

sự khác biệt về tỉ lệ tử vong và biến chứng sau mổ ở 2 nhóm cắt khối tá tụy có tạo hình mạch máu và nhóm cắt khối tá tụy mà không có tạo hình mạch máu.

V. KẾT LUẬN

Cắt khối tá tụy cho đến nay vẫn là một phẫu thuật nặng và phức tạp. Mặc dù tỉ lệ tử vong sau mổ đã giảm nhiều so với trước đây. Tuy nhiên biến chứng sau mổ vẫn còn cao mặc dù có nhiều cải tiến về chẩn đoán và điều trị, trong đó phổ biến nhất là rò tụy sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kleinerman RA, Tucker MA, Sigel BS, Abramson DH, Seddon JM, Morton LM.** Patterns of Cause-Specific Mortality Among 2053 Survivors of Retinoblastoma, 1914–2016. *JNCI J Natl Cancer Inst.* 2019;111(9):961-969. doi:10.1093/jnci/djy227
- Panni RZ, Panni UY, Liu J, et al.** Re-defining a high volume center for pancreaticoduodenectomy. *HPB.* 2021;23(5): 733-738. doi:10.1016/j.hpb.2020.09.009
- De Vuyst M., Rickaert, F., De Roy, G. Kloppel (1993):** "Thế spectrum of ductal adenocarcinoma and other tumors of the pancreas in patients younger than 40 years of age". *Path. Res. pract.*, 189, pp 681.
- Farnell MB, Pearson RK, Sarr MG, et al.** A prospective randomized trial comparing standard pancreatoduodenectomy with extended lymphadenectomy in resectable pancreatic head

- adenocarcinoma. *Surgery.* 2005;138(4):618-628; discussion 628-630. doi:10.1016/j.surg.2005.06.044
- Hồ Văn Linh.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đầu tụy- tá tràng trong điều trị ung thư bóng Vater. Luận Văn Tiến Sĩ Học Trường Đại Học Dược Huế. Published online 2016.
- S A, H M, H K, et al.** Risk factors of serious postoperative complications after pancreaticoduodenectomy and risk calculators for predicting postoperative complications: a nationwide study of 17,564 patients in Japan. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* 2017;24(5). doi:10.1002/jhbp.438
- Adam MA, Choudhury K, Dinan MA, et al.** Minimally Invasive Versus Open Pancreaticoduodenectomy for Cancer: Practice Patterns and Short-term Outcomes Among 7061 Patients. *Ann Surg.* 2015;262(2):372-377. doi:10.1097/SLA.0000000000001055
- Vining CC, Kuchta K, Schuitevoerder D, et al.** Risk factors for complications in patients undergoing pancreaticoduodenectomy: A NSQIP analysis with propensity score matching. *J Surg Oncol.* 2020;122(2):183-194. doi:10.1002/jso.25942
- Cai J, Ramanathan R, Zenati MS, et al.** Robotic Pancreaticoduodenectomy Is Associated with Decreased Clinically Relevant Pancreatic Fistulas: a Propensity-Matched Analysis. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract.* 2020; 24(5):1111-1118. doi:10.1007/s11605-019-04274-1
- Kokkinakis S, Kritsotakis EI, Maliotis N, Karageorgiou I, Chrysos E, Lasithiotakis K.** Complications of modern pancreaticoduodenectomy: A systematic review and meta-analysis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int HBPD INT.* 2022;21(6):527-537. doi:10.1016/j.hbpd.2022.04.006

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN TÁI PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Tuấn Cảnh¹, Nguyễn Thị Quỳnh Mi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Để có thể đánh giá kết quả rõ hơn về phẫu thuật điều trị rò hậu môn tái phát tại khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tái phát tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả trên 80 bệnh nhân đã được phẫu thuật ít nhất 1 lần, vẫn chưa khỏi (cả những bệnh nhân mổ các lần trước ở tuyến dưới, cả những bệnh nhân rạch áp xe) mà được chẩn đoán xác định áp xe, rò hậu môn. **Kết quả:** Phân loại rò: 72,4% rò xiên cơ thắt, 21,3% áp xe đơn thuần, 6,3% rò phức tạp. Đa số các ca (86,3%) phải sử dụng thuốc giảm đau thông thường,

một tỷ lệ nhỏ (7,4%) phải sử dụng morphin để giảm đau. Đa phần không tự chủ đa phần các ca (93,7%) ở mức độ 1 (độ nhẹ) và ở mức độ 2 (6,3%). Có 12,4% gặp chày máu sau mổ nhưng không cần mổ lại và 1 ca (1,3%) gặp chày máu và phải mổ lại. Xử trí bí đái sau phẫu thuật (với 9 ca) đa số (77,8%) được áp dụng biện pháp chườm nóng và 22,2% phải đặt sonde tiểu. Có 81% đạt kết quả tốt và 19% đạt kết quả trung bình, không có trường hợp nào kết quả kém. **Kết luận:** Cần lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp với từng loại rò hậu môn và điều kiện của từng tuyến bệnh viện để tăng hiệu quả điều trị. Phương pháp điều trị rò hậu môn tái phát được áp dụng khá an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng đau sau phẫu thuật vẫn là vấn đề cần được kiểm soát tốt hơn. **Từ khóa:** Rò hậu môn, tái phát, đánh giá kết quả điều trị

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh
Email: ntcanh@vtu.edu.vn
Ngày nhận bài: 21.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024
Ngày duyệt bài: 9.8.2024

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT RECURRENT ANAL FISTULA AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: To be able to better evaluate the results of surgery to treat recurrent anal fistula in the Mekong Delta region, we conducted research on this topic. **Objective:** Evaluate the results of treatment for recurrent anal fistula at Can Tho Central General Hospital. **Method:** Retrospectively describes over 80 patients who have been operated on at least once and have not yet recovered (including patients with previous surgeries at the lower level, and patients with abscess incisions) and were diagnosed. Identify abscesses and anal fistulas. **Results:** Fistula classification: 72.4% sphincter oblique fistula, 21.3% simple abscess, 6.3% complex fistula. The majority of cases (86.3%) had to use regular painkillers, a small percentage (7.4%) had to use morphine to relieve pain. Most cases of fecal incontinence (93.7%) are at level 1 (mild) and at level 2 (6.3%). 12.4% had bleeding after surgery but did not need surgery and 1 case (1.3%) had bleeding and had to be re-operated. To treat urinary retention after surgery (with 9 cases), the majority (77.8%) used hot compresses and 22.2% required a urinary catheter. 81% achieved good results and 19% achieved average results, with no cases of poor results. **Conclusion:** It is necessary to choose the appropriate surgical method for each type of anal fistula and the conditions of each hospital level to increase treatment effectiveness. The treatment method for recurrent anal fistula is quite safe and effective, with a low complication rate. However, it should be noted that post-operative pain is still an issue that needs to be better controlled.

Keywords: Anal fistula, recurrence, evaluation of treatment results

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là bệnh thường gặp vùng hậu môn - trực tràng, đứng thứ hai sau bệnh trĩ với gần 24,5% các bệnh lý vùng này [1], [2]. Phương pháp điều trị được áp dụng rộng rãi nhất và đạt kết quả cao nhất là phẫu thuật. Theo y văn, hai vấn đề cơ bản của phẫu thuật rò hậu môn là tái phát và tiêu không tự chủ sau mổ. Tại Việt Nam hiện nay còn khá ít nghiên cứu đề cập về phẫu thuật điều trị rò hậu môn tái phát, trong đó thì càng ít nghiên cứu đi sâu vào phân tích các nguyên nhân dẫn đến thất bại sau phẫu thuật rò hậu môn. Tăng Huy Cường (2011), qua nghiên cứu 226 bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn tái phát được phẫu thuật lại trong thời gian từ tháng 1 – 2009 đến tháng 12 – 2010 tại bệnh viện Việt Đức ghi nhận nguyên nhân thất bại chủ yếu là không tìm được lỗ trong 73,3%, không phân loại theo hệ thống cơ thắt 46,7% và không thực hiện mở ngỏ 53,3% [3]. Năm 2019, Manothay Toulabouth và Nguyễn Đoàn Văn Phú, trong nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 30 bệnh nhân rò hậu môn tái phát kết quả biến chứng sớm sau phẫu thuật rò hậu môn tái phát là: mất tự chủ trung đại tiện là 10/30 bệnh nhân, chảy máu sau mổ 1/30 bệnh nhân,

thời gian lành vết mổ trung bình là $7,5 \pm 2,3$ [4].

Để có thể đánh giá kết quả rõ hơn về phẫu thuật điều trị rò hậu môn tái phát tại khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tái phát tại bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Hồi cứu mô tả

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đã được phẫu thuật ít nhất 1 lần, vẫn chưa khỏi (cả những bệnh nhân mổ các lần trước ở tuyến dưới, cả những bệnh nhân rạch áp xe) mà được chẩn đoán xác định áp xe, rò hậu môn

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 03/2022 đến 03/2024 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times P(1-P)}{d^2} = 71$$

Trong đó: $p = 90\%$ là kết quả điều trị tốt sau mổ theo tác giả Manothay Toulabouth, Nguyễn Đoàn Văn Phú (2019) [4]. $d=7\%$

và $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

Cỡ mẫu tính $n = 71$, chúng tôi cộng thêm 10% mất mẫu và làm trong $n=80$

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn trên hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu

2.5. Nội dung nghiên cứu

Mô tả đặc điểm chung: tuổi, giới

Phân loại rò hậu môn

Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật mở ngỏ, cắt rò đóng lỗ trong, cắt rò khâu phục hồi cơ thắt

Đánh giá kết quả điều trị:

- Tốt: không tái phát, chức năng đại tiện bình thường.

- Trung bình: không tái phát, có thể mất tự chủ độ I hoặc kèm theo biến chứng

+ Đau sẹo mổ

+ Hẹp hậu môn.

- Kém: rò tái phát hoặc mất tự chủ độ 2 độ 3.

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu trên được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên chương trình SPSS, Excel. Các biến số định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được trình bày bằng số lượng và tỷ lệ %.

2.7. Y đức. Nghiên cứu được tiến hành sau khi đủ điều kiện và thông qua Hội đồng khoa học của trường Đại học Võ Trường Toản

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

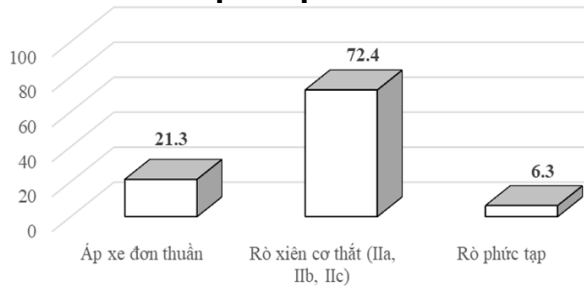
3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới (n=80)	Nam	69	86,3
	Nữ	11	13,7
Tuổi (n=80)	<30 tuổi	16	20
	31-40 tuổi	19	23,8
	41-50 tuổi	22	27,5
	51-60 tuổi	13	16,2
	>60	10	12,5
	TB ± ĐLC (NN - LN)	42,9 ± 14,86 (17 - 79)	

Nhận xét: Tuổi trung bình: 42,9 ± 14,86 (17 - 79), 31 - 50 tuổi chiếm 51,3%. Tỷ lệ nam/nữ ≈ 6,3/1.

3.2. Phân loại rò hậu môn



Biểu đồ 1. Phân loại rò hậu môn

Nhận xét: Phân loại rò: 72,4% rò xuyên cơ thắt, 21,3% áp xe đơn thuần, 6,3% rò phức tạp.

Bảng 2. Đánh giá kết quả điều trị

Đánh giá kết quả điều trị		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phương pháp vô cảm	Tê tuỷ sống	80	100
	Tê tại chỗ	0	0
Đau sau phẫu thuật	Không dùng thuốc giảm đau	5	6,3
	Dùng thuốc giảm đau thông thường	69	86,3
	Dùng morphin	6	7,4
Đại tiện không tự chủ	Độ 1	75	93,7
	Độ 2	5	6,3
Chảy máu sau mổ	Không	69	86,3
	Có, không mổ lại	10	12,4
	Có, mổ lại	1	1,3
Xử trí bí đái sau phẫu thuật (n=9)	Chườm nóng	7	77,8
	Đặt sode tiểu	2	22,2

Nhận xét: Tất cả các ca (100%) được áp dụng phương pháp tê tuỷ sống. Đa số các ca (86,3%) phải sử dụng thuốc giảm đau thông thường, một tỷ lệ nhỏ (7,4%) phải sử dụng morphin để giảm đau. Đại tiện không tự chủ đa phần các ca (93,7%) ở mức độ 1 (độ nhẹ) và ở mức độ 2 (6,3%). Có 12,4% gặp chảy máu sau mổ nhưng không cần mổ lại và 1 ca (1,3%) gặp

chảy máu và phải mổ lại. Xử trí bí đái sau phẫu thuật (với 9 ca) đa số (77,8%) được áp dụng biện pháp chườm nóng và 22,2% phải đặt sode tiểu.

Đánh giá kết quả điều trị chung: Có 81% đạt kết quả tốt và 19% đạt kết quả trung bình, không có trường hợp nào kết quả kém

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi song tập trung cao nhất là độ tuổi 18 - 60 tuổi. Số liệu kết quả chúng tôi cho thấy bệnh nhân ở độ tuổi 18 - 60 tuổi chiếm 87,5%. Trong đó, đa số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 31-50 tuổi, chiếm 51,3% (41/80 người), nhóm 41-50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 27,5%, tuổi trung bình là 42,9 ± 14,86 tuổi (17 - 79). Theo Tăng Huy Cường [3] ghi nhận số bệnh nhân trong độ tuổi 18 - 60 chiếm đa số với 88,5% và tuổi trung bình là 39,41 ± 13,13 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 1 tuổi và lớn tuổi nhất là 78 tuổi. nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn [5] có độ tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là 21 - 60 tuổi với 86%. Nguyễn Xuân Hùng [6] trong nghiên cứu của mình cũng ghi nhận độ tuổi 21 - 60 chiếm đa số với 92,2%. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số với 86,3%, tỉ lệ nam/nữ ≈ 6,3/1. Theo Tăng Huy Cường [3] ghi nhận tỷ lệ nam giới nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ nam/nữ = 7,69. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của các nghiên cứu khác. Trịnh Hồng Sơn [5] ghi nhận tỷ lệ nam/nữ = 6,17. nghiên cứu Nguyễn Xuân Hùng [6] ghi nhận tỷ lệ nam/nữ = 7,6.

4.2. Phân loại rò hậu môn tái phát. Chúng tôi ghi nhận kết quả chủ yếu là rò xuyên cơ thắt (72,4%), áp xe đơn thuần (21,3%), rò phức tạp (6,3%). Trong nghiên cứu của Tăng Huy Cường [3] có 45/226 (19,9%) trường hợp phẫu thuật viên không đưa ra phân loại. Còn lại 181 bệnh nhân với 193 đường rò được mô tả sự liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt. Trong đó rò liên cơ thắt 7/181 (3,6%), rò xuyên cơ thắt thấp 108/193 (55,9%), rò xuyên cơ thắt trung gian 43/193 (22,4%), rò xuyên cơ thắt cao 28/193 (14,5%), rò trên cơ thắt 7/193 (3,6%), rò thấp (IIa, IIb) 78,3%, rò cao (IIC, III) 18,1%. Tỷ lệ rò liên cơ thắt trong các nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn [5], Nguyễn Xuân Hùng [6] lần lượt là 60/120 (50%) và 0,9%. Nguyễn Xuân Hùng [6] cũng ghi nhận 73,3% rò thấp, 8% rò cao. Tỷ lệ rò trên cơ thắt của Nguyễn Xuân Hùng [6] và Trịnh Hồng Sơn [5] lần lượt là 2,2% và 7%. Tỷ lệ rò xuyên cơ thắt của Tăng Huy Cường [3], Trịnh Hồng Sơn [5] và Nguyễn Sơn Hà [7] là 92,8%, 48/120 (40%), 79,1%. Qua các kết quả

trên có thể nói rằng rò hậu môn phẫu thuật lại chủ yếu ở loại rò xuyên cơ thắt. Do đó, phẫu thuật viên ở tuyến y tế địa phương phải biết nhận định, phân loại rò chính xác có hướng xử lý đúng đắn đúng để bệnh nhân phải mổ đi mổ lại nhiều lần mà không chuyển bệnh nhân đến tuyến chuyên khoa.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa phần bệnh nhân không có chảy máu sau phẫu thuật với 86,3%, 12,4% có chảy máu nhưng điều trị ổn không cần phẫu thuật lại, 1,3% chảy máu phải mổ lại. Tăng Huy Cường [3] có 13 bệnh nhân bị chảy máu sau mổ chiếm 5,7% trong đó có 3 bệnh nhân phải khâu cầm máu (1,3%). Đặc biệt có 1 bệnh nhân ra viện 17 ngày vào lại viện cấp cứu vì chảy nhiều máu hậu môn (máu tươi lẫn máu cục), da niêm mạc nhợt, kiểm tra thấy một mạch máu chảy ở phần cắt cơ thắt kèm rỉ máu thành ổ áp xe, được khâu cầm máu, chèn gạc ổ áp xe hết chảy máu, bệnh nhân ra viện ổn định. Xem xét lại hồ sơ thì bệnh nhân nam 50 tuổi, cao huyết áp điều trị không thường xuyên, chẩn đoán là rò IIb + áp xe, được mổ ngõ hoàn toàn và nạo tổ chức hoại tử ổ áp xe hố ngồi trực tràng. Theo tác giả cần đặc biệt chú ý cầm máu kỹ những trường hợp cắt cơ thắt, nạo tổ chức hoại tử ổ áp xe (nên dùng chỉ khâu cầm máu thay cho chỉ đốt bằng dao điện), và lưu ý bệnh nhân có cao huyết áp. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên những bệnh nhân đã phẫu thuật nhiều lần, sẽ phức tạp hơn, can thiệp rộng hơn nhưng tỷ lệ chảy máu sau mổ không cao hơn các nghiên cứu thực hiện ở cả những bệnh nhân mới phẫu thuật lần đầu. Tỷ lệ chảy máu sau mổ theo Nguyễn Xuân Hùng [6] là 2,22%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7/9 (77,8%) bệnh nhân bí đái sau mổ được xử lý thành công bằng chườm nóng, chỉ có 22,2% cần đặt sode tiểu. Tăng Huy Cường [3] có 25/226 (11,1%) bệnh nhân bí đái sau mổ, trong đó có 17/25 (68%) bệnh nhân được chườm ấm trên xương mu thành công, 8/25 bệnh nhân (32%) phải đặt sode tiểu (sau khi đã chườm ấm) và rút sode tiểu ngày hôm sau, không có bệnh nhân nào phải sode tiểu nhiều lần. nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hùng [6], Trịnh Hồng Sơn [5] có triệu chứng này là 13,7% và 2,3%. Để hạn chế tình trạng này nên hạn chế truyền dịch sau mổ, chủ động dùng thuốc giảm đau khi hết tác dụng của tê tủy sống, chườm ấm vùng hạ vị, trên xương mu sau mổ, không nên đặt sode tiểu ngay.

Nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng đại tiện không tự chủ ngay sau phẫu thuật chủ yếu

độ 1 chiếm 93,7%, độ 2 chiếm 6,3%. Nghiên cứu của Tăng Huy Cường [3] trong 3 tháng đầu có 48/169 (28,4%) có biểu hiện mất tự chủ hậu môn với độ I có 32 bệnh nhân (18,9%), độ II có 16 bệnh nhân (9,5%). Đến thời điểm kết thúc nghiên cứu (bệnh nhân ngắn nhất là sau mổ 10 tháng, bệnh nhân dài nhất là 30 tháng) thì còn lại 8 bệnh nhân (4,7%) mất tự chủ hậu môn độ I, không có bệnh nhân nào độ II. Trong 8 bệnh nhân độ I này có 7 bệnh nhân mở ngõ hoàn toàn và 1 bệnh nhân phẫu thuật 2 thì. Nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn [5] có 5% bệnh nhân mất tự chủ tạm thời trong thời gian hậu phẫu, không có bệnh nhân nào không tự chủ vĩnh viễn. Nguyễn Xuân Hùng [6] ghi nhận có 36.6% mất tự chủ hậu môn trong 3 tháng đầu (độ I 24.2%, độ II 11.8%, độ III 0.7%), sau 3 tháng theo dõi (độ I = 12,4%, độ II = 5,2%, độ III = 0,7%). Theo chúng tôi mở ngõ ở những thể rò cao, rò phối hợp với ổ áp xe lớn, tổn thương lan rộng nên dành cho phẫu thuật viên có kinh nghiệm, nhất là những bệnh nhân đã mổ nhiều lần không đạt kết quả. Điều đáng ghi nhận là mặc dù nghiên cứu thực hiện trên những bệnh nhân phẫu thuật lại, nhưng tỷ lệ biến chứng mất tự chủ hậu môn lại thấp hơn các nghiên cứu khác (có cả những bệnh nhân chưa mổ lần nào). Điều này nói lên trình độ phẫu thuật viên trong mấy năm qua đã nâng cao rất nhiều.

V. KẾT LUẬN

Cần lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp với từng loại rò hậu môn và điều kiện của từng tuyến bệnh viện để tăng hiệu quả điều trị. Phương pháp điều trị rò hậu môn tái phát được áp dụng khá an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng đau sau phẫu thuật vẫn là vấn đề cần được kiểm soát tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đoàn Quốc Hưng** (2020), Bài giảng bệnh học ngoại khoa – Dùng cho sinh viên năm thứ 6", Nhà xuất bản y học, Đại học Y Hà Nội.
- Đỗ Đình Công** (2007), "Kết quả sớm điều trị phẫu thuật bệnh rò hậu môn", Y học thực hành, 11, tr. 173-175.
- Tăng Huy Cường** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật lại rò hậu môn tại Bệnh viện Việt Đức, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Manothay Toulabouth, Nguyễn Đoàn Văn Phú** (2019), "Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tái phát", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 9, số 2 - tháng 4/2019, tr. 45 - 48.
- Trịnh Hồng Sơn** (2011), "Phẫu thuật điều trị rò hậu môn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình", Y học thực hành, 7, tr. 43-201.

6. Nguyễn Xuân Hùng (2008), "Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 2003 – 2006", Tạp chí Y học Việt Nam, tr. 45 - 52.
7. Nguyễn Sơn Hà (2007), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức - Hà Nội, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ NGUYÊN NHÂN SUY GAN CẤP Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ THAY HUYẾT TƯƠNG TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Nguyễn Thế Anh¹, Nguyễn Tiên Dũng¹,
Lê Ngọc Hà², Tô Hoàng Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân suy gan cấp ở bệnh nhân được điều trị thay huyết tương tại khoa Hồi sức tích cực. **Đối tượng:** Các bệnh nhân suy gan cấp điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Hữu Nghị; từ 1/2019 đến tháng 10/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, mô tả. **Kết quả:** tuổi trung bình 76.0; tỷ lệ nam giới 81.5%; bệnh nhân có 55.6% suy đa tạng; 33.3% giảm tiểu cầu; 14.9% rối loạn động máu nặng; men gan tăng, bilirubin toàn phần trung bình 273.4 ± 57.2 mmol/l, 51.9% hội chứng gan thận. Nguyên nhân gây suy gan cấp: 51% do ngộ độc, 26% do viêm gan vi rút. **Kết luận:** Nhóm bệnh nhân cao tuổi, chủ yếu giới nam, hôn mê gan từ độ 2 trở lên, đa phần có tình trạng suy đa tạng, men gan và bilirubin tăng cao, rối loạn đông máu. Nguyên nhân chủ yếu là ngộ độc cấp. **Từ khóa:** Suy gan cấp, hôn mê gan, tăng bilirubin máu

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES AND CAUSES OF ACUTE LIVER FAILURE IN PATIENTS RECEIVED PLASMA REPLACEMENT TREATMENT AT CRITICAL CARE DEPARTMENT OF HUU NGHİ HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics and causes of acute liver failure in patients receiving plasma exchange therapy in the Critical Care Department. **Subjects:** Patients with acute liver failure treated at the Critical care department - Huu Nghi Hospital; from January 2019 to October 2023. **Research methods:** prospective, descriptive. **Results:** mean age 76.0; male ratio 81.5%; Patients have 55.6% multi-organ failure; 33.3% thrombocytopenia; 14.9% had severe hemodynamic disorders; increased liver enzymes, average total bilirubin 273.4 ± 57.2 mmol/l, 51.9%

liver-kidney syndrome. Causes of acute liver failure: 51% due to poisoning, 26% due to viral hepatitis. **Conclusion:** Elderly patients, mainly male, with hepatic coma from grade 2 or higher, most have multi-organ failure, elevated liver enzymes and bilirubin, and blood clotting disorders. The main cause is acute poisoning. **Keywords:** Acute liver failure, hepatic coma, hyperbilirubinemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy gan cấp là tình trạng tổn thương gan cấp tính, nghiêm trọng dẫn tới suy giảm chức năng tổng hợp (INR ≥ 1.5) và thay đổi trạng thái tâm thần ở bệnh nhân không có xơ gan hoặc có bệnh gan trước đó; thời gian từ khi xuất hiện vàng da đến khi có biểu hiện bệnh não – gan dưới 26 tuần [1].

Các biểu hiện đặc trưng của suy gan cấp là vàng da, bệnh não – gan, rối loạn đông máu, hội chứng gan – thận, tăng men gan, tăng bilirubin máu, NH₃ máu. Ngoài ra, các triệu chứng không đặc hiệu như: mệt mỏi, chán ăn... và các biểu hiện của bệnh lý nguyên nhân [1].

Về mặt nguyên nhân gây suy gan cấp, thường gặp nhất là: viêm gan vi rút và ngộ độc thuốc, phổ biến nhất là acetaminophen; ngoài ra là các nguyên nhân: rối loạn mạch máu, rối loạn chuyển hoá và viêm gan tư miễn. Tổn thương gan do thuốc là nguyên nhân phổ biến nhất gây suy gan cấp tính ở Úc, Châu Âu, Vương quốc Anh và Hoa Kỳ, trong khi ở Châu Á và Châu Phi, viêm gan vi rút chiếm ưu thế [2], [3].

Về mặt điều trị, nguyên tắc chính là: điều trị nguyên nhân, điều trị hỗ trợ và ghép gan khi có điều kiện. Tuy nhiên, chỉ có một số nguyên nhân có thể điều trị, ví dụ: N – acetylcysteine đối với ngộ độc acetaminophen, hay viêm gan vi rút B. Ngoài ra, ghép gan là biện pháp chi phí rất đắt, nguồn tạng ghép còn khó khăn. Do đó, điều trị suy gan cấp chủ yếu là điều trị hỗ trợ; với các biện pháp dùng thuốc nội khoa và các kĩ thuật hỗ trợ gan ngoài cơ thể, trong đó có phương pháp thay huyết tương [1].

¹Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tô Hoàng Dương

Email: dr.hoangduong@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024