

áp nhiều hơn.

Tai biến chọc vào mạch máu gặp ở 1 bệnh nhân trong nhóm giảm đau với gây tê CCSN và 2 bệnh nhân trong nhóm gây tê NMC và không gặp trường hợp nào bị tràn khí màng phổi, gây tê tủy sống toàn bộ, ngộ độc thuốc tê, đau tại vị trí tiêm hay nhiễm trùng khoang CCSN, khoang NMC.

## V. KẾT LUẬN

Hiệu quả giảm đau trong và sau phẫu thuật của gây tê CCSN dưới hướng dẫn của siêu âm tương đương với gây tê NMC trong phẫu thuật lồng ngực một bên ở trẻ em.

Gây tê CCSN dưới HDSA là kỹ thuật an toàn, tác dụng không mong muốn ít hơn gây tê NMC ở trẻ em.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chalam, K.S., Patnaik, S.S., Sunil, C., Bansal, T (2015). Comparative study of ultrasound-guided paravertebral block with ropivacaine versus bupivacaine for post-operative pain relief in children undergoing thoracotomy for patent ductus arteriosus ligation surgery. Indian Journal of Anaesthesia, 59(8), 493-498.
2. Dango S., Harris S., Offner K. et al (2012). Combined paravertebral and intrathecal vs thoracic epidural analgesia for post-thoracotomy pain relief. British Journal of Anaesthesia, 1-17.
3. Công Quyết Thắng (2011). Gây tê ngoài màng cứng bằng Morphine để giảm đau sau mổ lồng ngực, mạch máu. Tạp chí Y học Việt Nam, 1, 15-19.
4. Công Quyết Thắng (2006). Bài giảng gây mê hồi sức 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Kaya F.N., Turker G., Mogol E.B., Bayraktar S (2012). Thoracic paravertebral block for video-assisted thoracoscopic surgery: single injection versus multiple injections. J Cardiothorac Vasc Anesth, 26, 90-94.
6. Dalim KB, Puneet K and Souvik M (2014). Analgesic efficacy and safety of thoracic paravertebral and epidural analgesia for thoracic surgery: a systematic review and meta-analysis. Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery, p: 1-10.
7. Mohammed AA and Aslamsher KK (2013). Report of a case of ultrasound guided continuous thoracic paravertebral block for post thoracotomy analgesia in a child. M.E.J. Anesth; 22 (1): 107 - 108.

## NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHỈ ĐỊNH GẠT TÁCH TIỂU CẦU TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Dương Doãn Thiện<sup>1</sup>, Nguyễn Hà Thanh<sup>1</sup>, Bạch Quốc Khánh<sup>1</sup>,  
Lê Xuân Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Triệu Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Trí<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định một số đặc điểm lâm sàng và chỉ định gạt tách tiểu cầu ở các bệnh nhân lơ xê mi kinh dòng hạt và tăng tiểu cầu tiên phát tại Viện Huyết học - Truyền máu trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** gồm 147 bệnh nhân có số lượng tiểu cầu tăng cao  $\geq 1000$  G/L. Nghiên cứu mô tả cắt ngang các hội chứng thiếu máu, thâm nhiễm, tắc mạch, nhiễm khuẩn và xuất huyết... **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân là  $57,7 \pm 16,4$  tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 1,3/1,0. Các hội chứng chủ yếu ở bệnh nhân trước khi điều trị gạt tách tiểu cầu là tắc mạch (72,8%), thiếu máu (42,9%), thâm nhiễm (18,4%). Các hội chứng chiếm tỷ lệ thấp hơn là nhiễm khuẩn (7,5%) và xuất huyết (4,1%). 100% số bệnh nhân gạt tách tiểu cầu có số lượng tiểu cầu  $\geq 1000$  G/l, có 44,2% bệnh nhân có số lượng tiểu cầu  $\geq 1500$  G/l, số lượng tiểu cầu trung bình trước khi gạt tách tiểu cầu là  $1589,1 \pm 497,6$  G/l (thấp nhất là 1000 G/l và cao nhất là 4264 G/l).

**Từ khóa:** tiểu cầu, tăng tiểu cầu tiên phát, gạt tách tiểu cầu.

### SUMMARY

RESEARCH ON SOME CLINICAL FEATURES AND INDICATIONS OF THROMBOCYTAPHERESIS AT NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION

**Objectives of the study:** Identify some clinical features and indications of thrombocytapheresis at National Institute of Hematology and Blood Transfusion. **Methods:** 147 patients have platelet count  $\geq 1000$  G/L. The study described cross-sectional symptoms of anemia, infiltration, embolism, infection and hemorrhage ... Research **results:** The average age of patients was  $57.7 \pm 16.4$  years. The female to male ratio is 1.3/1.0. The main syndromes in patients before thrombocytapheresis were embolism (72.8%), anemia (42.9%), infiltration (18.4%). The lower proportion was bacterial infection (7.5%) and hemorrhage (4.1%). 100% of patients have platelet counts  $\geq 1000$  G/l (44.2% of patients have platelet counts  $\geq 1500$  G/l). The average number of platelets is  $1589.1 \pm 497.6$  G/l (the lowest is 1000 G/l and the highest is 4264 G/l).

**Keywords:** platelets, Essential Thrombocytopenia, thrombocytapheresis

<sup>1</sup>Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Dương Doãn Thiện

Email: drthienhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.01.2020

Ngày duyệt bài: 17.01.2020

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tăng tiểu cầu tiên phát (TTCTP) là bệnh tương đối ít gặp (là bệnh ít gặp nhất trong hội chứng tăng sinh tủy mạn tính). Tỷ lệ mắc TTCTP là 0,6-2,5/100.000 người mỗi năm, độ tuổi hay gặp là từ 65- 70 tuổi. Hiếm gặp ở trẻ em hơn, tỷ lệ mắc ở trẻ là 0,09/100.000 [1], [2]. Trần Quý Phương Linh (2012) nghiên cứu 127 BN có SLTC ≥ 500G/L điều trị nội trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy thấy tuổi trung bình là 52,9, tỷ lệ nam/nữ: 53,5/46,5; BN có SLTC từ 500- 999 G/L chiếm tỷ lệ cao (84,3%). Tăng tiểu cầu thứ phát chiếm tỷ lệ cao (81,9%), thường gặp nhất là nhiễm trùng (36,2%), nhiễm trùng kết hợp hậu phẫu (22%), bệnh lý ác tính ngoài màng tủy (19,7%). Với SLTC từ 500- 999 G/L, nhóm tăng tiểu cầu thứ phát (91,6%) nhiều hơn 10,5 lần so với TTCTP; khi SLTC từ >1000G/L, nhóm TTCTP (70%) nhiều hơn 2,4 lần so với nhóm nguyên nhân thứ phát, p<0,006 [3].

Khoảng 1/2 số BN không có biểu hiện lâm sàng khi phát hiện bệnh. Đa số các trường hợp được phát hiện tình cờ khi xét nghiệm máu hoặc khi vào viện do huyết khối hay xuất huyết [4], [5], [6], [7]. Bệnh nhân có thể có các biểu hiện tắc mạch chi (có những cơn đau buốt, dị cảm, hoại tử đầu chi, loét cẳng chân), tắc mạch não, võng mạc mắt, cơ tim và lách. Ngoài ra còn có thể gặp xuất huyết dưới da, niêm mạc tự nhiên hoặc sau chấn thương do rối loạn chức năng tiểu cầu. Khoảng 30-40% BN có lách to [8], [Error! Reference source not found.]. Nghiên cứu được tiến hành nhằm: *Xác định một số đặc điểm lâm sàng và chỉ định gan tách tiểu cầu tại Viện Huyết học - Truyền máu trung ương.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 147 BN mắc bệnh máu ác tính có SLTC tăng cao ≥ 1000 G/L (16 BN LXMKDH và 131 BN TTCTP).

*\*Tiêu chuẩn lựa chọn BN:*

- Bệnh nhân được chẩn đoán LXMKDH hoặc TTCTP.

- Có SLTC tăng ≥ 1000 G/L.

- Có tắc mạch hoặc nguy cơ tắc mạch.

*\*Tiêu chuẩn loại trừ*

**Bảng 3. Một số hội chứng trước khi điều trị gan tách tiểu cầu.**

Hội chứng		Số BN (n= 147)	Tỷ lệ (%)	Tổng số (n= 147)
Hội chứng tắc mạch	Tắc mạch đáy mắt	1	0,7	107 (72,8%)
	Tắc mạch não (tăng ALNS)	76	51,7	
	Tắc mạch chi	76	51,7	
Hội chứng thiếu máu	Nặng	3	2,0	63 (42,9%)
	Vừa	9	6,1	
	Nhẹ	51	34,7	

- Những bệnh nhân không có nguy cơ tắc mạch, SLTC chưa cao.

- Những bệnh nhân có kèm theo một số bệnh nội khoa như tim mạch, tâm thần kinh, viêm phổi, nhiễm trùng nặng...

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

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

- Cỡ mẫu: toàn bộ gồm tất cả bệnh nhân đến khám và điều trị có SLTC cao ≥ 1000 G/L, trong thời gian từ 10/2014 đến 9/2016.

- Các chỉ số đánh giá:

+ Phân bố tuổi, giới tính.

+ Hội chứng thiếu máu: mức độ thiếu máu nặng, vừa nhẹ.

+ Hội chứng thâm nhiễm: lách to, gan to, hạch to, thâm nhiễm lợi

+ Hội chứng tắc mạch: não, đáy mắt, chi, dương vật...

+ Hội chứng nhiễm khuẩn: sốt, nhiễm khuẩn hô hấp, tiêu hóa, cơ...

+ Hội chứng xuất huyết: dưới da, tiêu hóa, đáy mắt...

+ Hội chứng ĐMNMR

- Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê thường dùng trong y sinh học trên máy tính theo chương trình SPSS 22.0 for Windows.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Phân bố tuổi của các bệnh nhân gan tách tiểu cầu.**

Nhóm tuổi	Số BN	Tỷ lệ (%)
5-19	1	0,7
20- 59	70	47,6
≥60	76	51,7
X ± SD	57,7 ± 16,4	

Tuổi trung bình của các BN gan tách TC là 57,7 ± 16,4 tuổi. Đa số BN gan tách tiểu cầu (51,7%) ở lứa tuổi ≥60 tuổi.

**Bảng 2. Phân bố giới tính của các bệnh nhân gan tách tiểu cầu.**

Giới tính	Số BN	Tỷ lệ (%)
Nam	64	43,5
Nữ	83	56,5
<b>Tổng số</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>

Ở các BN gan tách tiểu cầu, tỷ lệ nữ giới (56,5%) nhiều hơn so với nam giới (43,5%). Tỷ lệ nữ/nam là 1,3/1,0.

Hội chứng thâm nhiễm	Lách to	23	15,6	27 (18,4%)
	Gan to	9	6,1	
	Hạch to	1	0,7	
	Thâm nhiễm lợi	1	0,7	
Hội chứng nhiễm khuẩn	Sốt	4	2,7	11 (7,5%)
	Nhiễm khuẩn hô hấp	8	5,4	
	Nhiễm khuẩn tiêu hóa	2	1,4	
Hội chứng xuất huyết	Xuất huyết dưới da	4	2,7	6 4,1
	Xuất huyết tiêu hóa	2	1,4	

- Các hội chứng chủ yếu ở BN trước khi điều trị gan tách tiểu cầu là tắc mạch (72,8%), thiếu máu (42,9%), thâm nhiễm (18,4%). Các hội chứng chiếm tỷ lệ thấp hơn là nhiễm khuẩn (7,5%) và xuất huyết (4,1%).

- Trong hội chứng tắc mạch: nhiều nhất là tắc mạch não (51,7%) và tắc mạch chi (51,7%), tắc mạch đáy mắt chiếm tỷ lệ thấp (0,7%).

- Trong hội chứng thiếu máu: nhiều nhất là thiếu máu mức độ nhẹ (34,7%), thiếu máu mức độ vừa và nặng chiếm tỷ lệ thấp (6,1% và 2,0%).

- Trong hội chứng thâm nhiễm: nhiều nhất là lách to (15,6%), gan to và hạch to chiếm tỷ lệ thấp (6,1% và 0,7%).

- Trong hội chứng nhiễm khuẩn: nhiều nhất là nhiễm khuẩn hô hấp (5,4%) và sốt (2,7%).

**Bảng 4. Phân bố số lượng tiểu cầu trước khi gan tách tiểu cầu.**

Số lượng tiểu cầu (G/l)	LXM kính dòng hạt (n= 16)	TTCTP (n= 131)	Tổng số (n= 147)
1000- <1500	7 (43,8%)	75 (57,3%)	82 (55,8%)
≥ 1500	9 (56,3%)	56 (42,7%)	65 (44,2%)
$\bar{x} \pm SD$	1750,8 ± 537,6	1569,3 ± 491,1	1589,1 ± 497,6
	p > 0,05		(1000- 4264)

- 100% số BN gan tách tiểu cầu có SLTC ≥ 1000 G/l, có 44,2% BN có SLTC ≥ 1500 G/l. SLTC trung bình trước khi gan tách tiểu cầu là 1589,1 ± 497,6 G/l (thấp nhất là 1000 G/l và cao nhất là 4264 G/l). SLTC của nhóm TTCTP không khác biệt so với nhóm LXMKDH (p > 0,05).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân gan tách tiểu cầu.** Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của nhóm BN gan tách tiểu cầu là 57,7 ± 16,4 tuổi. Đa số BN ≥ 60 (51,7%) và 20- 59 tuổi (47,6%), có 0,7% BN < 19 tuổi. Tỷ lệ nữ giới (56,5%) nhiều hơn so với nam giới (43,5%). Tỷ lệ nữ/nam là 1,3/1,0 (bảng 1 và 2).

Điều này cũng tương tự nhận xét của Nguyễn Thị Lệ Ninh (2015) [4] khi điều trị 55 BN TTCTP bằng phương pháp gan tách tiểu cầu thấy tuổi trung

bình của các BN là 58,1 ± 17,9 tuổi; lứa tuổi trên 60 (54,5%) nhiều hơn lứa tuổi dưới 60 (45,5%). Có 33 BN nữ (60%), có 22 BN nam (40%). Tỷ lệ nữ/nam là 1,5/1,0. Bùi Lê Cường và cs. (2014) nghiên cứu 28 BN TTCTP thấy tuổi trung bình 56,46 ± 16,69 (19- 85), thường gặp từ 50- 70 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 0,86. Đa số BN được phát hiện bệnh một cách tình cờ khi xét nghiệm máu khi kiểm tra sức khỏe hoặc nhập viện vì các bệnh lý không phải huyết học [1]. Đinh Thị Thúy Hồng (2015) [2] nghiên cứu 60 BN TTCTP thấy tuổi trung bình của các BN là 57,9 tuổi (31- 80 tuổi). Độ tuổi hay gặp nhất là từ 50- 60 tuổi (45%), sau đó là tới nhóm bệnh nhân có độ tuổi từ 61- 70 tuổi (25%). Bệnh hiếm gặp ở người trẻ tuổi. Nam chiếm 40% và nữ chiếm 60%. Tỷ lệ nam/nữ là 0,66.

Qua nghiên cứu thấy các hội chứng chủ yếu ở BN trước khi gan tách tiểu cầu là tắc mạch (72,8%), thiếu máu (42,9%), thâm nhiễm (18,4%). Các hội chứng chiếm tỷ lệ thấp hơn là nhiễm khuẩn (7,5%) và xuất huyết (4,1%). Trong hội chứng tắc mạch, nhiều nhất là tắc mạch não (51,7%) và tắc mạch chi (51,7%), tắc mạch đáy mắt chiếm tỷ lệ thấp (0,7%). Với hội chứng thiếu máu: nhiều nhất là thiếu máu mức độ nhẹ (34,7%), thiếu máu mức độ vừa và nặng chiếm tỷ lệ thấp (6,1% và 2,0%). Trong hội chứng thâm nhiễm: nhiều nhất là lách to (15,6%), gan to và hạch to chiếm tỷ lệ thấp (6,1% và 0,7%). Còn đối với hội chứng nhiễm khuẩn: nhiều nhất là nhiễm khuẩn hô hấp (5,4%) và sốt (2,7%), (bảng 3).

Điều này cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu về bệnh TTCTP. Montanaro M. và cs. (2014) nghiên cứu 1.144 BN TTCTP từ tháng 1/1979 đến tháng 12/2010 thấy 107 trường hợp có biến chứng huyết khối (9,4%), trong đó huyết khối động mạch là 60 BN (5,3%) và huyết khối tĩnh mạch là 47 BN (4,1%) [8]. Pósfai É. và cs. (2016) hồi cứu 263 BN TTCTP và ĐHCTP (155 BN và 108 BN) từ năm 1998 đến năm 2014 thấy 14 trường hợp có nhồi máu cơ tim (5,3%). Ở các BN nhồi máu cơ tim thấy 92,9% BN (13/14) có yếu tố nguy cơ tim mạch; 71,4% BN nhồi máu

cơ tim trong vòng 12 tháng sau khi chẩn đoán TTCTP/ĐHCTP.

Nguyễn Thị Lệ Ninh (2015) [4] nghiên cứu 55 BN TTCTP thấy triệu chứng lâm sàng lúc vào viện chủ yếu là các triệu chứng của ứ trệ tuần hoàn tại các vi mạch, trong đó biểu hiện nhiều nhất là tê bì, dị cảm đầu chi (20%), ù tai (10,9%), đau đầu (10,9%), tím đầu chi (9,1%). SLTC ở nhóm có triệu chứng ứ trệ tuần hoàn vi mạch (1934,6 G/l) cao hơn nhóm không có triệu chứng lâm sàng do ứ trệ tuần hoàn vi mạch (1445,8 G/l), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### 4.2. Chỉ định điều trị gan tách tiểu cầu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% số BN gan tách tiểu cầu có SLTC  $\geq 1000$  G/l, có 44,2% BN có SLTC  $\geq 1500$  G/l. SLTC trung bình trước khi gan tách tiểu cầu là  $1589,1 \pm 497,6$  G/l (thấp nhất là 1000 G/l và cao nhất là 4264 G/l). SLTC của nhóm TTCTP không khác biệt so với nhóm LXMKDH ( $p > 0,05$ ), (bảng 4).

Điều này cũng phù hợp với chỉ định gan tách TC cấp cứu cho các BN có triệu chứng tắc mạch và SLTC tăng cao trên 1.000 G/L [5], [6], [7]. Theo Adami R. (1993) [5] gan tách tiểu cầu là một phương pháp điều trị nhằm làm giảm nhanh chóng SLTC ở những BN tăng tiểu cầu để ngăn chặn biến chứng tắc mạch hoặc chảy máu. Để điều trị giảm SLTC dài hạn phải kết hợp với hóa trị liệu. Các tác giả đã điều trị gan tách tiểu cầu cho 132 BN tăng SLTC (76 trường hợp có huyết khối và/hoặc xuất huyết) do cắt lách, TTCTP và rối loạn tăng sinh tủy mạn ác tính thấy phương pháp gan tách tiểu cầu rất hữu ích trong việc ngăn ngừa biến chứng huyết khối/xuất huyết và có vai trò trong chẩn đoán cũng như dự đoán nguy cơ của BN.

Bùi Lê Cường và cs. (2014) nghiên cứu 28 BN TTCTP thấy nồng độ hemoglobin trung bình  $119,07 \pm 19,40$  g/L; SLBC trung bình  $12,41 \pm 7,06$  G/l (46,7% BN có SLBC  $> 12$  G/l và SLBC cao nhất là 35,68 G/l). SLTC trung bình là  $965,00 \pm 227,71$  G/l (28,8% BN có SLTC tăng  $\geq 1.000$  G/l và SLTC cao nhất là 1.629 G/l). Khảo sát đột biến gen bằng kỹ thuật ASO-PCR, phát hiện 60,7% BN có mang đột biến JAK2V617F. Nhóm có đột biến có nồng độ Hb cao hơn, SLBC và SLTC thấp hơn nhóm không có đột biến nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Điều này có lẽ do cỡ mẫu chưa lớn và một số BN đã được điều trị Hydroxyurea trước đó [1].

Nguyễn Thị Lệ Ninh (2015) [4] gan tách tiểu cầu cho 55 BN TTCTP bằng thấy SLTC trung bình lúc vào viện là 1614,6 G/l (1012 G/l- 4612

G/l). SLBC trung bình là: 14,1 G/l (3,7 G/l- 36,6 G/l). Lượng huyết sắc tố trung bình là 121,1 g/l (46 g/l- 171 g/l).

#### V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân gan tách tiểu cầu là  $57,7 \pm 16,4$  tuổi. Đa số bệnh nhân  $\geq 60$  (51,7%) và 20- 59 tuổi (47,6%). Tỷ lệ nữ giới (56,5%) nhiều hơn so với nam giới (43,5%). Tỷ lệ nữ/nam là 1,3/1,0.

- Các hội chứng chủ yếu ở bệnh nhân trước khi điều trị gan tách tiểu cầu là tắc mạch (72,8%), thiếu máu (42,9%), thâm nhiễm (18,4%). Các hội chứng chiếm tỷ lệ thấp hơn là nhiễm khuẩn (7,5%) và xuất huyết (4,1%).

- 100% số bệnh nhân gan tách tiểu cầu có số lượng tiểu cầu  $\geq 1000$  G/l, có 44,2% bệnh nhân có số lượng tiểu cầu  $\geq 1500$  G/l, số lượng tiểu cầu trung bình trước khi gan tách tiểu cầu là  $1589,1 \pm 497,6$  G/l (thấp nhất là 1000 G/l và cao nhất là 4264 G/l).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Lê Cường, Tô Phước Hải, Bùi Phạm Xuân Đào và cs. (2014)**, "Khảo sát đột biến JAK2V617F trên bệnh nhân tăng tiểu cầu nguyên phát tại bệnh viện Chợ Rẫy", Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 18, Phụ bản của Số 2, 2014, Hội Nghị Khoa Học Kỹ Thuật BV. Chợ Rẫy, tr. 103- 106.
2. **Đinh Thị Thủy Hồng (2015)**, Nghiên cứu một số chỉ số đông máu và ngưng tập tiểu cầu trên bệnh nhân tăng tiểu cầu tiền phát tại Bệnh viện Bạch Mai, Khóa luận Tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Trần Quý Phương Linh, Nguyễn Trường Sơn (2012)**, "Nghiên cứu nguyên nhân tăng số lượng tiểu cầu trên bệnh nhân nội trú tại bệnh viện Chợ Rẫy", Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 16, Phụ bản của Số 2, 2012, Hội Nghị Khoa Học Kỹ thuật Bệnh viện Chợ Rẫy, tr. 32- 35.
4. **Nguyễn Thị Lệ Ninh (2015)**, Nghiên cứu điều trị tăng tiểu cầu tiền phát bằng phương pháp gan tách tiểu cầu kết hợp điều trị Hydroxyurea tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương 2014 -2015, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Adami R. (1993)**, "Therapeutic thrombocytapheresis: a review of 132 patients", Int J Artif Organs., 16 Suppl 5:183-4.
6. **Boddu P., Falchi L., Hosing C. et al. (2017)**, "The role of thrombocytapheresis in the contemporary management of hyperthrombocytosis in yeloproliferative neoplasms: A case-based review", Leuk Res., 58: 14- 22.
7. **Das S. S., Bhattacharya S., Sen S. (2013)**, "Managing uncontrolled postsplenectomy reactive thrombocytosis in idiopathic thrombocytopenic purpura: role of thrombocytapheresis", Transfus Apher Sci., 49(2):171-3.
8. **Montanaro M., Latagliata R., Cedrone M. et al. (2014)**, "Thrombosis and survival in essential thrombocythemia: a regional study of 1.144 patients", Am J Hematol., 89(5):542-6.

## ĐÁNH GIÁ SỐ LƯỢNG CHẾ PHẨM MÁU PHẢI TRUYỀN TRONG VÒNG 24H Ở NHỮNG BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN CÓ DÙNG THUỐC ASPIRIN TRƯỚC MỔ SAU PHẪU THUẬT BẮC CẦU CHỦ VÀNH CÓ SỬ DỤNG TUẦN HOÀN NGOÀI CƠ THỂ

Nguyễn Thị Thanh Hằng\*, Công Quyết Thắng\*\*, Lưu Quang Thùy\*

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Đánh giá số lượng chế phẩm máu phải truyền trong vòng 24h trên những bệnh nhân phẫu thuật bắc cầu nối chủ - vành có tuần hoàn ngoài cơ thể và sử dụng aspirin trước mổ. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu thuần tập, tiền cứu trên bệnh nhân >18 tuổi có phẫu thuật bắc cầu nối chủ - vành đơn thuần, có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể và sử dụng aspirin liên tục tối thiểu 5 ngày trước phẫu thuật. **Kết quả nghiên cứu:** Trung bình mỗi bệnh nhân trong phẫu thuật, bao gồm cả tuần hoàn ngoài cơ thể và gây mê được truyền trung bình  $3,28 \pm 1,54$  đơn vị hồng cầu khối và  $3,04 \pm 0,98$  đơn vị huyết tương tươi đông lạnh. Chỉ 2 loại là HCK và plasma được sử dụng sau phẫu thuật. Số đơn vị hồng cầu khối phải truyền sau phẫu thuật 6 giờ và 24 giờ lần lượt là  $0,57 \pm 1,19$  đơn vị và  $0,67 \pm 1,45$  đơn vị. Số đơn vị plasma truyền sau phẫu thuật 6 giờ và 24 giờ là  $0,44 \pm 0,89$  đơn vị và  $0,50 \pm 1,04$  đơn vị. **Kết luận:** Cần dự trữ máu và các chế phẩm máu trước phẫu thuật cho những bệnh nhân phẫu thuật bắc cầu chủ vành có tuần hoàn ngoài cơ thể và sử dụng aspirin trước mổ.

**Từ khóa:** chế phẩm máu, tuần hoàn ngoài cơ thể, phẫu thuật bắc cầu nối chủ - vành

### SUMMARY

#### EVALUATE THE NUMBER OF BLOOD TRANSFUSION DURING 24 HOURS IN ADULTS PATIENTS USING PREOPERATIVE ASPIRIN UNDERGOING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT WITH EXTRACORPOREAL CIRCULATION

**Objectives:** To evaluate the number of blood products that must be transfused within 24 hours in patients undergoing coronary artery bypass graft (CABG) with extracorporeal circulation (ECC) and using preoperative aspirin. **Methods:** prospective cohort study in patients > 18 years old undergoing CABG surgery with ECC and using aspirin continuously at least 5 days before surgery. **Results:** On average, each patient, including ECC and general anesthesia, received  $3.28 \pm 1.54$  units of packed red blood cells (RBC) and  $3.04 \pm 0.98$  units of fresh frozen plasma

(FFP) in operation. Only RBC and FFP were transfused after surgery. The number of RBC to be transmitted in 6 hours and 24 hours after surgery were respectively  $0.57 \pm 1.19$  units and  $0.67 \pm 1.45$  units. The number of FFP to be transmitted in 6 hours and 24 hours after surgery were respectively  $0.44 \pm 0.89$  units and  $0.50 \pm 1.04$  units. **Conclusions:** Preoperative blood product preparation was needed for patients undergoing CABG surgery with ECC and using preoperative aspirin.

**Key words:** blood products, extracorporeal circulation, coronary artery bypass graft

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tim hở có sử dụng máy tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT) làm tăng nguy cơ chảy máu sau mổ do phản ứng viêm, pha loãng dịch, tiểu cầu bị giảm số lượng và chức năng [1]. Chảy máu sau mổ trên những bệnh nhân phẫu thuật tim mạch ảnh hưởng xấu đến huyết động, làm các biến chứng truyền máu, nguy cơ mổ lại cầm máu. Các thuốc kháng ngưng tập tiểu cầu làm tăng nguy cơ chảy máu và số lượng máu phải truyền sau mổ do đó thường được khuyến cáo ngưng trước mổ tối thiểu 7 ngày đối với clopidogrel, 5 ngày đối với aspirin. Tuy nhiên một số nghiên cứu gần đây lại cho thấy việc duy trì aspirin đến ngày phẫu thuật giúp giảm tỷ lệ nhồi máu cơ tim chu phẫu. Tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ năm 2015 đã thực hiện việc duy trì Aspirin tới ngày phẫu thuật thay việc ngưng aspirin tối thiểu 5 ngày trước mổ. Để biết các yếu tố đông máu bị thay đổi như thế nào sau mổ trên những bệnh nhân này, dựa vào đó có kế hoạch truyền máu, dự trữ các chế phẩm máu trước mổ, giảm thiểu chảy máu sau mổ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Đánh giá số lượng chế phẩm máu phải truyền trong vòng 24h ở bệnh nhân người lớn có dùng thuốc Aspirin trước mổ sau phẫu thuật bắc cầu chủ vành có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân trên 18 tuổi có phẫu thuật bắc cầu nối chủ - vành đơn thuần, có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể và sử dụng aspirin liên tục tối thiểu 5 ngày trước phẫu thuật. Loại trừ những bệnh nhân có bệnh lý gan nặng, có cấp cứu ngưng tuần hoàn trước

\*Bệnh viện Tim Hà Nội

\*\*Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hằng

Email: nguyenthithanhhangvthn@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.11.2019

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2020

Ngày duyệt bài: 21.01.2020