

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2017 - 2022

Huỳnh Thị Thảo¹, Tạ Thị Diệu Ngân^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang trên 260 người bệnh ≥ 18 tuổi được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn từ sau khi vào viện nhằm mô tả về kết quả điều trị sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương, giai đoạn 2017-2022; Có 98,8% có điểm SOFA lúc vào viện ≥ 2 điểm (trung bình 10 ± 4 điểm), tỷ lệ cấy máu dương tính 23,5% (16,2% vi khuẩn gram âm và 7,3% gram dương). Các kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là Imipenem (44,6%), Meropenem (39,6%) và Linezolid (26,9%); 68,1% bệnh nhân được dùng 2 loại kháng sinh. Nor-epinephrine là thuốc vận mạch đầu tay dùng cho 98,8% trường hợp, liều trung bình $0,28 \pm 0,44$ $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$; có 76,2% người bệnh dùng ≥ 2 loại vận mạch. Tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp trung bình (MAP) > 65 mmHg và nước tiểu $\geq 0,5$ ml/kg/giờ trong 6 giờ sau sốc lần lượt là 80,8% và 35,0%. Có 38,1% ca bệnh thoát sốc; trong đó 14,1% tái sốc trở lại, trung bình 12 ± 10 ngày sau khi thoát sốc, tỷ lệ hồi phục là 42,9%. Tử vong sớm trong 3 ngày sau vào viện, chiếm 30,4%; tử vong muộn sau 3 ngày vào viện là 34,6%.

Từ khóa: kết quả điều trị, sốc nhiễm khuẩn, Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung Ương

SUMMARY

OUTCOMES IN THE TREATMENT OF SEPTIC SHOCK AT NATIONAL HOSPITAL OF TROPICAL DISEASES in 2017 - 2022

A cross-sectional study to describe the outcomes of septic shock of 260 patients who were ≥ 18 years old with diagnosed with septic shock after being hospitalized at National Hospital of Tropical Diseases in 2017-2022. The results shown that, at hospital admission, 98.8% of patients had SOFA score ≥ 2 points (mean 10 ± 4 points); the rate of positive blood culture accounted for 23.5%; more gram (-) than gram (+) bacteria, 16.2% and 7.3% respectively. The most common antibiotics given to patients with septic shock were Imipenem+cilastatin (44.6%), Meropenem (39.6%) and Linezolid (26.9%); 68.1% of patients were given a combination of 2 antibiotics. Nor-epinephrine was the vasopressor of choice in 98.8% of cases, with an average dose of 0.28 ± 0.44 mcg/kg/min; 76.2% of patients received 2 or more vasopressors. Within 6 hours of shock, the proportion of patients with mean blood pressure (MAP) > 65 mmHg and urine ≥ 0.5 ml/kg/hour was 80.8% and 35.0%, respectively. There were 38.1% of cases out

of shock; with 14.1% of cases re-shocked occurring on average 12 ± 10 days after escaping septic shock, the recovery rate was 42.9%. Early (≤ 3 days) and late (> 3 days) deaths occurred in 30.4% and 34.6% patients, respectively

Keywords: Outcomes in the treatment, septic shock, National Hospital of Tropical Diseases

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn (SNK) được đặc trưng bởi hạ huyết áp động mạch, thay đổi tưới máu mô và tăng nồng độ lactate trong máu¹. Đây là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong tại các đơn vị hồi sức tích cực (ICU), làm tăng gánh nặng bệnh tật đáng kể và tác động tiêu cực về mặt kinh tế xã hội. Nghiên cứu ở Châu Âu, Bắc Mỹ và Úc cho thấy tỷ lệ tử vong do SNK trung bình trong 30 ngày là 34,7% (KTC 95% 32,6–36,9%) và trong 90 ngày là 38,5% (KTC 95% 35,4–41,5%)². Tại Việt Nam hiện nay, tỷ lệ tử vong do SNK trong nhiều nghiên cứu vẫn ở mức khá cao, có thể lên đến 78%³.

Mặc dù nhiều thử nghiệm lâm sàng về các biện pháp điều trị mới cho SNK đã được đánh giá, nhưng bằng chứng kết luận về lợi ích và tử vong vẫn chưa được công bố. Kumar A và cộng sự đã chứng minh rằng, người bệnh được điều trị trong giờ đầu tiên sau chẩn đoán SNK có tỷ lệ sống là 80%, cứ chậm trễ điều trị mỗi giờ làm tăng tỷ lệ tử vong lên khoảng 8%⁴.

Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương (BVBNĐTƯ) là tuyến cuối nhận các bệnh nhân nhiễm trùng nặng chuyển tuyến điều trị, nên các khuyến cáo của Hội nghị Đồng thuận Quốc tế (Sepsis-3) và Chương trình Kiểm soát nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn (SSC) về điều trị sớm theo mục tiêu, đã được phổ biến và ứng dụng tại Bệnh viện từ nhiều năm nay. Tuy nhiên, nghiên cứu đánh giá về hiệu quả điều trị theo các khuyến cáo đặt ra còn hạn chế.

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm mô tả kết quả điều trị người bệnh SNK tại BVBNĐTƯ giai đoạn 2017-2022; từ đó, góp phần cung cấp thêm thông tin phục vụ cho công tác điều trị và nghiên cứu lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh ≥ 18 tuổi được chẩn đoán SNK từ sau khi vào viện, tại BVBNĐTƯ. Tiêu chuẩn chẩn đoán SNK theo khuyến cáo của Sepsis-3 và SSC năm 2016¹.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 16.12.2022

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot (1-p)}{(\epsilon p)^2}$$

Trong đó: n: Số lượng mẫu (số người bệnh cần nghiên cứu).

$Z_{1-\alpha/2}^2$: Hệ số tin cậy, chọn hệ số tin cậy là

95%, như vậy $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96^2$

p: p = 0,144 tỷ lệ tử vong sớm trên người bệnh sốc nhiễm khuẩn tại một đơn vị ICU ở Pháp.

ε: Khoảng sai lệch tương đối. Chọn ε = 0,3.

Tính cỡ mẫu n = 254, làm tròn là 260.

- **Chọn mẫu:** lấy mẫu thuận tiện những người bệnh đúng tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu trong giai đoạn từ 6/2017 đến tháng 6/2022.

- Thu thập thông tin theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Bệnh nhân được theo dõi đánh giá tại các thời điểm 1h, 6h sau sốc, được đánh giá trong quá trình điều trị, thu thập kết cục điều trị cuối cùng tại bệnh viện. Các xét nghiệm cận lâm sàng và vi sinh được thực hiện tại bệnh viện bệnh Nhiệt đới Trung ương. Nhiễm trùng bệnh viện là nhiễm trùng xảy ra sau 48 giờ vào viện. Các nhiễm trùng khác xảy ra ở cộng đồng gọi là nhiễm trùng từ cộng đồng.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các test thống kê trong y học. Mức ý nghĩa thống kê p < 0,05.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành với sự cho phép của Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung Ương. Các thông tin thu thập trong quá trình nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (N=260)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18 - 39 tuổi	26	10,0
	40 - 59 tuổi	123	47,3
	≥ 60 tuổi	111	42,7
	$\bar{x} \pm SD$ (min - max)	57 ± 14 (19 - 92)	
Giới	Nam	198	76,2
	Nữ	62	23,8

Bệnh nền	≥ 2 bệnh nền	125	48,1
	1 bệnh nền	58	22,3
	Không có	77	29,6
Thời gian sốc	≤ 24h vào viện	198	76,2
	> 24h vào viện	62	23,8
Thời gian khởi phát	Dưới 3 ngày	37	14,2
	Từ 3 đến 7 ngày	145	55,8
	Trên 7 ngày	78	30,0
	$\bar{x} \pm SD$ (min - max)	8 ± 6 (1 - 30)	
Dùng kháng sinh trước khi vào viện	Có	92	35,4
	Không	26	10,0
	Không rõ	142	54,6
Nhiễm trùng khởi điểm	Từ cộng đồng	225	86,5
	Từ bệnh viện	35	13,5
SOFA lúc vào viện	≥ 2 điểm	257	98,8
	< 2 điểm	3	1,2
	$\bar{x} \pm SD$ (min - max)	10 ± 4 (1 - 21)	
Kết quả cấy máu	Dương tính, gram (-)	42	16,2
	Dương tính, gram (+)	19	7,3
	Am tính	199	76,5

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 57 ± 14 tuổi. SNK chủ yếu xảy ra trước khi vào viện và trong 24 giờ sau khi vào viện (chiếm 76,2%). Thời gian khởi phát chủ yếu từ 3 đến 7 ngày (55,8%). Phần lớn nhiễm khuẩn khởi điểm có nguồn gốc từ cộng đồng (86,5%). Hầu hết đối tượng nghiên cứu có điểm SOFA lúc vào viện ≥ 2 điểm (98,8%), tỷ lệ cấy máu dương tính chiếm 23,5%.

3.2. Kết quả điều trị SNK

Bảng 2. Các thuốc kháng sinh thường dùng trong điều trị SNK

STT	Tên kháng sinh	Tần số (N=260)	Tỷ lệ (%)
1	Imipenem-cilastatin	116	44,6
2	Meropenem	103	39,6
3	Linezolid	70	26,9
4	Ciprofloxacin	41	15,8
5	Levofloxacin	38	14,6
6	Moxifloxacin	33	12,7
7	Vancomycin	26	10,0
8	Ertapenem	18	6,9
9	Colistin	17	6,5
10	Ceftriaxon	15	5,8
11	Piperacillin - tazobactam	11	4,2
12	Amikacin	11	4,2
13	Teicoplanin	6	2,3

Nhận xét: Có ba loại kháng sinh được dùng nhiều nhất là Imipenem, Meropenem và Linezolid với tỷ lệ lần lượt là 44,6%; 39,6% và 26,9%. 68,1% người bệnh được sử dụng phối hợp 2 loại kháng sinh, 16,5% được dùng 3 loại kháng sinh.

Bảng 3. Các thuốc vận mạch được dùng trong sốc nhiễm khuẩn

Loại thuốc	Liều dùng* ($\bar{X} \pm SD$)	n (%)
Nor-epinephrine	0,28 ± 0,44	257 (98,8)
Epinephrine	1,12 ± 1,61	39 (15,0)
Dobutamin	12,77 ± 22,96	36 (13,8)
Dopamin	18,04 ± 8,31	4 (1,5)

*Liều catecholamine được cho theo $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$ trong ít nhất 1 giờ và trong vòng 24 giờ sau sốc, ghi lại liều cao nhất

Nhận xét: Nor-epinephrine là thuốc vận mạch đầu tay trong điều trị SNK (dùng ở 98,8% trường hợp) với liều trung bình 0,28±0,44 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$. Dopamin ít được sử dụng nhất (1,5%), liều trung bình là 18,04±8,31 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$. Có 76,2% đối tượng được dùng 1 loại vận mạch và 23,8% dùng ≥ 2 loại vận mạch.

Bảng 4. Mục tiêu 6 giờ sau sốc của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (N=260)	Tỷ lệ (%)
MAP > 65 mmHg	Đạt	210	80,8
	Không đạt	50	19,2
Nước tiểu ≥ 0,5 ml/kg/giờ	Đạt	91	35,0
	Không đạt	169	65,0

Nhận xét: Trong vòng 6 giờ sau điều trị sốc, có 80,8% người bệnh đạt được mục tiêu MAP > 65 mmHg; các trường hợp đạt được mục tiêu lượng nước tiểu ≥ 0,5 ml/kg/giờ chiếm tỷ lệ thấp hơn, chỉ 35,0%.

Bảng 5. Kết quả điều trị cuối cùng của người bệnh SNK

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thoát sốc (n=260)	Có	99	38,1
	Không	161	61,9
Tái sốc (n=99)	Có	14	14,1
	Không	85	85,9
	$\bar{X} \pm SD$ (min – max)**	12 ± 10 (1 – 34)	
Hồi phục sau tái sốc (n=14)	Có	6	42,9
	Không	8	57,1
Kết quả ra viện (n=260)	Sống	91	35,0
	Tử vong muộn	79	30,4
	Tử vong sớm	90	34,6
Số ngày điều trị tại ICU	$\bar{X} \pm SD$ (min – max)	10 ± 12 (1 – 83)	

**Thời gian xuất hiện tái sốc tính từ khi SNK

(theo ngày)

Nhận xét: Sau quá trình điều trị, có 38,1% ca bệnh thoát sốc; trong đó 14,1% tái sốc trở lại, tỷ lệ hồi phục sau tái sốc là 42,9%. Khoảng thời gian bệnh nhân thoát sốc nhiều nhất là trong vòng 5 ngày đầu sau nhập viện, trung bình 5 ± 3 ngày (từ 1 đến 16 ngày). Tỷ lệ tử vong muộn và tử vong sớm lần lượt là 34,6% và 30,4%.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 260 người bệnh SNK được nghiên cứu, 76,2% trường hợp sốc xảy ra trước khi vào viện và trong 24 giờ sau nhập viện. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 57 ± 14 tuổi (từ 19-92 tuổi) với đa số thuộc nhóm 40 – 59 tuổi (47,3%), tương tự với nghiên cứu của Vũ Hải Yến (2012)⁵ 57,7 ± 16,8; cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thanh Bằng (2018)³ là 50,2 ± 15,9 tuổi; Trần Văn Quý (2019)⁶ là 55,48 ± 15,15 tuổi (từ 25-89 tuổi) và thấp hơn so với đề tài của Hoàng Văn Quang (2011)⁷ là 63,6 ± 15 hay nghiên cứu Fabrice Daviaud (2015)⁸ tại Pháp là 66 ± 15.

Trong nghiên cứu, 48,1% người có ≥ 2 bệnh nền, cao hơn kết quả của Hoàng Văn Quang (2011)⁷ là 19,5%. Bệnh mạn tính càng nhiều thì tỷ lệ tử vong càng tăng; do các bệnh nhân này có sức đề kháng kém, dễ xảy ra nhiễm khuẩn và suy nhiều tạng khi có yếu tố làm dễ.

Hầu hết đối tượng nghiên cứu có điểm SOFA lúc vào viện ≥ 2 điểm (98,8%), trung bình 10 ± 4 điểm. Điểm SOFA càng cao thì mức độ tổn thương tạng càng nhiều, suy chức năng tạng càng nặng. Marshall⁹ nghiên cứu trên 303 bệnh nhân, thấy SOFA lúc vào viện có liên quan đến tử vong và ngày điều trị tại ICU, cũng như tại bệnh viện. SOFA càng tăng tỷ lệ tử vong càng cao, cụ thể là 25% (SOFA 9-12 điểm), 50% (SOFA 13-16 điểm), 75% (17-20 điểm), 100% (>20 điểm).

Trong nhóm nghiên cứu, thuốc vận mạch được chỉ định đầu tiên là nor-epinephrine, phù hợp với các khuyến cáo điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi có 98,8% trường hợp được dùng nor-epinephrine với liều trung bình 0,28 ± 0,44 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$, tiếp đến là epinephrine và dobutamin với tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 15,0% (trung bình 1,12 ± 1,61 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$) và 13,8% (trung bình 12,77 ± 22,96 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$); dopamin ít được sử dụng nhất (1,5%), liều trung bình là 18,04 ± 8,31 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$. Tỷ lệ dùng 1 loại vận mạch chiếm đa số với 76,2%; còn lại 23,8% đối tượng được dùng ≥ 2 loại vận mạch. Nghiên cứu của Phạm Thanh Bằng (2018)³ cũng cho kết quả

tương tự. Nghiên cứu của Hoàng Văn Quang (2011)⁷ lại cho thấy, dopamin là thuốc vận mạch được lựa chọn đầu tiên khi có tụt huyết áp kéo dài, không đáp ứng với bù dịch ở người bệnh SNK (chiếm 95,1%; liều trung bình $15,8 \pm 6,6$ $\mu\text{g/kg/phút}$); một số ít sử dụng noradrenalin (4,9%) với liều trung bình $0,41 \pm 0,36$ $\mu\text{g/kg/phút}$. Lê Văn Ký¹⁰ nghiên cứu tác dụng của noradrenalin cho thấy, thuốc có hiệu quả ở liều $0,12 - 1,2$ mcg/kg/ph , làm tăng HATT, MAP, tăng lưu lượng nước tiểu, tăng độ thanh thải creatinine, tăng tưới máu tổ chức. Nhiều nghiên cứu cũng nhận thấy rằng, noradrenalin có hiệu quả điều trị tốt với cải thiện huyết áp, cung cấp oxy, cải thiện nước tiểu; tuy nhiên, những năm trước do thiếu đánh giá huyết động thường quy và sợ tác dụng co mạch quá mức nên thuốc chưa được sử dụng rộng rãi. Do đó nhiều nhà lâm sàng xem dopamin là thuốc vận mạch được lựa chọn đầu tiên khi có tụt huyết áp kéo dài ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn¹¹. Dobutamin chỉ sử dụng khi có suy tim biểu hiện bằng tăng áp lực ổ đày và giảm chức năng co bóp cơ tim trên siêu âm tim.

Trong vòng 6 giờ sau điều trị sốc, có 80,8% người bệnh đạt được mục tiêu MAP > 65 mmHg; các trường hợp đạt được mục tiêu lượng nước tiểu $\geq 0,5$ ml/kg/giờ chiếm tỷ lệ thấp hơn, chỉ 35,0%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Hoàng Văn Quang (2011)⁷ với 54,8% đối tượng có nước tiểu $\geq 0,5$ ml/kg/giờ và 69,5% đối tượng có MAP > 65 mmHg, sau 6 giờ điều trị. Sau quá trình điều trị, có 38,1% bệnh nhân thoát sốc; chủ yếu thoát sốc nhiều nhất trong vòng 5 ngày đầu tính từ khi vào viện. Thời gian thoát sốc lớn hơn nhiều so với nghiên cứu của Vũ Hải Yến (2012)⁵, trung bình $22 \pm 20,8$ giờ. Có thể do nhiều đối tượng nhập viện muộn hoặc do Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương là tuyến cao nhất, nên thường bệnh nhân được chuyển vào sau quá trình điều trị ở nhiều nơi; để không tuân thủ liệu pháp điều trị sớm theo mục tiêu.

Tỷ lệ người bệnh SNK tử vong tại viện chiếm 65%, cao hơn kết quả của Vũ Hải Yến (2012)⁵ là 43,75%; Fabrice Daviaud (2015)⁸ là 45%; Hoàng Văn Quang (2011)⁷ là 55% và Trần Văn Quý (2019)⁶ là 56,2%; tuy vậy, vẫn thấp hơn so với nghiên cứu Phạm Thanh Bằng (2018)³ là 78%. Lý giải điều này là bởi vì: thứ nhất, bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả bệnh nhân tử vong tại viện và bệnh nhân nặng xin về, mà tỷ lệ bệnh nhân nặng xin về chiếm đa số. Thứ hai, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu tương đối cao, nên sự lão hóa và suy giảm sức

chống đỡ của cơ thể với bệnh tật làm cho bệnh nhân không thoát được sốc, dẫn đến suy đa phủ tạng; đó là nguyên nhân dẫn đến tử vong. Thứ 3, Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương là bệnh viện tuyến cao nhất điều trị bệnh nhân truyền nhiễm, nên hầu hết người bệnh SNK thường điều trị ở tuyến dưới trước khi đến viện. Bởi vậy nên các ca vào viện thường có thời gian khởi phát kéo dài, bệnh nhân nhập viện muộn, số tạng suy cao, do vậy hiệu quả điều trị sẽ không cao như các nghiên cứu khác.

Người bệnh SNK chủ yếu tử vong trong 3 ngày đầu vào viện (84 trường hợp, chiếm 30,4%); sau đó giảm dần vào các ngày tiếp theo. Kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu hồi cứu tại một đơn vị ICU ở Pháp trên 543 trường hợp, với 14,3% ca SNK tử vong trong vòng 3 ngày đầu vào viện. Thời gian điều trị trung bình của SNK tại khoa ICU là 10 ± 12 ngày, tương tự với nghiên cứu của Hoàng Văn Quang (2011)⁷, thời gian điều trị tại khoa ICU của nhóm sống và nhóm tử vong lần lượt là $11,3 \pm 6,8$ và $8,5 \pm 5,6$ ngày.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về vấn đề điều trị sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương giai đoạn 2017-2022 cho thấy, đa phần kháng sinh được sử dụng là loại có phổ kháng khuẩn rộng, mức độ kháng thuốc còn ở mức thấp như: Meropenem, Imipenem+ cilastatin và Linezolid. Việc phối hợp kháng sinh nhằm bao phủ các căn nguyên nghi ngờ được thực hiện ở hầu hết bệnh nhân. Vận mạch nor-epinephrine là thuốc được ưu tiên sử dụng. Về mục tiêu 6 giờ, đa số đạt mục tiêu MAP > 65 mmHg, nhưng còn ít đối tượng đạt được mục tiêu lượng nước tiểu $\geq 0,5$ ml/kg/giờ. Tỷ lệ tử vong còn cao, tập trung chủ yếu 3 ngày đầu vào viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al.** The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801. doi:10.1001/jama.2016.0287
- Bauer M, Gerlach H, Vogelmann T, Preissing F, Stiefel J, Adam D.** Mortality in sepsis and septic shock in Europe, North America and Australia between 2009 and 2019— results from a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*. 2020;24(1):239. doi:10.1186/s13054-020-02950-2
- Phạm Thanh Bằng.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sốc nhiễm khuẩn có hội chứng đông máu rải rác trong lòng mạch. Luận văn bác sỹ nội trú. Published online 2018:Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Kumar A, Roberts D, Wood KE, et al.** Duration of hypotension before initiation of effective

antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med. 2006;34(6):1589-1596.

doi:10.1097/01.CCM.0000217961.75225.E9

5. **Vũ Hải Yên.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả của liệu pháp điều trị sớm theo mục tiêu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Luận văn Thạc sĩ. Published online 2012:Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Trần Văn Quý.** Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung Ương. Luận văn Thạc sĩ. Published online 2019:Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Hoàng Văn Quang.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị suy đa tạng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Luận án Tiến sĩ. Published online 2011:Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Fabrice Daviaud, David Grimaldi, Agnès Dechartres, Julien Charpentier, Guillaume Geri, Nathalie Marin, Jean-Daniel Chiche, Alain Cariou, Jean-Paul Mira & Frédéric Pène.** Timing and causes of death in septic shock | Annals of Intensive Care | Full Text. Published 2013 2008. Accessed April 18, 2021. <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-015-0058-8>
9. **Marshall, John C, Cook, Deborah J, Chirstou, Nicolas V, Gordon R, Sprung, Charles, Sibbald, William.** Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome. Crit Care Med. 23(10), pp.1638-1652.
10. **Lê Văn Ký.** Đánh giá tác dụng của Noradrenaline truyền tĩnh mạch trong điều trị sốc nhiễm khuẩn. Luận văn thạc sĩ y học. 1997;Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

PHẪU THUẬT BÓC U XƠ CƠ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Dương Đức Thắng^{1,2}, Nguyễn Tuấn Minh¹, Đặng Thị Minh Nguyệt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét phương pháp phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. **Đối tượng nghiên cứu:** 217 bệnh nhân UXCTC, được phẫu thuật bóc u, và giải phẫu bệnh là UXCTC lành tính tại BVPSTW từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ phẫu thuật nội soi bóc UXCTC là 25,3%, mổ mở bóc u là 66,9%, nội soi chuyển mổ mở chiếm 7,8%. Có 6 bệnh nhân phải cắt tử cung (2,8%). Trong đó 3 bệnh nhân dưới 40 tuổi. Có 3 bệnh nhân chưa đủ con: 1 bệnh nhân có 1 con, đặc biệt có tới 2 bệnh nhân chưa có con nào. Các nguyên nhân dẫn đến bảo tồn tử cung thất bại bao gồm như: Dính, chảy máu, u to, và gặp nhiều nhất là ở các vị trí khó để bóc u như u mặt sau, ở eo tử cung, nằm sâu trong cơ và dây chằng rộng (68,8%). Số bệnh nhân bị tổn thương niêm mạc tử cung mổ mở bóc u chiếm 9,2% (20/217), cao hơn nhóm nội soi bóc u 1,8%(4/217). **Kết luận:** Tỷ lệ phẫu thuật nội soi bóc UXCTC là 25,3%, nội soi chuyển mổ mở chiếm 7,8%. Có 2,8% bảo tồn tử cung thất bại Số bệnh nhân bị tổn thương niêm mạc tử cung mổ mở bóc u chiếm 9,2%, cao hơn nhóm nội soi bóc u 1,8%.

Từ khóa: Bóc u xơ cơ tử cung, phẫu thuật.

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Đức Lâm

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đức Thắng

Email: duchtangdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2022

Ngày duyệt bài: 15.12.2022

MYOMECTOMY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (NHOG)

Objective: To review the surgical approaches of myomectomy be operated at NHOG. **Subjects:** 217 patients had uterine leiomyomas, underwent the surgical procedure to remove uterine fibroids, had pathology results was benign uterine leiomyomas, at NHOG from January to December of 2021. **Methodology:** observational study. **Results:** The rate of patients had laparoscopic myomectomy was 25.3%; these rate for abdominal myomectomy was 66.9%, these rate for laparoscopic surgery changed to abdominal myomectomy was 7.8%. There were 6 patients underwent hysterectomy (2.8%); where 3 patients were under 40 years old; 3 patients did not get the ideal number of children: 1 patient had 1 child, particularly 2 patients had no child. The reasons of uterine preservation fail included: abdominal adhesion, blood loss, large sized myomas, and the common reason was the myomas' location was difficult to perform the surgery, such as the uterus posterior, the uterus isthmus, the fibroid is deep within the muscular layer of the uterus, and the board ligament (68.8%). The rate of patients had uterine mucosal damage after open abdominal myomectomy was 9.2% (20/217), was higher than those had laparoscopic myomectomy (1.8%; 4/217). **Conclusions:** The rate of patients underwent laparoscopic myomectomy was 25.3%, %, these rate for laparoscopic surgery changed to abdominal myomectomy was 7.8%. There was 2.8% of patients had failure of uterine preservation. The rate of patients had uterine mucosal damage due to abdominal myomectomy was 9.2%, higher than those had laparoscopic myomectomy 1.8%.

Keywords: myomectomy, surgery.