

7. Seeger M, Bewig B, Günther R, et al. Terminal Part of Thoracic Duct: High-Resolution US Imaging. *Radiology*. 2009;252(3):897-904. doi:10.1148/radiol.2531082036
8. **Child-Pugh classification - UpToDate.** Accessed June 18, 2024. <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=GAST/78401>
9. Verma SK, Mitchell DG, Bergin D, et al. Dilated cisternae chyli: a sign of uncompensated cirrhosis at MR imaging. *Abdom Imaging*. 2009;34(2): 211-216. doi:10.1007/s00261-008-9369-7
10. Hwang SH, Oh YW, Ham SY, Kang EY, Lee KY, Yong HS. Evaluation of the left neck distal thoracic duct in cirrhosis with computed tomography. *Clin Imaging*. 2016;40(3):465-469. doi:10.1016/j.clinimag.2016.01.005

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ BETA2 MICROGLOBULIN HUYẾT TƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP MIỄN DỊCH ĐO ĐỘ ĐỤC TRÊN BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN CHẠY THẬN NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Chí Thanh¹, Lê Thị Kim Cương², Nguyễn Thị Kim Tiên², Cao Thị Vân², Lê Thị Thúy³, Lê Đình Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nồng độ Beta2 microglobulin (β 2-M) huyết tương ở bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo bằng phương pháp miễn dịch đo độ đục. Tìm hiểu mối liên quan của β 2-M với yếu tố viêm CRP, albumin, thời gian lọc máu để đánh giá tình trạng viêm, yếu tố dinh dưỡng ở bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo tại bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 207 bệnh nhân chạy thận nhân tạo từ tháng 11/2023- 5/2024 tại bệnh viện Thống Nhất. **Kết quả:** Theo nghiên cứu của tác giả nồng độ β 2-M trung bình $22,01 \pm 3,25$ (mg/L). nồng độ CRP tăng chiếm 44%, nồng độ β 2-M tương quan thuận với CRP, $r = 0,48$, $p < 0,001$, tỷ lệ albumin bị giảm chiếm 39,1%, β 2-M tương quan nghịch với albumin $r = -0,51$, $p < 0,0001$. Thời gian lọc máu dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao 57,5%, trên 5 năm chiếm 22,7%, trên 10 năm chiếm 20,3%, thời gian lọc máu trung bình $4,26 \pm 5,67$ (năm), β 2-M tương quan thuận với thời gian lọc máu $r = 0,4029$, $p < 0,0001$. **Kết luận:** Nồng độ β 2-M tăng cao gấp 10 lần ở bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo. β 2-M tương quan thuận với CRP, tương quan nghịch với albumin, tương quan thuận với thời gian lọc máu. **Từ khóa:** β 2-M, suy thận mạn, CRP, Albumin, thời gian lọc máu.

SUMMARY

STUDY ON BETA2 MICROGLOBULIN PLASMA LEVELS USING IMMUNONEPHELOMETRIC METHOD IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS AT THONG NHAT HOSPITAL

¹Trường Đại học Quốc Tế Hồng Bàng

²Bệnh viện Thống Nhất

³Trường Đại học Kỹ thuật Y Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Kim Cương

Email: kimcuonglee1988@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024

Objective: To study the plasma beta2 microglobulin (β 2-M) concentration in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis using turbidimetric immunoassay. To explore the relationship of β 2-M with the inflammatory factor CRP, albumin, and dialysis duration to assess inflammation and nutritional status in patients at Thong Nhat Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 207 hemodialysis patients from November 2023 to May 2024 at Thong Nhat Hospital. **Results:** The average β 2-M concentration was $22,01 \pm 3,25$ (mg/l). The prevalence of elevated CRP levels was 44%. β 2-M concentration showed a positive correlation with CRP ($r = 0,48$, $p < 0,001$). The rate of decreased albumin was 39,1%, with β 2-M showing a negative correlation with albumin ($r = -0,51$, $p < 0,0001$). Dialysis duration: Under 5 years 57,5%, Over 5 years 22,7%, over 10 years 20,3%, the average dialysis duration was $4,26 \pm 5,67$ (years), with β 2-M showing a positive correlation with dialysis duration ($r = 0,4029$, $p < 0,0001$). **Conclusion:** The β 2-M concentration is elevated by 10 times in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. β 2-M correlates positively with CRP, negatively with albumin, and positively with dialysis duration.

Keywords: β 2-M, chronic kidney disease, CRP, albumin, dialysis duration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận là một cơ quan quan trọng trong cơ thể, khi thận bị tổn thương thì ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống rất nhiều. Ngày nay nhờ vào sự tiến bộ của y học hiện đại, đời sống của người dân được cải thiện và nâng cao. Để hiểu rõ hơn về sự lắng đọng beta2 microglobulin (β 2-M) ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối đang chạy thận nhân tạo và đánh giá được tình trạng viêm ảnh hưởng lên tình trạng dinh dưỡng, cũng như ý nghĩa của của β 2-M trong bệnh thận theo thời gian chúng tôi tiến hành "Nghiên cứu nồng độ β 2-M huyết tương bằng phương pháp miễn dịch đo độ đục trên bệnh nhân suy thận mạn chạy

thận nhân tạo tại bệnh viện Thống Nhất”.

Mục tiêu: Xác định nồng độ $\beta 2\text{-M}$ huyết tương trên bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo tại bệnh viện Thống nhất. Mỗi tương quan với thời gian lọc máu, yếu tố viêm CRP, albumin.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Nội Thận – Lọc Máu bệnh viện Thống Nhất – TP Hồ Chí Minh từ tháng 11/2023- 5/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 207 bệnh nhân suy thận mạn đang chạy thận tạo tại bệnh viện Thống Nhất.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 5 đang chạy thận nhân tạo, bệnh nhân đồng ý nghiên cứu, thời gian chạy thận nhân tạo ít nhất trên 3 tháng, bệnh nhân ≥ 18 tuổi.

- **Tiêu chuẩn loại ra:** Mắc bệnh kèm theo nguyên nhân suy tim nặng, suy gan, ung thư, nhiễm khuẩn nặng. Bệnh nhân lọc máu cấp cứu. Bệnh nhân nghi ngờ mắc bệnh ngoại khoa, hoặc bệnh nhân có can thiệp phẫu thuật trong 1 tháng.

- Kiểm soát sai lệch chọn lựa: Nghiên cứu chỉ chọn các trường hợp đúng với tiêu chí chọn vào, loại ra và chọn đúng bệnh dựa trên các chẩn đoán của bác sĩ điều trị ghi trong hồ sơ.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: Công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu ước lượng một số trung bình:

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm tuổi/nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ	Trung bình \pm ĐLC	Tuổi lớn nhất	Tuổi nhỏ nhất
< 40	14	6,8	34,1 \pm 5,6	23	39
40 – 60	43	20,8	50,4 \pm 6,6	40	60
> 60	150	72,5	73,6 \pm 9,1	61	98
Tổng	207	100	66,1 \pm 15,2	98	23

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66,1 \pm 15,2 (tuổi), trong đó tuổi nhỏ nhất là 23 và tuổi lớn nhất là 98. Nhóm bệnh nhân có độ tuổi trên 60 chiếm đa số 72,5%, dưới 40 chiếm 6,8%, từ 40-60 chiếm 20,8%.

Bảng 2. Đặc điểm BMI, giới của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n = 207)	Tỷ lệ %
BMI	< 18,5	12,1
	18,5 – <23	53,1
	≥ 23	34,8

Trong đó: - n: cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý, α : mức ý nghĩa thống kê (0,05). $Z_{1-\alpha/2}$: giá trị Z thu được từ bảng Z ứng với giá trị được chọn. Với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$, giá trị $Z_{1-\alpha/2}$ tương ứng là 1,96, d: sai số ước tính. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn $d = 0,1$. Từ công thức trên tính ra cỡ mẫu tối thiểu là: $n = 207$.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Biến số định tính: Giới tính.

- Biến định lượng: Tuổi, thời gian lọc máu, BMI, CRP, albumin, $\beta 2\text{-M}$.

2.6. Kỹ thuật, công cụ, thu thập số liệu

- Thu thập số liệu: Ghi nhận bệnh nhân được thu thập tại khoa nội thận, bệnh viện Thống Nhất. Sau đó thu thập tất cả các thông tin bằng protocol nghiên cứu.

- Kỹ thuật: Các xét nghiệm sinh hóa được phân tích trên máy AU 5800 của hệ thống Beckman Coulter. Các xét nghiệm được nội kiểm tại khoa Hóa sinh, bệnh viện Thống Nhất, tham gia ngoại kiểm tại trung tâm kiểm chuẩn đại học Y được TP HCM.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Tất cả nghiên cứu đều được nhập bằng Exel, phân tích số liệu bằng phần mềm Medical version 2.0, các biến định tính được miêu tả bằng tỷ lệ %. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh các tỷ số bằng phép kiểm định chi bình phương. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi được thông qua hội đồng y đức của bệnh viện Thống Nhất.

	p	< 0,0001*	
Giới	Nam	113	54,6 %
	Nữ	94	45,4 %
	p	0,1866	

*Kiểm định chi bình phương

Nhận xét: Theo phân loại BMI trong nghiên cứu, số bệnh nhân béo phì chiếm tỉ lệ 34,8%, bình thường chiếm 53,1%. Nam chiếm 54,6%, nữ chiếm 45,4%, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Không có sự khác biệt về sự phân bố giới tính trong nghiên cứu.

Bảng 3. Bảng phân bố bệnh theo thời gian lọc máu của đối tượng nghiên cứu

STT	Thời gian lọc máu	Tỷ lệ (%)	TB ± ĐLC	Thời gian lọc máu ngắn nhất	Thời gian lọc máu dài nhất	Thời gian lọc máu trung bình của ĐTNC
1	≤ 5 năm	118 (57%)	2,7 ± 0,9	12 tháng (1 năm)	230 tháng (18,3 năm)	4,26 ± 5,67 (năm)
2	5 - ≤ 10 năm	47 (22,7%)	6,9 ± 1,3			
3	>10 năm	42 (20,3%)	13,2 ± 2,9			

Nhận xét: Bệnh nhân có thời gian lọc máu dưới 5 năm chiếm cao nhất chiếm 57%. Trung bình là 2,7 năm, số bệnh nhân trên 10 năm chiếm tỷ lệ thấp chiếm 20,3% trung bình là 13,2 năm. Bệnh nhân lọc máu lâu năm nhất là 18,3 năm.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

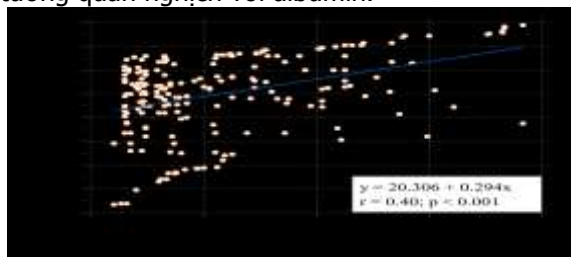
Chỉ số	TB ± ĐLC	Min	Max	Tình trạng rối loạn	Số lượng	Tỷ lệ %	p
CRP (mg/L)	18,0 ± 39,1	0,4	165	≤ 5	116	56	0,0823*
				> 5	91	44	
albumin (g/L)	35,1 ± 5,1	21,2	45,0	< 35	81	39,1	0,0018*
				35-50	126	60,9	
β2-M (mg/L)	22,0 ± 3,3	12,68	27,8	≥ 2,5	207	100	

Nhận xét: Trong nghiên cứu chúng tôi phân nhóm nồng độ CRP tăng chiếm 44%, albumin giảm chiếm 39,1%, bình thường chiếm tỷ lệ 60,9%, không có tăng nồng độ albumin và 100% bệnh nhân tăng nồng độ β2-M, tăng gấp 10 lần so với bình thường.

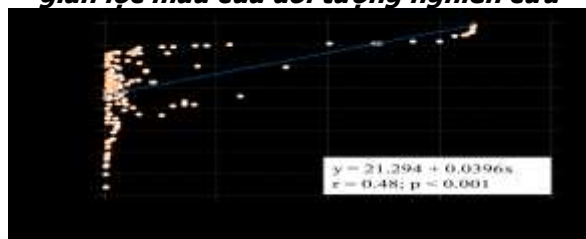
Bảng 5. Môi trường quan giữa β2-M với các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng

Các chỉ số	β2-M	
	r	p
BMI	0,026	0,705
Thời gian lọc máu	0,4029	p < 0,0001
CRP	0,4765	p < 0,0001
albumin	-0,5108	p < 0,0001

Nhận xét: Trong nghiên cứu này ta thấy β2-M có mối tương quan thuận mức độ nhẹ với thời gian lọc máu, có ý nghĩa thống kê. Không có tương quan với BMI, tương quan thuận với CRP, tương quan nghịch với albumin.

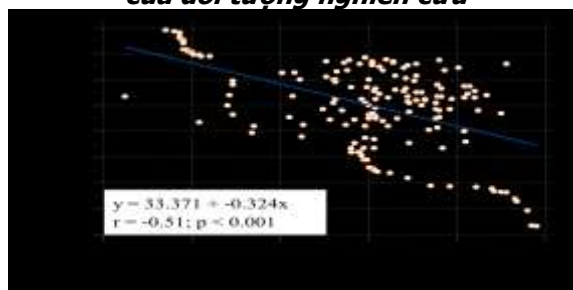


Biểu đồ 1. Môi trường quan β2-M với thời gian lọc máu của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 2. Môi trường quan β2-M với CRP

của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3. Môi trường quan β2-M với albumin của đối tượng nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

Trong 207 đối tượng nghiên cứu chúng tôi thấy nam chiếm 54,6%, nữ chiếm 45,4 %. Tỷ lệ nam trong nghiên cứu cao hơn nữ giới. Tuổi trung bình trong nghiên cứu 66,1 ± 15,2 (tuổi), cao nhất 98 tuổi thấp nhất là 23 tuổi, độ tuổi tập trung từ 60-75 chiếm tỷ lệ cao. Sự phân bố này cho ta thấy rằng những người cao tuổi chức năng thận tự nhiên giảm dần kèm theo những bệnh lý đồng mắc như tăng huyết áp, đái tháo đường, tim mạch những bệnh lý đó sẽ tích hợp theo thời gian, cộng với thêm những người lớn tuổi thường không phát hiện bệnh sớm cho đến khi bệnh thận nặng dẫn đến suy thận giai đoạn cuối, những yếu tố trên kết hợp với nhau giải thích cho việc trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều bệnh nhân thận nhân tạo là người trong độ tuổi 60-75.

Thời gian lọc máu trung bình trong nghiên cứu 4,26 ± 5,67 (năm), β2-M tương quan thuận với thời gian lọc máu r = 0,4029, p < 0,0001. Hiện nay tại Việt Nam cũng như trên toàn thế giới thời gian lọc máu kéo dài hơn vì phương tiện máy móc hiện đại, chất lượng đời sống của bệnh nhân được cải thiện. Chạy thận nhân tạo được

phổ biến từ tuyến trung ương đến địa phương sự hiểu biết về bệnh thận mạn và điều kiện kinh tế của người dân càng ngày càng được nâng cao cho nên việc điều trị sớm và phòng ngừa biến chứng của suy thận cũng đã có những tiến bộ vượt bậc. Tác giả Nguyễn Hữu Dũng cũng đã nghiên cứu trên 326 bệnh nhân LCMK thấy có mối tương quan mức độ chặt giữa β 2-M và TGLM ($r = 0,64$, $p < 0,0001$)[2], nghiên cứu của Nguyễn Thanh Minh cũng thấy β 2-M tương quan thuận với thời gian lọc máu ($r = 0,233$, $p < 0,0001$)[1]. Điều này cũng cho ta thấy rằng thời gian lọc máu càng lâu thì sự tích lũy β 2-M trong máu càng nhiều và cũng sẽ lắng đọng tại các cơ quan trong cơ thể gây lên những biến chứng cho bệnh thận mạn.

Theo nghiên cứu của chúng tôi nồng độ β 2-M trung bình $22,01 \pm 3,25$ (mg/L). Tác giả Nguyễn Thanh Minh đã nghiên cứu nồng độ β 2-M ở bệnh nhân lọc máu cao gấp 20 lần so với bệnh nhân bình thường. Chất lượng màng lọc càng ngày càng tốt, bệnh nhân chạy thận chất lượng cao, cho nên nồng độ β 2-M trong bệnh nhân thận nhân tạo đã được cải thiện. Việc tầm soát β 2-M trong bệnh thận mạn là một việc rất cần thiết để giúp chẩn đoán sớm ngăn ngừa kịp thời các biến chứng. β 2-M trong nghiên cứu của chúng tôi tương quan thuận với CRP ($r = 0,48$, $p < 0,001$), kết quả này tương đương với nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước. Tác giả Omid sedighi cho rằng β 2-M tăng cao là yếu tố dẫn đến sự phát triển của amyloidosis dẫn đến tình trạng viêm và tình trạng dinh dưỡng[6]. Trong nghiên cứu của Jaques nghiên cứu trên 150 bệnh nhân, giá trị β 2-M trung bình là $23,8 \pm 10,9$ mg/L[4], β 2-M huyết thanh có liên quan tích cực với CRP. Tác giả Nguyễn Hữu Dũng cũng đã nghiên cứu trên 326 bệnh nhân LCMK thấy có mối tương quan mức độ chặt giữa β 2-M ($r = 0,51$, $p < 0,0001$). Viêm là một quá trình sinh lý xảy ra trong bệnh thận, khi β 2-M càng tăng cao thì càng gây ra phản ứng viêm trong cơ thể và nó liên quan với CRP, một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng viêm mãn tính trong bệnh nhân chạy thận dẫn đến CRP tăng cao, nồng độ β 2-M tăng cao do chức năng của thận giảm và viêm mãn tính, việc theo dõi đồng thời cả 2 nồng độ β 2-M và CRP có thể cung cấp cái nhìn tổng quát hơn về tình trạng viêm và sự tiến triển của bệnh thận. Cơ chế sinh bệnh của bệnh lý amyloidosis vẫn chưa rõ, β 2-M dạng tự do là chất không có hoạt tính sinh học, khi tăng nó sẽ kết hợp lại với nhau tạo thành chuỗi β 2-M dài lắng đọng các khớp với nhau, giai đoạn đầu nó sẽ ảnh hưởng đến sự vận động của bệnh nhân sau đó là sự

thoái hóa dạng bột, β 2-M giảm xuống là mục tiêu cần đạt trong quá trình đánh giá điều trị bệnh, từ đó tháo gỡ, phá hủy sự lắng đọng của bệnh lý amyloidosis, giảm viêm[5]. Vì vậy, việc nghiên cứu mối tương quan của β 2-M với CRP là rất cần thiết, để đánh giá tình trạng viêm của bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối. Hiểu rõ hơn về sự hình thành và lắng đọng amyloid β 2-M có thể giúp đưa ra phương pháp điều trị phù hợp để ngăn ngừa hoặc làm chậm quá trình lắng đọng β 2-M.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy, nồng độ β 2-M tương quan nghịch với albumin, nghiên cứu tác giả Nguyễn Thanh Minh giữa β 2-M với albumin cũng có mối tương quan nghịch ($r = -0,224$). Estakhri cho rằng sự gia tăng nồng độ β 2-M do viêm ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo dẫn đến giảm albumin huyết thanh biến đổi[3], chế độ ăn uống chưa hợp lý, không cung cấp đủ năng lượng, hoặc mất albumin qua con đường đào thải do tổn thương thận, quá trình lọc máu, giảm do quá trình viêm, nồng độ albumin huyết thanh thấp là yếu tố dự báo mạnh mẽ nguy cơ tử vong, nguy cơ mắc bệnh và nhập viện. Trong bệnh nhân suy thận mạn đang chạy thận nhân tạo suy dinh dưỡng và viêm rất phổ biến, được điều trị chặt chẽ với nhau. Viêm trong suy thận sẽ gây ra suy dinh dưỡng và ngược lại suy dinh dưỡng cũng dẫn đến viêm. β 2-M vì không được loại bỏ hiệu quả qua thận, cũng tăng lên trong máu. Trong thực tế lâm sàng, sự giảm albumin và sự gia tăng β 2-M có thể xảy ra đồng thời, phản ánh tình trạng suy thận nặng và quá trình điều trị bằng thận nhân tạo. Việc theo dõi cả hai chỉ số này có thể giúp đánh giá chính xác hơn tình trạng chức năng thận của bệnh nhân và quản lý điều trị hiệu quả hơn. Nếu giảm được nồng độ β 2-M ở bệnh nhân suy thận thì sẽ giảm được tình trạng viêm và cũng sẽ hạn chế được sự mất albumin. Nâng cao chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân chạy thận từ đó giúp cải thiện hơn đời sống sức khỏe cho bệnh nhân lọc máu. Từ trong nghiên cứu ta nhận thấy rằng việc tầm soát nồng độ β 2-M trong bệnh nhân chạy thận có ý nghĩa rất quan trọng, giúp đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ β 2-M ($22,01 \pm 3,25$ mg/L) tăng cao gấp 10 lần ở bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo. β 2-M tương quan thuận với CRP ($r = 0,48$, $p < 0,0001$), tương quan nghịch với albumin ($r = -0,51$, $p < 0,0001$), tương quan thuận với thời gian lọc máu ($r = 0,4029$, $p < 0,0001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thanh Minh.** Nghiên cứu rối loạn xương, khoáng và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 lọc máu chu kỳ. Tạp chí Y dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Số 4 2021.
2. **Nguyen Huu Dung and et al.** Measuring serum β 2-M to predict long-term mortality in hemodialysis patients using low-flux dialyzer reuse. Therapeutics and Clinical Risk Management 2019; p. 839-846.
3. **Mohammadreza Abdollahzadeh Estakhri and et al.** An investigation of the relationship between β 2-M and inflammatory factors (serum levels of CRP and albumin) and high-density lipoproteins (HDL) in emodialysis patients. Modern Medical Laboratory Journal 2018; (1), p. 17-22.
4. **David A. Jaques and Andrew Davenport.** Serum β 2-M as a predictor of residual kidney function in peritoneal dialysis patients. Journal of Nephrology 2021; 34(2), p. 473-481.
5. **Yamagata K. Semin Dial Kaneko S.** Hemodialysis-related amyloidosis: Is it still relevant? 2018; p. 31(6):612-618.
6. **Abediankenari S, Sedighi O, Omranifar B, Nephrourol Mon.** Association between plasma β 2-M level and cardiac performance in patients with chronic kidney disease 2014; (7(1):e23563).

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHẨN THƯƠNG GAN TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115 TP. HỒ CHÍ MINH

Đặng Vĩnh Hiệp¹, Phạm Thị Oanh²

TÓM TẮT

Mở đầu: Chụp cắt lớp vi tính là phương pháp ngày càng được áp dụng rộng rãi ở Việt Nam. Về chấn thương gan, CLVT khẳng định được vai trò quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng điều trị. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân chấn thương gan tại Bệnh viện Nhân dân 115. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương gan do chấn thương bụng kín được chụp CLVT và điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân 115, từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2018. **Kết quả:** Qua nghiên cứu trên 51 bệnh nhân bị chấn thương gan, tại bệnh viện Nhân Dân 115, trong đó nam 70,6%; nữ 29,4%; tuổi trung bình $33,65 \pm 14,17$; TNGT chiếm 82,4%. Đặc điểm chấn thương gan trên cắt lớp vi tính: Độ III gặp nhiều nhất 33,3%; độ II: 25,5%; độ IV 19,9%; độ V: 17,6%. Dịch tự do trong ổ bụng là dấu gặp nhiều nhất 92,1%. 137 lượt hạ phân thủy bị tổn thương, trong đó hạ phân thủy VI, VII, VIII có tỉ lệ tổn thương tương đương (58,8-64,7%). Tổn thương gan trái có mức chấn thương nặng từ độ IV-V. Đối chiếu hình thái tổn thương gan với phân loại mức độ theo AAST, tỷ lệ rách gan: 7,8%; dập gan: 35,3%; rách - dập: 56,9%, trong đó độ V có tỉ lệ dập - rách gan cao nhất với 88,9%. Dấu hiệu tụ máu dưới bao gan 19,6%; tụ máu trong nhu mô 13,7%; thoát chất cản quang 11,8%; thoát chất tĩnh mạch 7,8%. Tổn thương tạng phối hợp 39,2%. **Kết luận:** Chụp CLVT có cản quang giúp xác định vị trí, phân độ tổn thương gan và các chấn thương liên quan một cách chính xác, cung cấp những thông tin quan trọng hỗ trợ trong quá

trình điều trị. **Từ khóa:** chấn thương bụng kín, chấn thương gan, dịch ổ bụng, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

RESEARCH FOR COMPUTER TOMOGRAPHY FEATURES OF HEPATIC TRAUMA AT 115 PEOPLE'S HOSPITAL OF HO CHI MINH CITY

Introduction: Computer tomography becoming to widen in Vietnam. From a hepatic trauma perspective, using CT confirms an important role in diagnostic and treatment's prediction. **Purpose:** Research for computer tomography features of hepatic trauma at 115 People's Hospital of Ho Chi Minh City. **Subjects and Method:** cross-sectional - retrospective study in 51 patients who admitted to 115 people's hospital from 01/2017 to 12/2018 with hepatic blunt, they were performed a computer tomography and treatment. **Results:** Through research on 51 patients with hepatic trauma at the People's Hospital 115, there are of 70.6% male; women 29.4%; Mean age 33.65 ± 14.17 ; traffic accidents caused represent 82.4%. Characteristics of hepatic injury on CT: grade III is the most common in 33.3%; Tier II in 25.5%; grade IV in 19.9%; Grade V in 17.6%. The presence of abdominal effusion is the most common sign in 92.1% of the case. There are 137 subsegments with damaged, among which subsegments VI, VII, and VIII had similar injury rates (58.8-64.7%). The left liver injuries have a severe injury level from level IV to level V. Comparing the morphology of liver injuries with the AAST classification, liver laceration rate in 7.8%; Liver contusion in 35.3%; laceration: 56.9%, of which grade V has the highest liver laceration rate at 88.9%. Signs of subcapsule hematoma was in 19.6%; parenchymal hematoma were in 13.7%; contrast leakage 11.8%; venous drainage 7.8%. Combined abdominal organic associated damage 39.2%. **Conclusion:** Contrast-enhanced CT helps to accurately determine the location and degree of trauma liver lesion, finding abdominal organ

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Đa khoa Hoàn Hảo Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Vĩnh Hiệp

Email: hiepdv@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024