

- Yamashita T, Aoki T.** Thoracoscopic and hand assisted laparoscopic esophagectomy with radical lymph node dissection for esophageal squamous cell carcinoma in the left lateral decubitus position: a single center retrospective analysis of 654 patients. *BMC Cancer.* 2017;17(1):748. doi:10.1186/s12885-017-3743-1.
- 7. Otsuka K, Murakami M, Goto S, et al.** Minimally invasive esophagectomy and radical lymph node dissection without recurrent laryngeal nerve paralysis. *Surg Endosc.* 2020;34(6):2749-2757. doi:10.1007/s00464-020-07372-3
- 8. Scholtemeijer MG, Seesing MFJ, Brenkman HJF, Janssen LM, van Hillegersberg R, Ruurda JP.** Recurrent laryngeal nerve injury after esophagectomy for esophageal cancer: incidence, management, and impact on short- and long-term outcomes. *J Thorac Dis.* 2017; 9 (Suppl 8): S868-S878. doi:10.21037/jtd.2017.06.92
- 9. Taniyama Y, Miyata G, Kamei T, et al.** Complications following recurrent laryngeal nerve lymph node dissection in oesophageal cancer surgery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2015;20(1):41-46. doi:10.1093/icvts/ivv336

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ THAY HUYẾT TƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ SUY GAN CẤP TẠI KHOA HỒI SỨC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Tô Hoàng Dương¹, Phạm Tiến Dũng¹,
Lê Ngọc Hà², Nguyễn Thế Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và một số biến chứng thường gặp của phương pháp thay huyết tương trong điều trị suy gan cấp 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:** tiền cứu, can thiệp. **Kết quả:** số lần thay huyết tương trung bình 3.2 ± 1.7 lần; sau điều trị thay huyết tương, bệnh nhân cải thiện tình trạng hôn mê gan, suy đa tạng, các chỉ số đông máu, Bilirubin, NH3 và men gan. thời gian điều trị trung bình là 13.7 ngày; tỷ lệ tử vong chung là 33.3%, trong đó: 100% là bệnh nhân hôn mê gan độ 4; 40% là hôn mê gan độ 3 và 7.7% là bệnh nhân hôn mê gan độ 2. Các biến chứng thường gặp là: phản vệ độ 1,2; rối loạn điện giải, giảm tiểu cầu, chảy máu hay biến chứng tại catheter chiếm từ 1 – 3.1%. **Kết luận:** Phương pháp thay huyết tương cải thiện tình trạng hôn mê gan, suy đa tạng; cải thiện được chức năng gan và ít các biến chứng nặng. **Từ khóa:** Suy gan cấp, hôn mê gan, tăng bilirubin máu, thay huyết tương

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF PLASMA EXCHANGE IN THE TREATMENT OF ACUTE LIVER FAILURE AT CRITICAL CARE DEPARTMENT OF HUU NGHİ HOSPITAL

Objective: Evaluate the effectiveness and some common complications of plasma exchange in the treatment of acute liver failure at 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, intervention. **Results:** average number of plasma exchanges 3.2 ± 1.7 times; After plasma exchange treatment, the patient's liver coma, multiple organ failure, coagulation indexes, Bilirubin, NH3 and liver enzymes improved. Average treatment time is 13.7 days; The overall mortality rate is 33.3%, of which: 100% are patients with grade 4 hepatic coma; 40% have grade 3 hepatic coma and 7.7% have grade 2 hepatic coma. Common complications are: grade 1,2 anaphylaxis; Electrolyte disorders, thrombocytopenia, bleeding or catheter complications account for 1 - 3.1%. **Conclusion:** Plasma exchange method improves hepatic coma and multiple organ failure; Improved liver function and fewer serious complications.

Keywords: Acute liver failure, hepatic coma, hyperbilirubinemia, plasma exchange

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]. Nguyên nhân thường gặp là do ngộ độc thuốc hoặc đợt cấp của viêm gan vi rút; với cơ chế bệnh sinh gồm: vàng da, bệnh não – gan, rối loạn đông máu, hội chứng gan – thận, tăng men gan, tăng bilirubin máu, NH3 máu [1][2][3].

Về mặt điều trị, điều trị hỗ trợ là chủ yếu, với các biện pháp hồi sức nội khoa và các kỹ thuật hỗ trợ gan ngoài cơ thể, nổi bật là thay huyết tương và gan nhân tạo. Phương pháp thay huyết tương giúp đào thải độc chất, các yếu tố viêm gây ra các vòng xoắn bệnh lý; ngoài ra, thông qua việc bổ sung huyết tương của người lành, giúp bổ sung các yếu tố đông máu và các globulin miễn dịch. Chỉ có một số nguyên nhân

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: 7.8.2024

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 [1].

Tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Hữu Nghị đã điều trị thường quy các bệnh nhân suy gan cấp từ năm 2017. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp thay huyết tương trong hỗ trợ điều trị cho các bệnh nhân suy gan cấp tại khoa Hồi sức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân suy gan cấp được điều trị thay huyết tương tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Hữu Nghị, thời gian từ 1/2019 đến 10/2023

❖ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán suy gan cấp, có kèm theo các tiêu chuẩn sau

- Hôn mê gan độ 2 trở lên
- INR > 1.5
- Bilirubin > 250 µl/L
- Có hội chứng gan – thận

Phân độ Hôn mê gan (West Haven) [1]

+ Độ 1: Thay đổi về hành vi, hầu như không thay đổi về ý thức.

+ Độ 2: Rối loạn về định hướng, ngủ gà, có thể có dấu hiệu run giật 2 bàn tay, có những hành vi không thích hợp.

+ Độ 3: Rối loạn ý thức, nói không rõ ràng, ngủ nhiều nhưng vẫn đáp ứng với nói to.

+ Độ 4: Hôn mê, không đáp ứng với đau.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:**

Bảng 1. Số lần thay huyết tương trong điều trị

	Nhóm sống (n=18)	Nhóm tử vong (n=9)	Nhóm chung (n=27)	P
Số lần thay huyết tương	45	54	97	
Số lần thay huyết tương/BN (X ± SD)	2.6 ± 1.3	4.3 ± 1.2	3.2 ± 1.7	< 0.05

Nhận xét: Số lần thay huyết tương trung bình là 3.2 lần; số lượng thay huyết tương của nhóm tử vong gần gấp đôi của nhóm sống khác biệt có ý nghĩa thống kê

Bảng 2. Thay đổi của mức độ hôn mê gan trước và sau điều trị

Chỉ số		T0	T1	T2	T3	P
Mức độ hôn mê gan	Nhóm chung	2.6 ± 0.5	2.5 ± 0.3	2.6 ± 0.5	2.7 ± 0.7	> 0.05
	Nhóm sống	2.1 ± 1.2	1.6 ± 0.9	1.1 ± 0.7	0.5 ± 0.2	< 0.05
	Nhóm tử vong	3.2 ± 0.4	2.7 ± 0.8	2.9 ± 0.3	3.3 ± 0.4	> 0.05
Điểm SOFA	Nhóm chung	8.5 ± 2.5	6.7 ± 2.4	7.8 ± 1.9	8.2 ± 1.5	> 0.05
	Nhóm sống	6.5 ± 1.6	4.5 ± 1.8	3.4 ± 1.5	2.7 ± 2.1	< 0.05
	Nhóm tử vong	10.4 ± 3.4	8.8 ± 2.1	7.8 ± 1.4	12.4 ± 3.4	< 0.05

Nhận xét: Ở nhóm sống mức độ hôn mê gan giảm dần qua các lần thay huyết tương; ở nhóm tử vong, thì mức độ này thay đổi không có ý nghĩa thống kê. Mức độ suy đa tạng ở nhóm sống, điểm SOFA giảm rõ rệt và ổn định; trái lại ở nhóm tử vong, mức độ tăng dần.

Bảng 3. Thay đổi men gan trước và sau điều trị

Chỉ số		T0	T1	T2	T3	P
GOT	Nhóm chung	1099 ± 768	907 ± 242	785 ± 145	679 ± 254	< 0.05

- Bệnh nhân suy gan cấp chưa có chỉ định hoặc gia đình/ bệnh nhân không đồng ý thay huyết tương

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả

- Quy trình nghiên cứu:

+ Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí nghiên cứu được đánh giá lâm sàng, các xét nghiệm trước và sau các thời điểm lọc (T₀ là trước khi thay huyết tương, T_n là thời điểm sau các lần lọc; n = 1,2,3), xác định thời gian điều trị, tỷ lệ tử vong.

+ Bệnh nhân được ngừng thay huyết tương khi tình trạng lâm sàng, xét nghiệm cải thiện (Bilirubin máu sau lọc < 250 mmol/l, trong hai ngày liên tiếp); hoặc bệnh nhân nặng, tiên lượng tử vong.

+ Thể tích huyết tương cho một lần thay thế được tính theo công thức sau:

$$V = 0.065 \times P \times (1 - \text{Hematocrit}) \text{ (ml)}$$

Trong đó: V là thể tích huyết tương thay thế (ml); P là cân nặng bệnh nhân (kg)

2.3. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học của bệnh viện. Các thông tin của bệnh nhân được bảo mật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2019 đến 10/2023 chúng tôi đã thu thập được tổng số 27 trường hợp bệnh nhân suy gan cấp được điều trị thay huyết tương để đưa vào nghiên cứu với kết quả như sau:

3.1. Hiệu quả điều trị

(U/L)	Nhóm sống	987±232	731 ± 170	605 ± 189	408 ± 122	< 0.05
	Nhóm tử vong	1576 ± 543	1307 ± 432	1107± 237	873 ± 167	< 0.05
GPT (U/L)	Nhóm chung	987 ± 456	862 ± 156	613 ± 115	457 ± 134	< 0.05
	Nhóm sống	708 ± 267	617 ± 106	436 ± 97	349 ± 105	< 0.05
	Nhóm tử vong	1243 ± 217	1076 ± 189	815 ± 162	674 ± 176	< 0.05

Nhận xét: Chỉ số GOT, GPT giảm dần ở cả nhóm nghiên cứu, rõ rệt hơn ở nhóm sống

Bảng 4. Thay đổi Bilirubin toàn phần và NH3 trước và sau điều trị

Chỉ số		T0	T1	T2	T3	P
Bilirubin TP (mmol/L) (n=27)	Nhóm chung	273 ± 57	287 ± 52	268 ± 28	251 ± 52	> 0.05
	Nhóm sống	261 ± 15	167 ± 43	125 ± 17	70 ± 32	< 0.05
	Nhóm tử vong	328 ± 45	245 ± 62	210 ± 36	281 ± 67	> 0.05
NH3 (mol/L) (n=21)	Nhóm chung	83 ± 21	-	-	-	-
	Nhóm sống (n=18)	84 ± 19	-	-	21 ± 7	< 0.05
	Nhóm tử vong	82 ± 23	-	-	-	-

Nhận xét: Thay đổi rõ nét về chỉ số bilirubin thấy ở nhóm sống. Ở nhóm sống, xét nghiệm NH3 được tiến hành ở thời điểm kết thúc điều trị, cho thấy sự cải thiện giảm xuống rõ rệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Thay đổi % Prothrombin và Fibrinogen trước và sau điều trị

Chỉ số		T0	T1	T2	T3	p
PT%	Nhóm chung	57 ± 15	63 ± 22	67 ± 15	61 ± 14	< 0.05
	Nhóm sống	61 ± 12	71 ± 17	85 ± 29	87 ± 12	< 0.05
	Nhóm tử vong	41 ± 23	47 ± 12	36 ± 12	30 ± 11	< 0.05
Fibrinogen	Nhóm chung	1.5 ± 0.5	1.6 ± 0.7	1.7 ± 0.3	2.8 ± 0.4	< 0.05
	Nhóm sống	1.7 ± 0.4	1.8 ± 0.6	2.1± 0.7	2.9 ± 1.1	< 0.05
	Nhóm tử vong	1.3 ± 0.8	1.4 ± 0.7	1.6 ± 0.5	2.1 ± 0.6	< 0.05

Nhận xét: Tỷ lệ prothrombin cải thiện rõ, có ý nghĩa thống kê ở nhóm sống. Tuy nhiên, ở nhóm tử vong tỷ lệ này có giảm, nhưng không có ý nghĩa thống kê. Lượng fibrinogen về cơ bản cải thiện ở cả 03 nhóm, có ý nghĩa thống kê

Bảng 6. Kết quả điều trị

		Nhóm sống (n = 18)	Nhóm tử vong (n = 9)	Nhóm chung (n = 27)	P
Thời gian điều trị hồi sức (ngày) (X ± SD)		11.5 ± 2.3	16.5 ± 3.7	13.7 ± 2.1	<0.05
Độ hôn mê gan	Độ 2 (n, %)	(12, 92.3)	(1, 7.7)	13 (48,1)	<0.05
	Độ 3 (n, %)	(6, 60)	(4, 40)	10 (37,0)	<0.05
	Độ 4 (n, %)	(0, 0)	(4, 100)	4 (14,9)	-
Tổng		67.7	67.7	100	

Nhận xét: Thời gian điều trị hồi sức trung bình của bệnh nhân suy gan cấp là 13.7 ngày, khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm sống và nhóm tử vong. Tỷ lệ tử vong chung là 33.3%, trong đó: 100% là bệnh nhân hôn mê gan độ 4; 40% là hôn mê gan độ 3 và 7.7% là bệnh nhân hôn mê gan độ

3.2. Một số biến chứng

Bảng 7. Một số biến chứng thường gặp

Biến chứng (n, %)	Số ghi nhận (n=97)	
Tụt huyết áp	0 (0)	
Phản vệ	Mức độ 1	5 (5,2%)
	Mức độ 2	1 (1.0 %)
	Mức độ 3, 4	(0, 0)
Hạ Natri máu	3 (3.1)	
Hạ Kali máu	3 (3.1)	
Hạ Canxi máu	0 (0)	

Tổn thương mạch máu (n, %)	0 (0)
Chảy máu chân catheter (n, %)	1 (1.0)
Nhiễm khuẩn (n, %)	1 (1.0)
Chảy máu (n,%)	2 (2.1)
Giảm tiểu cầu mới xuất hiện (n,%)	3 (3.1)

Nhận xét: Các biến chứng nặng, nguy hiểm như tụt huyết áp hay phản vệ độ 3,4 không có trường hợp nào. Các biến chứng khác như: phản vệ độ 1,2; rối loạn điện giải, giảm tiểu cầu, chảy máu hay biến chứng tại catheter chiếm từ 1 – 3.1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả điều trị. Số lần thay huyết tương trung bình là 3.2 ± 1.7 lần; trong đó nhóm tử vong có số lần thay huyết tương gấp đôi nhóm sống. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Ngô Toàn Thắng và cộng sự trên 47 trường hợp suy gan cấp; trong đó số lần thay

huyết tương ở nhóm bệnh lý gan cấp là 2.8 ± 1.32 lần và nhóm có bệnh gan mạn là 3.77 ± 1.42 lần [4]. Số lần thay huyết tương của các bệnh nhân suy gan cấp trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đăng Đức cũng được đánh giá trong 03 lần lọc đầu tiên; đây là giai đoạn mà hiệu quả nhất của phương pháp. Sau 03 lần lọc thì hoặc bệnh nhân cải thiện tốt lên, hoặc nặng hơn và thương là tử vong [5].

Thay huyết tương giúp cải thiện tình trạng nặng của bệnh nhân suy gan cấp, được đánh giá qua mức độ hôn mê gan và điểm SOFA trước và sau khi điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ hôn mê gan ở nhóm sống cải thiện từ 2.1 ± 1.2 xuống 0.5 ± 0.2 , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tương tự như vậy, điểm SOFA từ 6.5 ± 1.6 giảm xuống còn 2.7 ± 2.1 , sự khác biệt cũng có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, ở nhóm bệnh nhân tử vong, mức độ hôn mê gan và điểm SOFA tăng rõ rệt, và bệnh nhân tử vong trong bệnh cảnh suy đa tạng. Nghiên cứu của tác giả Ngô Toàn Thắng cũng đánh giá cải thiện này qua điểm Glasgow: trước khi điều trị là 13.04 ± 2.4 và sau là 13.5 ± 3.6 ; điểm SOFA trước điều trị là 6.5 ± 2.6 và sau là 6.1 ± 2.2 . Tác giả Nguyễn Đăng Đức cũng đưa ra kết quả so sánh trước và sau 03 lần thay huyết tương: độ hôn mê gan từ 2.53 ± 0.59 xuống 1.74 ± 1.34 ; và điểm SOFA từ 9.67 ± 2.39 xuống 7.98 ± 2.69 . So với hai nghiên cứu này, sự cải thiện trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ thấy rõ rệt ở nhóm sống; ở nhóm tử vong thì giữ nguyên hoặc tăng lên.

Chỉ số men gan đánh giá mức độ tổn thương tế bào gan; sau các lần thay huyết tương các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều giảm về chỉ số men gan, và giảm rõ rệt ở nhóm sống. Về mặt sinh lý bệnh, men gan không đặc hiệu khi theo dõi bệnh lý suy gan, bởi vì men gan giảm có thể là biểu hiện của việc giảm tổn thương tế bào gan; song cũng có thể là biểu hiện của tình trạng "cạn kết" của tế bào gan lành, lúc bệnh nhân tiến triển nặng và nguy kịch [1]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Ngô Toàn Thắng và Nguyễn Đăng Đức [4][5]

Trong cơ chế bệnh lý não – gan của suy gan cấp, tác nhân Bilirubin và NH₃ tăng cao được chấp nhận nhiều nhất giải thích cho cơ chế hôn mê gan. Hai chỉ số này cải thiện sau khi tiến hành thay huyết tương. Tuy nhiên, ở nhóm bệnh nhân sống, các chỉ số này cải thiện rõ rệt và duy trì ổn định; trong khi đó ở nhóm bệnh nhân tử vong, các chỉ số này chỉ giảm nhẹ, sau đó lại tăng dần trở lại. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm sống: chỉ số Bilirubin trước điều trị là

261 ± 15 giảm xuống 70 ± 32 mmol/l sau điều trị; tương tự với NH₃, giảm từ 84 ± 19 xuống 21 ± 7 mol/l. Tương tự, kết quả của Ngô Toàn Thắng cũng chỉ ra: chỉ số Bilirubin máu trước điều trị là 272.7 ± 182.1 giảm xuống 133.2 ± 95.7 mmol/l sau điều trị [4]. Tác giả Nguyễn Đăng Đức: Bilirubin trung vị giảm từ 323.4 xuống 58.2 mmol/l; và NH₃ từ 93.22 ± 63.1 xuống 74.1 ± 49.5 sau điều trị [5].

Một vai trò nữa của phương pháp thay huyết tương là bổ sung các yếu tố đông máu cho bệnh nhân suy gan cấp giúp cải thiện tình trạng rối loạn đông cầm máu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng: tỷ lệ Prothrombin và Fibrinogen sau điều trị có cải thiện có ý nghĩa thống kê. Cụ thể: tỷ lệ Prothrombin tăng từ 57 ± 15 lên 61 ± 14 % và lượng Fibrinogen cải thiện từ 1.5 ± 0.5 lên 2.8 ± 0.4 g/l. Tác giả Ngô Toàn Thắng cũng đưa ra kết quả tương tự: tỷ lệ Prothrombin cải thiện sau điều trị từ 52.3 ± 25.1 lên 60.2 ± 23.5 % [4]. Sự cải thiện này rõ rệt hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Đăng Đức: tỷ lệ Prothrombin cải thiện từ 27.4 ± 15.7 lên 70.8 ± 10.6 %; Fibrinogen từ 1.5 ± 0.5 lên 2.2 ± 0.7 ; sự khác biệt này có thể là do sự khác biệt về độ tuổi và nguyên nhân gây tổn thương gan trong từng nhóm nghiên cứu [5].

Chúng tôi xem xét kết cục điều trị bệnh nhân suy gan cấp tại khoa Hồi sức: thời gian điều trị hồi sức trung bình của bệnh nhân suy gan cấp là 13.7 ngày; trong đó nhóm tử vong có số ngày điều trị nhiều hơn khoảng 5 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tử vong là 33.3%; trong đó: bệnh nhân hôn mê gan độ 4 là 100%; độ 3 là 40% và độ 2 là 7.7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thời gian điều trị của chúng tôi cao hơn thời gian trong nghiên cứu của Ngô Toàn Thắng là 12 ± 7.9 ngày; tuy nhiên, về kết quả điều trị, tỷ lệ tử vong lại cao hơn của chúng tôi (49% so với 33.3%). Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đăng Đức cũng cao hơn chúng tôi với 53.3%. Sự khác biệt này, có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chưa nhiều, nên chưa có đủ tính chất đại diện; mặt khác cũng có thể lý giải là các bệnh nhân của chúng tôi được thay huyết tương sớm hơn, với tỷ lệ bệnh nhân hôn mê gan độ 2 trong nghiên cứu nhiều hơn các nghiên cứu khác.

4.2. Một số biến chứng. Trong quá trình điều trị thay huyết tương cho bệnh nhân, chúng tôi cũng ghi nhận: các biến chứng nặng, nguy hiểm như tụt huyết áp hay phản vệ độ 3,4 không có trường hợp nào. Các biến chứng khác như: phản vệ độ 1,2; rối loạn điện giải, giảm tiểu cầu, chảy máu hay biến chứng tại catheter chiếm từ 1

– 3.1%. Kết quả của Lê Quang Thuận, nghiên cứu trên các bệnh nhân viêm gan nhiễm độc được điều trị thay huyết tương có sự khác biệt, có một tỷ lệ nhỏ trong nghiên cứu này có biến chứng nặng như sốc phản vệ hoặc tụt huyết áp; ngoài các biến chứng nhẹ khác cũng ở mức độ ít gặp. Các biến chứng được ghi nhận trong nghiên cứu này chiếm 22.1%, bao gồm: 0.3 % sốc phản vệ, 0.5% tụt huyết áp, dị ứng nhẹ 14%, nhiễm trùng và xuất huyết chân catheter lần lượt là 0.4 và 0.8% [6]

V. KẾT LUẬN

Thay huyết tương là biện pháp hỗ trợ điều trị suy gan cấp hiệu quả, tác động trên nhiều khâu sinh lý bệnh của bệnh lý suy gan, giúp cải thiện tình trạng hôn mê gan, suy đa tạng, hỗ trợ chức năng đông máu, thải độc của gan. Ngoài ra, phương pháp này cũng khá an toàn, với các biến chứng thường nhẹ và chiếm tỷ lệ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wendon, J, et al.** EASL Clinical Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure. J Hepatol. 2017;66(5): 1047-1081. doi:10.1016/j.jhep.2016.12.003
2. **Lee WM.** Etiologies of acute liver failure. Semin Liver Dis 2008; 28:142.
3. **Bernal W, et al.** Acute liver failure. Lancet 2010; 76:190.
4. **Ngô Toàn Thắng, và Trần Quốc Thắng.** "Đánh giá tác dụng của liệu pháp thay huyết tương điều trị suy gan cấp tính tại Bệnh viện Quân Y 354, từ năm 2018 - 2020". Tạp Chí Y học Quân sự, vol 365, số p.h 365, Tháng Chín 2023,
5. **Nguyễn Đăng Đức và cs.** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng Và Nguyên nhân gây bệnh ở bệnh nhân suy gan cấp được điều trị hỗ trợ thay huyết tương thể tích cao". Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, Vol 17, số p.h 7, Tháng Chạp 2022
6. **Lê Quang Thuận.** Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm gan nhiễm độc cấp nặng bằng phương pháp thay huyết tương tích cực. 2017; luận án tiến sĩ Y học; Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG GÃY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY CÓ CHỐT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Trần Hoàng Anh¹, Nguyễn Quốc Tú¹

CHARACTERISTICS COMPOUND FRACTURES OF THE FEBRUARY BODY ARE TREATED WITH METHOD OF INTRUDAL NAILING WITH POT AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objective: The study has objectives: Survey the clinical and paraclinical characteristics of closed femoral shaft fractures treated with intramedullary nailing with pins at Can Tho Central General Hospital. **Methods:** Designed a descriptive retrospective study on 32 patients diagnosed with closed femoral shaft fractures and underwent intramedullary nailing surgery with pins at Can Tho Central General Hospital from February 2023 to December 2023. **Result:** Clinical and paraclinical characteristics: Causes of femoral shaft fractures: traffic accidents account for 52.5%, daily life accidents account for 40%. Mechanism of injury: 82.5% direct mechanism. First aid before admission: 65% of patients did not receive first aid. Damaged limbs: 55% right, 45% left. Fracture location: 40% fractured at 1/3 D, 37.5% fractured at 1/3G. Fracture line: 50% diagonal fracture, 40% horizontal fracture. Winquist – Hansen classification: 75% type 0, 22.5% type 1.

Keywords: fracture, intramedullary nailing, clinical, paraclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương đùi là một xương lớn, khi gãy làm mất máu nhiều có thể mất từ 1 - 1,5 lít máu. Vì

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng gãy kín thân xương đùi được điều trị bằng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân xương đùi và được phẫu thuật đóng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ trong thời gian từ 2/2023 đến 12/2023. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Nguyên nhân gãy thân xương đùi: tai nạn giao thông chiếm 52,5%, tai nạn sinh hoạt chiếm 40%. Cơ chế chấn thương: 82,5% cơ chế trực tiếp. Sơ cứu trước khi nhập viện: 65% bệnh nhân không được sơ cứu. Chi tổn thương: 55% bên phải, 45% bên trái. Vị trí gãy: 40% gãy ở 1/3 D, 37,5% gãy ở 1/3G. Đường gãy: 50% gãy chéo, 40% gãy ngang. Phân loại Winquist – Hansen: 75% loại 0, 22,5% loại 1. **Từ khoá:** gãy xương, đóng đinh nội tủy, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND NEAR-CLINICAL

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Anh

Email: thanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024

Ngày duyệt bài: 8.8.2024