết chế dành cho thai phụ ĐTĐ tại BV huyện Bình Chánh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu dọc tiến cứu được tiến hành từ 01/11/2020 – 30/6/2021 tại Bệnh viện huyện Bình Chánh. Nghiên cứu thực hiện theo dõi điều trị tiết chế 143 thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK trong tử ≥24 tuần. Các thai phụ được tư vấn chi tiết một chế độ dinh dưỡng và kế hoạch theo dõi cụ thể về mức đường huyết cũng như kiểm soát về năng lượng trong khẩu phần ăn dựa vào phác đồ của Bộ Y tế. Kết quả đáp ứng điều trị dựa vào mức đường huyết đạt mục tiêu và kết cục thai kỳ. **Kết quả:** Tỷ lệ điều trị tiết chế thành công chiếm 83,9% (KTC95%: 78,3 – 89,5). Trong đó, chúng tôi điều chỉnh năng lượng sử dụng hằng ngày tăng từ tuần 24 đến tuần 37: giai đoạn tuần 24-28: 1685,5 ± 310,1 calories; giai đoạn tuần 29 – 32: 1609,2 ± 316,6 calories; và giai đoạn từ tuần 33 – 37: 1704,3 ± 327,6 calories. Thai phụ tuân thủ điều trị kém tăng nguy cơ điều trị thất bại gấp 14,3 lần (KTC95%: 1,9 – 102,4; p=0,008). Thai phụ điều trị thất bại tăng nguy cơ sinh mổ gấp 17,8 lần đối tượng điều trị thành công (KTC95%: 1,3 – 247,4; p=0,032). Thai phụ điều trị thất bại tăng nguy cơ gặp

tai biến ở trẻ gấp 4,3 lần đối tượng điều trị thành công (KTC95%: 1,1 – 16,8; p=0,039). **Kết luận:** Tư vấn và theo dõi tốt chế độ dinh dưỡng cho thai phụ đang mắc đái tháo đường giúp giảm kết cục xấu trong thai kỳ.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, điều trị thành công, điều trị thất bại

SUMMARY

EVALUATION OF THE SUCCESSFUL EFFECTIVENESS OF ABSTINENCE THERAPY IN PREGNANT WOMEN DIAGNOSED WITH GESTATIONAL DIABETES AT BINH CHANH DISTRICT HOSPITAL

Background: Gestational diabetes (GDM) causes adverse effects on maternal and newborn health. An appropriate regime plays the most important role to control blood sugar during pregnancy. This study is aimed to evaluate the successful rate of implementing a detailed diet to women suffered from GDM in Binh Chanh hospital. **Methods:** A prospective longitudinal study was carried out from 01/11/2020 – 30/6/2021 at Binh Chanh District Hospital. There were 143 pregnant women diagnosed with GDM in the period from 24 weeks recruited in this study. They were applied a detailed regime in which the calorie intake is strictly calculated following to the Ministry of Health in Vietnam. All GDM women were followed up until their delivery and evaluate the maternal and fetal outcomes. A successful treatment is defined when the blood sugar at the target level. **Results:** The successful rate of implementing a detailed regime is 83,9% (CI 95%: 78,3 – 89,5). We established a daily regime with an appropriate increased calories that matches to two final trimesters of gestation : From 24 weeks to 28 weeks is 1685.5 ± 310.1 calories; from 29weeks to 32 weeks is 1609,2 ± 316,6 calories; and from 33 weeks to 37 weeks is 1704,3 ± 327,6 calories.

¹Bệnh viện huyện Bình Chánh

²Trường đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Tô Mai Xuân Hồng

Email: tomaixuanhong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2021

Ngày duyệt bài: 14.7.2021