

sử dụng KS trong quá khứ và chủ yếu nhận thuốc từ cơ sở bán lẻ thuốc và quầy BHYT tại bệnh viện. Tuy nhiên, ở nhóm sinh viên năm 4 và 5, có đến 40% đối tượng sử dụng KS không có đơn bác sĩ. Về kiến thức sử dụng KS, mặc dù đa phần sinh viên ở cả hai nhóm đều có kiến thức đúng tuân thủ điều trị theo đơn thuốc nhưng hầu hết các đối tượng lại đồng tính với việc sử dụng đơn thuốc của người khác. Ngoài ra, nhóm 2 có kiến thức tốt hơn nhóm 1 về chỉ định KS. Tuy nhiên, tỷ lệ lựa chọn sử dụng KS trong một số trường hợp không được khuyến cáo vẫn còn tương đối cao: cảm lạnh, cúm (41,3% - nhóm 1; 21,4% - nhóm 2), sốt (53,8% - nhóm 1; 40,2 - nhóm 2), đau họng (51,3% - nhóm 1; 57,3% - nhóm 2). Về kiến thức ĐKKS, đa số sinh viên ở cả hai nhóm đã từng nghe qua các thuật ngữ liên quan và nhìn nhận được sự nguy hiểm cũng như tình trạng ngày càng trầm trọng của vấn đề ĐKKS. Tuy nhiên, nhóm 1 có tỷ lệ kiến thức chưa đúng và phản hồi "không biết" cao hơn so với nhóm 2. Đồng thời, khoảng một phần ba sinh viên cho rằng ĐKKS là vấn đề ở nước khác, không phải Việt Nam (34,4 % - nhóm 1; 27,4% - nhóm 2).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Antimicrobial Resistance Collaborators.** Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *The Lancet.* 2022; 399(10325): P629-655.
2. <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/antimicrobial-resistance>, ngày cập nhật 28/4/2024.

3. **Hoà NQ, Chuc NTK, Phuc HD, et al.** Unnecessary antibiotic use for mild acute respiratory infections during 28-day follow-up of 823 children under five in rural Vietnam. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2011;105(11):628-36.
4. **S.S. Handu, K.A.J. Al Khaja, R.P. Sequeira.** Influence of medical training on self-medication by students H. James, *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008 Jan;46(1):23-9.
5. **Giang N. Pham,¹ Tho T. H. Dang,² Thu-Anh Nguyen, et al.** Health system barriers to the implementation of the national action plan to combat antimicrobial resistance in Vietnam: a scoping review. *Antimicrob Resist Infect Control.* 2024; 13: 12. Published online 2024 Jan 25.
6. **Saleem Z, Saeed H, Ahmad M, et al.** Antibiotic self-prescribing trends, experiences and attitudes in upper respiratory tract infection among pharmacy and non-pharmacy students: A study from Lahore. *PloS One.* 2016; 11(2): e0149929 10.1371/journal.pone.0149929
7. **Gilbert GL.** Knowing when to stop antibiotic therapy. *Med J Aust.* 2015; 202(3):121-122.
8. **Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB.** Antibiotics for treatment of sore throat in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Dec 9;12(12)
9. **Erica S Meisenheimer MD, MBA, Carly Epstein DO, Derrick Thiel MD, MPH.** Acute Diarrhea in Adults. *Am Fam Physician.* 2022 Jul;106(1):72-80.
10. **Didem Torumkuneş 1, et al.** Country data on AMR in Vietnam in the context of community-acquired respiratory tract infections: links between antibiotic susceptibility, local and international antibiotic prescribing guidelines, access to medicines and clinical outcome *Journal of Antimicrobial Chemotherapy.* September 2022;77(1):i26-i34.

NGUYÊN TẮC VÀ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN CHẨN THƯƠNG GAN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Hoàng Minh Đức¹, Lê Văn Lập¹, Lê Tư Hoàng¹, Nguyễn Huy Được², Trịnh Hồng Sơn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nguyên tắc và kết quả sớm điều trị bảo tồn không mổ chấn thương gan tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu các người bệnh bị chấn thương gan được điều trị bảo tồn không mổ từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2020. **Kết quả:** Có

146 bệnh nhân chấn thương gan có chỉ định điều trị bảo tồn không phẫu thuật, trong đó nam giới chiếm 80,8%, tuổi trung bình là 30,3 ± 13,7 (3-79). Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông với tỷ lệ 78,8%, tai nạn lao động 12,4%, tai nạn sinh hoạt 5,9%, tai nạn bạo lực 2,9%. Có 95,2% bệnh nhân đến viện có huyết áp ≥ 90 mmHg. Đa số người bệnh chấn thương gan được điều trị bảo tồn trong nghiên cứu tại BV Việt Đức chủ yếu là chấn thương gan độ III và độ IV với tỷ lệ 48% và 35,6%. Những bệnh nhân được điều trị bảo tồn thành công là những trường hợp chấn thương gan đáp ứng tốt và nhanh với hồi sức cấp cứu ban đầu. Thời gian nằm viện trung bình là 8,3 ± 4,7 ngày (1 - 41 ngày). Các biến chứng được ghi nhận trong nghiên cứu có 9/146 trường hợp chiếm tỉ lệ 6,2%. **Kết luận:** Đáp ứng hồi sức cấp cứu ban đầu là tiêu chuẩn để

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Đức

Email: hoangminhducdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024

điều trị bảo tồn không mổ chấn thương gan. Kết quả điều trị bảo tồn không mổ có kết quả tốt. **Từ khóa:** chấn thương gan, điều trị bảo tồn không mổ

SUMMARY

PRINCIPLES AND EARLY OUTCOMES OF NON-OPERATION TREATMENT OF LIVER TRAUMA AT VIET DUC HOSPITAL

Introduction: The principles and the early outcomes of non-operation treatment of liver trauma at Viet Duc Hospital. **Patients and methods:** Retrospectively research liver trauma with non-operation treatment between 1/2019 and 12/2020. **Results:** There are 146 patients with liver injury who are indicated for conservative non-surgical treatment, in which men account for 80.8%, the mean age is 30.3 ± 13.7 (3-79). The main cause is traffic accidents with the rate of 78.8%, labor accidents 12.4%, daily-life accidents 5.9%, violent accidents 2.9%. There were 95.2% of patients coming to the hospital with blood pressure ≥ 90 mmHg. The majority of liver injury patients were treated conservatively in the study at Viet Duc Hospital, mainly grade III and IV liver injuries with the rate of 48% and 35.6%. Patients with successful conservative treatment are those with liver injury that respond well and quickly to initial resuscitation. The mean hospital stay was 8.3 ± 4.7 days (1 - 41 days). Complications recorded in the study were 9/146 cases, accounting for 6.2%. **Conclusions:** Initial resuscitation response is the standard for nonoperative conservative management of liver injury. The results of conservative treatment without surgery have good results. **Keywords:** liver trauma, non-operation treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gan là tổn thương tạng đặc thường gặp trong chấn thương bụng kín (CTBK), tỷ lệ gặp chỉ đứng sau chấn thương lách [1]. CTBK nói chung và CTG nói riêng ở Việt Nam ngày càng có xu hướng gia tăng và nặng. Trước đây khi chẩn đoán được CTG người ta đều chỉ định mổ để sửa chữa tổn thương. Tuy nhiên khi mổ ra thì nhiều tổn thương nhỏ đã tự cầm máu hoặc vỡ gan lớn phẫu thuật viên không làm được gì cả [2]. Nhưng từ sau khi Jerome R. (1972) công bố điều trị thành công bảo tồn CTG trên 4 bệnh nhân (BN) nhi [3], thì quan điểm của các phẫu thuật viên bắt đầu thay đổi Từ 2003 thì Bệnh viện Việt Đức đã bắt đầu thực hiện việc chọn lọc bệnh nhân CTG để điều trị bảo tồn không mổ tạo nên một bước ngoặt lớn trong điều trị. Đến nay, nhờ những hiểu biết sâu sắc hơn về sinh lý, giải phẫu gan, thương tổn giải phẫu, cơ chế chấn thương, cũng như sự phát triển và áp dụng thành thường quy của phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và đặc biệt với sự phát triển của can thiệp mạch, tiến bộ trong hồi sức thì tỷ lệ điều trị thành công CTG có nhiều thay đổi. Tại Việt Nam,

các nghiên cứu gần đây về điều trị bảo tồn CTG cũng cho những kết quả rất tích cực. Nhằm mục đích đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương gan trong giai đoạn gần đây tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức, chúng tôi thực hiện đề tài: "*Nguyên tắc và kết quả sớm điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương gan tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định chấn thương gan (CTG) và được chỉ định điều trị bảo tồn không phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2020.

Loại trừ những NB đa chấn thương

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu các người bệnh có hồ sơ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian trên

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2020 có 146 bệnh nhân chấn thương gan có chỉ định điều trị bảo tồn không phẫu thuật được ghi nhận trong nghiên cứu, kết quả thu được như sau:

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới, hoàn cảnh tai nạn và đặc điểm lâm sàng (n=146)

Đặc điểm	Giá trị N (tỷ lệ %)
Tuổi trung bình (tuổi nhỏ nhất – tuổi lớn nhất)	30,3 ± 13,7 (3-79)
Giới: Nam	118 (80,8%)
Nữ	28 (19,2%)
Nguyên nhân chấn thương gan	
Tai nạn giao thông	115 (78,8%)
Tai nạn lao động	18 (12,4%)
Tai nạn sinh hoạt	9 (5,9%)
Tai nạn bạo lực	4 (2,9%)
Đặc điểm sốc	
Có sốc mất máu (M > 100, HA tâm thu <90 mmHg)	23 (51,11)
Không có sốc	21 (48,89)
Chấn thương phối hợp	38 (84,4)
Chấn thương sọ não	18
Chấn thương ngực kín	29
Chấn thương tạng khác trong ổ bụng (vỡ lách, vỡ thận, vỡ ruột...)	9
Vỡ gan đơn thuần	7 (15,6)
Mức độ thiếu máu	
Thiếu máu nặng	12 (34,29)
Thiếu máu vừa	9 (25,71)
Thiếu máu nhẹ	12 (34,29)

Bảng 2. Mức độ (theo AAST), vị trí vỡ gan, phương pháp điều trị (n=45)

Đặc điểm	Giá trị N (tỷ lệ %)
Mức độ vỡ gan (theo AAST) trên chụp CLVT	
Độ I	1 (0,7%)
Độ II	20 (13,7%)
Độ III	70 (48%)
Độ IV	52 (35,6%)
Độ V	3 (2,1%)
Đáp ứng hồi sức ban đầu	
Đáp ứng nhanh	138 (94,2%)
Đáp ứng thoáng qua	8 (5,8%)
Phương pháp điều trị bảo tồn	
Bảo tồn nội khoa	124 (84,9%)
Bảo tồn có nút mạch	19 (13%)
Thất bại chuyển mổ	3 (2,1%)

Nhận xét: - Ba trường hợp thất bại: 2 TH nút mạch sau tình trạng bụng trướng dần nhiều, huyết động không ổn định. Cả 3 trường hợp mổ ra đều có vỡ gan nặng, máu chảy không ngừng, có dịch mật nhiều trong ổ bụng.

- Hai trường hợp phẫu thuật được chèn gạc, một trường hợp được mổ cắt gan theo thương tổn.

Bảng 3. Kết quả điều trị

Đặc điểm	Giá trị N (tỷ lệ %)
Tình trạng ra viện	
Ổn định ra viện	145 (99,3%)
Nặng về	1 (0,7%)
Kết quả điều trị	
Tốt	137 (93,8%)
Trung bình	9 (6,2%)
Xấu	1 (0,7%)
Thời gian nằm bất động trung bình	
CTG độ I	1 ngày
CTG độ II	2,5±0,7 ngày
CTG độ III	3,8±1,1 ngày
CTG độ IV	5,3±1,7 ngày
CTG độ V	6,3±1,2 ngày
Biến chứng trong quá trình điều trị bảo tồn (n=9)	
Chảy máu tiếp diễn (phải chuyển mổ)	3
Rò mật	3
Áp xe dưới cơ hoành	2
Suy đa tạng	1
Thời gian nằm viện trung bình	8,3±4,7 ngày (1-41 ngày)

Nhận xét: 3 trường hợp bảo tồn thất bại chuyển mổ thì có 1 TH nặng về (0,7%), 2 TH còn lại đều ổn định ra viện.

IV. BÀN LUẬN

Nguyên tắc và thái độ điều trị bảo tồn

không mổ chấn thương gan

- Đáp ứng với điều trị hồi sức ban đầu.

Thái độ đối với bệnh nhân cấp cứu chấn thương gan là phải nhanh chóng đánh giá tình trạng mất máu và nhanh chóng làm các biện pháp điều trị hồi sức và phòng chống sốc. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá mức độ mất máu và hồi sức ban đầu theo hướng dẫn điều trị sốc mất máu của ATLS (2013) [4]: 100% bệnh nhân CTG khi vào viện được bù dịch (2000ml huyết thanh đẳng trương truyền nhanh và không quá 4 đơn vị máu), huyết động được đánh giá lại sau khi bồi phụ đủ 2000ml dịch. Huyết động ổn định khi HATĐ \geq 100 mmHg, mạch $<$ 100l/p. Mục đích của phương pháp này là: Nhanh chóng phát hiện các tổn thương có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân; phân loại bệnh nhân chấn thương sau khi hồi sức ban đầu thành ba nhóm: Huyết động ổn định, ổn định thoáng qua và không ổn định. Qua kết quả phân loại sẽ lựa chọn phương pháp điều trị tiếp theo cho người bệnh [4]: với những trường hợp đáp ứng nhanh và tốt với hồi sức ban đầu thường ổn định về cục máu đông trong gan, không chảy máu tiếp diễn và nhóm này thường thành công trong điều trị bảo tồn không mổ.

Thái độ đầu tiên của người bác sỹ khi tiếp cận bệnh nhân chấn thương bụng kín nói chung hay chấn thương gan nói riêng là tình trạng huyết động của người bệnh. Đặc biệt gan là tạng đặc chứa máu lớn nhất của cơ thể, do đó trong chấn thương gan thường dẫn tới tình trạng mất máu cấp tính và sốc giảm thể tích tuần hoàn. Vì vậy, mục đích chính trong điều trị bảo tồn CTG là bồi phụ lại khối lượng tuần hoàn đã mất và đánh giá sự đáp ứng về huyết động với việc bồi phụ này. Tùy tình trạng người bệnh khi tới viện và xét nghiệm khí máu mà có chỉ định bồi phụ dịch hợp lý. Trong thực tế hồi sức, chúng tôi nhận thấy có rất nhiều bệnh nhân sau hồi sức ban đầu có huyết áp tối đa $>$ 100mmHg, nhưng nhịp mạch $>$ 100 lần/phút, và lâm sàng bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo, không vã mồ hôi, không choáng váng. Các triệu chứng cải thiện sau khi được bồi phụ bằng khối hồng cầu cùng nhóm. Chấn thương gan nặng (độ III – V) tổn thương nhu mô gan diện rộng, và có thể tổn thương rách bao gan nên có nguy cơ mất máu nhiều hơn (thậm chí mất máu đến độ III theo ATLS) và tỷ lệ cần bồi phụ khối hồng cầu nhiều hơn, cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi, nguy cơ phải truyền máu trong nhóm CTG độ III – V là từ 9,5% - 36,6%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân đáp ứng nhanh với hồi sức ban đầu có 138

bệnh nhân (gồm cả bệnh nhân nút mạch). Nhóm bệnh nhân đáp ứng thoáng qua với hồi sức ban đầu có 8 BN: trong đó 5 BN bảo tồn thành công; chỉ có 3 BN cần can thiệp phẫu thuật cầm máu gan do chảy máu tiếp diễn. Như vậy, kết quả của hồi sức ban đầu đóng vai trò rất quan trọng trong việc lựa chọn thái độ xử trí cho những bệnh nhân chấn thương gan. Hiện nay, cùng với sự phát triển của can thiệp mạch đã góp phần làm tăng tỉ lệ điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương gan, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân chấn thương gan có rối loạn huyết động.

- **Bụng trướng tăng dần và tình trạng huyết động.** Qua 3 trường hợp điều trị bảo tồn thất bại, chúng tôi nhận thấy luôn có những triệu chứng lâm sàng thường gặp như: bụng trướng tăng dần trong quá trình theo dõi, và có dấu hiệu sốc khi vào viện. Tình trạng bụng trướng dần là do tiếp tục chảy máu và nước mất vào ổ bụng làm cho bụng trướng dần, kèm theo đó là tình trạng huyết động không ổn định. Do đó những trường hợp này không thể tiếp tục điều trị bảo tồn, phải chuyển phương pháp điều trị. Phương pháp điều trị với những trường hợp này phẫu thuật khâu cầm máu diện vỡ, chèn gạc cầm máu; với những tổn thương đụng giập phân thùy sau, hay thùy trái của gan có thể xét cắt gan theo thương tổn hay dẫn lưu túi mật, khâu lại đường mật.

- Mặc dù những ca bệnh điều trị bảo tồn thành công chấn thương gan được báo cáo từ năm 1972, nhưng đến năm 1990 trên thế giới quan điểm điều trị bảo tồn chấn thương gan mới bắt đầu được khuyến cáo điều trị [3]. Ban đầu, phương pháp điều trị này chỉ được áp dụng với những bệnh nhân thương gan nhẹ (độ I - III) và có huyết động ổn định ngay từ đầu để điều trị bảo tồn. Nhờ sự phát triển của CLVT và kinh nghiệm điều trị của các phẫu thuật viên mà chỉ định điều trị bảo tồn CTG đã được mở rộng. Trong nhiều nghiên cứu gần đây và trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân được chỉ định điều trị bảo tồn được mở rộng thêm với những bệnh nhân chấn thương gan độ IV, V, có huyết động ổn định hoặc ổn định sau hồi sức ban đầu và sau nút mạch [5].

Vai trò can thiệp nút mạch cầm máu trong điều trị bảo tồn chấn thương gan hiện nay. Đối với những trường hợp chấn thương gan nặng, phức tạp, có thoát thuốc: Nếu như trước kia phẫu thuật khâu tổn thương gan chảy máu là bắt buộc thì ngày nay nhờ có can thiệp nút mạch cấp cứu đã đóng góp đáng kể vào việc điều trị thành công bảo tồn chấn thương gan không mổ. Tương tự nhiều nghiên

cứu trong và ngoài nước, chỉ định can thiệp mạch cầm máu của chúng tôi chỉ định trên những BN chụp CLVT có hình ảnh thoát thuốc cản quang hoặc ổ giả phình mạch hoặc thông động tĩnh mạch và có huyết động ổn định hoặc ổn định thoáng qua sau hồi sức ban đầu [6], [8]. Chúng tôi nhận thấy có 19/146 (13,01%) BN có chỉ định điều trị nút mạch cầm máu, tỷ lệ can thiệp mạch cầm máu tăng tỷ lệ thuận với mức độ mất máu. Kết quả này trong nghiên cứu của Brillantino là 9,9% [7]. Các tác giả cũng nhận thấy, điều trị can thiệp mạch cầm máu có giá trị trong điều trị bảo tồn CTG nặng (độ IV - V), phương pháp này có tỷ lệ thành công cao giúp tăng tỷ lệ bảo tồn không phẫu thuật CTG [7], [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 01 BN chấn thương gan rất nặng đã được điều trị bảo tồn thành công bằng can thiệp mạch: BN nam 40t được chẩn đoán chấn thương gan độ V, CLVT thấy hình nhu mô gan phải và HPT I, IV có ổ đụng dập lớn 86 x 71 x 78 mm kèm các đường vỡ dài ở HPT IV, V, VI, VII đi ra sát bao gan, sau tiêm thuốc cản quang có hình ảnh ổ giả phình từ nhánh HPT VIII, tiên lượng khó khăn nếu phẫu thuật tuy nhiên bệnh nhân có đáp ứng tốt với hồi sức ban đầu huyết áp duy trì ở mức 100/60 mmHg, các bác sĩ đã tiến hành can thiệp nút mạch, quá trình làm thủ thuật diễn ra thuận lợi, quá trình điều trị bệnh nhân ổn định, không có biến chứng gì và ra viện vào ngày thứ 9.

Kết quả điều trị và bài học rút ra từ những trường hợp điều trị bảo tồn thất bại phải can thiệp mổ mở: Điều trị bảo tồn CTG giúp giảm tỷ lệ phẫu thuật để điều trị CTG và giúp người bệnh tránh được cuộc mổ nặng nề. Tuy nhiên, độ chấn thương càng cao, nguy cơ thất bại trong điều trị bảo tồn càng nhiều. Khi đó, phẫu thuật là lựa chọn cuối cùng để kiểm soát tình trạng mất máu của người bệnh. Tỷ lệ điều trị bảo tồn thất bại từ 3,3 - 6,5% tùy theo từng nghiên cứu, và đặc điểm chung của những trường hợp bảo tồn thất bại thường nằm trong nhóm chấn thương gan nặng (độ IV, V) [7], [9].

Nghiên cứu của chúng tôi có 03 BN điều trị bảo tồn thất bại phải phẫu thuật, dưới đây là một số đặc điểm lâm sàng của BN điều trị bảo tồn thất bại.

+ BN thứ nhất: bệnh nhân nam 27 tuổi vào viện sau tai nạn giao thông xe máy tự ngã 6 giờ. Bệnh nhân vào trong tình trạng HATĐ < 90mmHg, M > 100 lần/phút. Trên phim chụp CLVT của bệnh nhân mô tả nhu mô gan phải có ổ đụng dập kích thước 90 x 100 x 105mm, Bệnh nhân đã được hồi sức ban đầu, huyết động ổn định trở lại sau 1h và bắt đầu rối loạn huyết

động sau 1h (đáp ứng thoáng qua). Sau khi được tiếp tục được truyền máu, huyết tương và dịch thì huyết động ổn định. Từ ngày thứ 3 BN xuất hiện bụng trướng tăng dần, bụng có cảm ứng phúc mạc, sốt cao dao động, BN được chẩn đoán rò mật, chỉ định phẫu thuật cấp cứu, kiểm tra trong mổ tổn thương dạng đụng giập lớn nhu mô gan phải kèm nhiều đường vỡ đã cầm máu, trong bụng có > 2500ml máu và dịch mật. Kíp mổ quyết định xử trí dẫn lưu túi mật, chèn gạc, lau rửa và dẫn lưu ổ bụng. Ngày thứ 8 sau mổ bệnh nhân được mổ lại rút gạc. BN ổn định ra viện sau 16 ngày điều trị.

+ BN thứ 2: BN nam 39 tuổi vào viện sau tai nạn lao động cây to đè vào bụng. BN vào viện huyết áp dao động đáp ứng thoáng qua với hồi sức ban đầu. CLVT có hình ảnh chấn thương gan độ V với các ổ đụng dập nhu mô gan phân thùy bên, HPT IV, VIII, I kèm nhiều đường vỡ lan vào rốn gan. BN được chỉ định nút mạch cầm máu cấp cứu. Sau nút mạch huyết động tạm ổn định nhưng sau vài tiếng lại xuất hiện xuất huyết ổ, bụng chướng và được chỉ định mổ cấp cứu, kiểm tra trong mổ diện vỡ gan hướng vào trung tâm trên nền ổ đụng dập còn chảy máu, xử trí khâu cầm máu diện vỡ gan kèm chèn gạc cầm máu. Quá trình điều trị hậu phẫu ngày thứ 2 có tràn khí, tràn máu màng phổi phải tiến hành dẫn lưu màng phổi, đến ngày thứ 5 sau mổ xuất hiện suy đa tạng, ngày thứ 7 BN diễn biến nặng gia đình xin về.

+ BN thứ 3: BN nữ 15 tuổi vào viện sau tai nạn giao thông xe đạp điện tự ngã. BN vào viện trong tình trạng HA < 90 mmHg, BN có đáp ứng thoáng qua với hồi sức ban đầu. Hình ảnh CLVT là chấn thương gan độ III có thoát thuốc. BN được chỉ định can thiệp nút mạch cầm máu. Sau nút mạch huyết động tạm ổn định sau đó lại xuất hiện sốc, bụng trướng và được chỉ định mổ cấp cứu. Kiểm tra trong mổ có đường vỡ gan 8cm tại HPT VII trên nền ổ đụng dập 8 x 10cm còn chảy máu. BN được xử trí cắt gan HPT VII theo thương tổn. Hậu phẫu ổn định ra viện sau 9 ngày.

Qua quan sát và mô tả đặc điểm lâm sàng của những bệnh nhân điều trị bảo tồn thất bại chấn thương gan, chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân này có 1 số triệu chứng giống nhau cần phải chuyển mổ như: Bụng trướng nhiều, tăng dần, phản ứng thành bụng và dấu hiệu huyết động không ổn định. Tổn thương trong mổ được xác định: Thường là những đường vỡ gan lớn hướng về phía trung tâm gây tổn thương động mạch hoặc tĩnh mạch lớn của gan; hoặc tổn thương dạng đụng giập lớn cả một phân thùy

gan gây tổn thương mạch máu và đường mật. Phương pháp điều trị với những trường hợp đường vỡ gan lớn và hướng vào trung tâm chủ yếu là khâu cầm máu diện vỡ, chèn gạc cầm máu; với những tổn thương đụng giập phân thùy sau, hay thùy trái của gan có thể xét cắt gan theo thương tổn [10].

V. KẾT LUẬN

Quan điểm điều trị bảo tồn trong CTG đã giúp cho bệnh nhân thoát khỏi những cuộc mổ nặng nề, với những trường hợp CTG nặng, giữa ranh giới lựa chọn điều trị bảo tồn hay phẫu thuật, thì PTV cần phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố. Trong đó, đáp ứng hồi sức ban đầu là tiêu chuẩn quan trọng hàng đầu trong việc lựa chọn quyết định điều trị bảo tồn hay phẫu thuật trong chấn thương gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bình Giang** (2014), "Chấn thương gan", Chấn thương bụng, Nhà xuất bản Khoa Học và Kỹ Thuật, Hà Nội.
2. **Davis J. J., I. Cohn, Jr. and F. C. Nance** (1976), "Diagnosis and management of blunt abdominal trauma", *Ann Surg.* 183(6), 672-8.
3. **Jerome P. R. and Eric W. Fonkalsrud** (1972), "Subcapsular hematoma of the liver : Nonoperative management", *Arch Surg.* 100, 781 - 784.
4. **Chapleau W và Al -khatip** (2013), "Advanced trauma life support (ATLS(R)): the ninth edition", *J Trauma Acute Care Surg.* 74(5), 1363-6.
5. **Patrick J. L., Juliana Tobler and Andrew B. Peitzman** (2017), *Hepatic Trauma, CT Scan in Abdominal Emergency Surgery, Hot Topics in Acute Care Surgery and Trauma*, ed.
6. **Melloul E., Alban Denys et al** (2015), "Management of severe blunt hepatic injury in the era of computed tomography and transarterial embolization: A systematic review and critical appraisal of the literature", *J Trauma Acute Care Surg.* 7(9), 468 - 474.
7. **Brillantino A. et al** (2019), "Non-Operative Management of Blunt Liver Trauma: Safety, Efficacy and Complications of a Standardized Treatment Protocol", *Bull Emerg Trauma.* 7(1), 49-54.
8. **Melloul E., Alban Denys et al** (2015), "Management of severe blunt hepatic injury in the era of computed tomography and transarterial embolization: A systematic review and critical appraisal of the literature", *J Trauma Acute Care Surg.* 7(9), 468 - 474.
9. **Nguyễn Ngọc Hùng** (2012), "Nghiên cứu điều trị bảo tồn không mổ chấn thương gan", tạp chí y học thực hành 4(1), 65 - 70.
10. **Pachter, Leon Principal Investigator. H and Knudson** (1995), "Status of Nonoperative Management of Blunt Hepatic Injuries in 1995: A Multicenter Experience with 404 Patients", *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care.* 40(1), 31 - 38.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA VIÊN NANG GK1 ĐIỀU TRỊ SUY THẬN MẠN TRÊN LÂM SÀNG

Trần Thị Tuyết Nhung¹, Phạm Xuân Phong¹,
Lại Duy Nhất¹, Bùi Thị Lệ Ninh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của viên nang GK1 điều trị suy thận mạn chưa có chỉ định thay thế thận trên lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 60 bệnh nhân suy thận mạn độ I, II, IIIa được chia thành 2 nhóm: nhóm GK1 (n=30, uống viên nang GK1 liều 6 viên/ngày) và nhóm đối chứng (n=30, uống Ketosteril liều 10 viên/ngày). Thời gian nghiên cứu: 30 ngày. Nghiên cứu tiến cứu, có đối chứng, so sánh trước sau điều trị. **Kết quả:** Sau 30 ngày điều trị, nhóm GK1 có mức lọc cầu thận ($44,86 \pm 8,96$ ml/phút/1,73m²) cao hơn so với trước điều trị ($41,23 \pm 7,76$ ml/phút/1,73m²) và so với nhóm đối chứng ($36,93 \pm 11,16$ ml/phút/1,73m²), $p < 0,05$. Tác dụng điều trị chung: tỷ lệ bệnh nhân có kết quả khá và tốt ở nhóm GK1 (40%) cao hơn so với nhóm đối chứng (6,67%), ($p < 0,05$). Viên nang GK1 giúp cải thiện triệu chứng thường gặp theo y học cổ truyền như đau lưng, tiểu đêm, chân tay co rút..., đặc biệt ở bệnh nhân suy thận mạn thể đàm thấp và thấp nhiệt. Chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn của viên nang GK1 trên lâm sàng. **Kết luận:** Viên nang GK1 an toàn, có tác dụng tăng mức lọc cầu thận, cải thiện các triệu chứng thường gặp trên bệnh nhân suy thận mạn chưa có chỉ định thay thế thận, đặc biệt ở thể đàm thấp và thấp nhiệt. **Từ khóa:** Suy thận mạn, viên nang GK1, Y học cổ truyền.

SUMMARY

TO EVALUATE THE CLINICAL EFFICACY OF GK1 CAPSULES FOR THE TREATMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE

Objectives: To evaluate the efficacy of GK1 capsules in treating chronic kidney disease without clinical indications for renal replacement therapy. **Subjects and methods:** 60 patients with stage I, II, and IIIa chronic kidney disease were divided into two groups: the GK1 group (n=30, taking 6 capsules of GK1 per day) and the control group (n=30, taking 10 tablets of Ketosteril per day). The study duration was 30 days. This was a prospective, controlled study, comparing pre- and post-treatment outcomes. **Results:** After 30 days, the GK1 group exhibited a glomerular filtration rate (44.86 ± 8.96 ml/minute/1.73m²) higher than that before treatment (41.23 ± 7.76 ml/minute/1.73m²), and higher than the control group (36.93 ± 11.16 ml/minute/1.73m²), $p < 0.05$. General treatment efficacy: The proportion of

patients showing effectiveness in the GK1 group (40%) was higher compared to the control group (6.67%), ($p < 0.05$). Additionally, the GK1 group improving common traditional Chinese medicine symptoms such as back pain, nocturia, leg cramps... especially in CKD patients with phlegm dampness and damp-heat. During the study period, there were no adverse effects observed with GK1 capsules. **Conclusions:** GK1 capsules are safe and effective in increasing glomerular filtration rate and improving common symptoms in patients with chronic kidney disease without clinical indications for renal replacement therapy, especially in those with phlegm dampness and damp-heat. **Keywords:** Chronic kidney failure, GK1 capsules, traditional medicine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn là hậu quả cuối cùng của các bệnh lý thận. Số lượng bệnh nhân và chi phí điều trị gia tăng nhanh ở nhiều nước trên thế giới. Y học hiện đại chủ yếu là điều trị triệu chứng, chế độ ăn giảm đạm kết hợp liệu pháp keto acid và sử dụng các biện pháp thay thế thận ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối như chạy thận nhân tạo, lọc màng bụng, ghép thận... Tuy nhiên, những phương pháp điều trị này rất tốn kém và có thể ảnh hưởng tới cơ quan khác hoặc vấn đề thải ghép ở bệnh nhân ghép thận. Bài thuốc Bảo thận thang và vị thuốc Hạ khô thảo nam bước đầu được chứng minh có tác dụng trong điều trị suy thận mạn [1], [2]. Viên nang GK1 được sản xuất dựa trên công thức bài thuốc Bảo thận thang kết hợp vị thuốc Hạ khô thảo nam. Trên thực nghiệm, viên nang GK1 đã được chứng minh an toàn thông qua nghiên cứu độc tính cấp, độc tính bán trường diễn và có tác dụng điều trị suy thận mạn trên mô hình chuột suy thận mạn. Tuy nhiên, để chứng minh tác dụng điều trị suy thận mạn của viên nang GK1 trên lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá tác dụng của viên nang GK1 điều trị suy thận mạn trên lâm sàng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu và đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Chất liệu: Viên nang cứng GK1 đạt tiêu chuẩn cơ sở, được sản xuất tại Trung tâm Nghiên cứu, ứng dụng và sản xuất thuốc – Học viện Quân y. Thành phần viên nang GK1 chứa 500mg cao khô GK1 tương ứng với các dược liệu Đại hoàng (Rhizoma Rhei) 870 mg, Thổ phục

¹Viện Y học Cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Tuyết Nhung

Email: nhungyhctqd@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024