

ương phụ thuộc chủ yếu vào đặc điểm khối u (kích thước, số lượng, phân loại FIGO 2018) và tình trạng huyết học trước mổ, trong khi tuổi và tiền sử sản khoa ít ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn đường mổ. Tỷ lệ soi buồng tử cung cho u dưới niêm mạc đạt tới 92,4%, phản ánh sự ứng dụng rộng rãi và hiệu quả của kỹ thuật này tại Việt Nam. Đáng chú ý, vẫn còn 26% bệnh nhân FIGO 2–5 được phẫu thuật nội soi ổ bụng, cho thấy xu hướng mở rộng chỉ định ở những trung tâm có kinh nghiệm và trang thiết bị hiện đại. Những phát hiện này nhấn mạnh rằng phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị u xơ cơ tử cung tại Việt Nam đang ngày càng được triển khai an toàn và hiệu quả, đồng thời phù hợp với xu hướng điều trị toàn cầu.

V. KẾT LUẬN

Lựa chọn phương pháp phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung phụ thuộc chủ yếu vào tình trạng thiếu máu, kích thước, số lượng và vị trí khối u theo FIGO 2018. Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi nói chung chiếm tỉ lệ 41,1% các can thiệp phẫu thuật u xơ ở tử cung, đặc biệt là nhóm có kích thước khối u nhỏ hơn 4cm. Kết quả nghiên cứu khẳng định vai trò ngày càng mở rộng của các kỹ thuật ít xâm lấn, đặc biệt là soi buồng tử cung và nội soi ổ bụng, bên cạnh mổ mở vẫn giữ vị trí quan trọng trong những trường hợp u lớn và nhiều nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang Z, Chen Y, Lu D, Chen W, Deng X. Comparison of laparoscopic myomectomy and open myomectomy for uterine fibroids: Efficacy and safety. *Current Problems in Surgery*. 2025; 71: 101855. doi:10.1016/j.cpsurg.2025. 101855
2. Gobern JM, Rosemeyer CJ, Barter JF, Steren AJ. Comparison of Robotic, Laparoscopic, and Abdominal Myomectomy in a Community Hospital. *JSLS*. 2013;17(1): 116-120. doi:10.4293/108680812X13517013317473
3. Rotem R, Jacobowitz Bodner N, Erenberg M, Reicher Y, Yohay Z, Weintraub AY. Clinical characteristic and risk factors for post-operative complications in women undergoing laparoscopy myomectomy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2025;310: 113949. doi:10.1016/j.ejogrb.2025. 113949
4. Myomectomy associated blood transfusion risk and morbidity after surgery | Request PDF. ResearchGate. doi:10.1016/j.fertnstert.2020.02.110
5. Impact of submucous myoma on the severity of anemia | Request PDF. ResearchGate. Published online August 7, 2025. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.01.142
6. Hadisaputra W, Pratama AA. How to manage multiple fibroids in reproductive laparoscopic surgery. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*. 2013;2(4): 110-113. doi:10.1016/j.gmit.2013.07.004
7. Rezk A, Kahn J, Singh M. Fertility Sparing Management in Uterine Fibroids. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed September 21, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574504/>

HIỆU QUẢ LỌC MÁU HẤP PHỤ KẾT HỢP LỌC MÁU LIÊN TỤC TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TUY CẤP NẶNG

Nguyễn Nam Khôi¹, Đỗ Ngọc Sơn², Trần Hữu Thông²,
Bùi Thị Hương Giang¹, Nguyễn Văn Trọng², Bùi Văn Cường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét hiệu quả của kỹ thuật lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục trong cải thiện điểm SOFA và nồng độ cytokin máu ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có chỉ định lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục tại Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 9 năm 2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu quan sát mô tả hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện gồm tất cả bệnh

nhân viêm tụy cấp được thực hiện lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục trong thời gian nghiên cứu; dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án, mẫu bệnh án nghiên cứu và được xử lý bằng SPSS. **Kết quả:** Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu, nam giới chiếm đa số (80%), tuổi trung bình là $46,6 \pm 11,9$. Ở thời điểm trước lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục, bệnh nhân có điểm SOFA trung bình $6,4 \pm 2,9$; áp lực ổ bụng (ALOB-cmH₂O) trung bình $28,8 \pm 4,8$; điểm CTSI $8,0 \pm 1,1$; nồng độ interleukin-6 (IL-6 -pg/mL) trung bình $913,4 \pm 670,9$. Số lần lọc trung bình là $2,37 \pm 0,77$ lần. Các thông số cải thiện rõ rệt với điểm SOFA giảm xuống $4,7 \pm 2,3$; ALOB giảm còn $18,6 \pm 3,6$ cmH₂O, kèm theo xu hướng giảm nồng độ IL-6 máu xuống $141,8 \pm 49,7$ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). **Kết luận:** Lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục giúp cải thiện điểm suy tạng SOFA, cải thiện áp lực ổ bụng, nồng độ IL-6 ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng.

Từ khóa: Viêm tụy cấp nặng, lọc máu hấp phụ, cytokin, interleukin-6.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

Email: sonngocdo@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

SUMMARY**EFFECTIVENESS OF HEMOPERFUSION COMBINED WITH CONTINUOUS RENAL REPLACEMENT THERAPY IN SUPPORTING TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS**

Objective: To assess the effectiveness of hemoperfusion combined with continuous renal replacement therapy (CRRT) in improving SOFA score and serum cytokine levels in patients with severe acute pancreatitis. **Subjects:** Patients with severe acute pancreatitis who were indicated for hemoperfusion combined with CRRT at the Center for Critical Care Medicine – Bach Mai Hospital from August 2024 to September 2025. **Methods:** A retrospective descriptive observational study included all patients with severe acute pancreatitis who treated hemoperfusion combined with CRRT during the study period, data were collected from medical records and case report forms and analyzed using SPSS. **Results:** Among the 30 enrolled patients, males accounted for the majority (80%), with a mean age of 46.6 ± 11.9 years. Prior to hemoperfusion combined with CRRT, mean SOFA score was 6.4 ± 2.9 ; mean intra-abdominal pressure (IAP, cmH₂O) was 28.8 ± 4.8 ; mean CTSI was 8.0 ± 1.1 , and mean serum interleukin-6 (IL-6, pg/mL) level was 913.4 ± 670.9 . Average number of hemoperfusion was 2.37 ± 0.77 times per patient. Clinical parameters improved significantly, with SOFA score decreased to 4.7 ± 2.3 ; IAP reduced to 18.6 ± 3.6 cmH₂O, accompanied by a statistically significant reduction in serum IL-6 levels to 141.8 ± 49.7 pg/mL ($p < 0.01$). **Conclusion:** Hemoperfusion combined with CRRT contributes to significant improvement in organ dysfunction (SOFA score), intra-abdominal pressure, and IL-6 levels in patients with severe acute pancreatitis.

Keywords: Severe acute pancreatitis, hemoperfusion, cytokin, interleukin-6.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là tình trạng tổn thương tụy cấp tính do hoạt hóa men tụy ngay bên trong tuyến gây ra hoại tử tổ chức tụy. Về cơ chế bệnh sinh trong viêm tụy cấp, vai trò trung tâm thuộc về các chất trung gian viêm. Khi tổ chức tụy hoại tử do bất cứ nguyên nhân nào, tổ chức tổn thương sẽ giải phóng các chất trung gian viêm vào trong máu trong đó có nhiều cytokin như IL-1, IL-6, IL-8, TNF α ... các chất này lại tiếp tục gây ra và làm tăng thêm các phản ứng viêm không chỉ tại tổ chức tụy mà còn cả các cơ quan khác như tim mạch, phổi, gan, thận. Trong viêm tụy cấp nặng, các cytokin sẽ được tạo ra rất nhanh và nhiều trong vòng 1 tuần đầu tiên từ khi khởi phát bệnh tạo ra "cơn bão cytokin" [1]. Trong những năm gần đây, một số phương pháp hỗ trợ điều trị nhằm vào cơ chế làm giảm bớt nồng độ cytokin trong cơ thể bệnh nhân viêm tụy cấp nặng đã được chứng minh hiệu quả. Lọc máu

liên tục tĩnh mạch – tĩnh mạch (CVVH) đã được chứng minh có khả năng loại bỏ các cytokin, cắt được vòng xoắn gây suy đa tạng, làm giảm có ý nghĩa điểm SOFA và tỷ lệ tử vong [2]. Gần đây, theo một nghiên cứu tại Trung Quốc năm 2012, Lu-yi Liu và cộng sự chứng minh rằng trong bệnh cảnh suy đa tạng, lọc máu hấp phụ (LMHP) bằng quả lọc với chất hấp phụ resin kết hợp với CVVH là giảm được các cytokin một cách có ý nghĩa so với việc chỉ lọc CVVH đơn thuần [3]. Mục tiêu của nghiên cứu này là: *Đánh giá hiệu quả áp dụng kỹ thuật lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục trong hỗ trợ điều trị viêm tụy cấp nặng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu****Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp nặng theo Atlanta sửa đổi 2012 và được thực hiện kỹ thuật lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân viêm tụy cấp do nguyên nhân ngoại khoa, có bệnh lý ung thư tụy
- Bệnh nhân phụ nữ có thai

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Nghiên cứu thực hiện chọn mẫu thuận tiện không xác suất: tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp tiến hành**a. Chuẩn bị phương tiện**

- Bệnh án nghiên cứu, phương tiện lọc máu (bộ catheter 2 nồng tĩnh mạch cỡ 12F, quả lọc MG350, quả lọc máu liên tục M100 và dịch thay thế)
- Máy lọc máu Prismax và máy khí máu, máy monitor GE.
- Máy xét nghiệm huyết học, sinh hoá tại các khoa cận lâm sàng.

b. Các bước tiến hành nghiên cứu

Chọn bệnh nhân vào nghiên cứu: Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy cấp nặng theo Atlanta sửa đổi 2012 và được thực hiện kỹ thuật lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục.

Thu thập số liệu vào bệnh án nghiên cứu: Đặc điểm chung, số lần lọc máu hấp phụ, thay đổi điểm SOFA, thay đổi ALOB, thay đổi nồng độ IL-6 máu.

2.2.4. Các thời điểm nghiên cứu. Trước và sau mỗi lần áp dụng kỹ thuật lọc máu hấp phụ.

2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

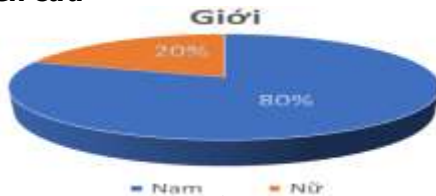
- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, số lần lọc máu hấp phụ.
- Hiệu quả áp dụng kỹ thuật lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục
 - + Thay đổi điểm SOFA, áp lực ổ bụng.
 - + Thay đổi số lượng bạch cầu máu, nồng độ IL-6 máu.

2.4. Phân tích, xử lý số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS. Kiểm định biến chuẩn bằng test Kolmogorov. Các biến chuẩn được mô tả dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến không tuân theo quy luật chuẩn được mô tả dưới dạng trung vị và IQR hoặc đồ thị Box-plot. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.5. Vấn đề về đạo đức trong nghiên cứu. Đề tài được thông qua hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai. Tất cả các bệnh nhân được giải thích về mục đích, nội dung của nghiên cứu. Khi bệnh nhân và gia đình đồng ý mới đưa vào nghiên cứu. Các thông tin, kết quả về bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối chỉ nhằm mục đích nghiên cứu và phục vụ điều trị bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



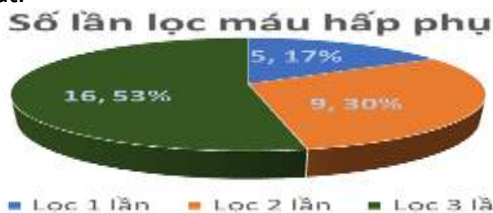
Biểu đồ 3.1: Đặc điểm giới tính của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Nam giới cao hơn so với nữ giới.



Biểu đồ 3.2: Đặc điểm nhóm tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Nhóm tuổi 40–49 chiếm tỷ lệ cao nhất.



Biểu đồ 3.3: Đặc điểm số lần lọc trung bình

nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Tổng số lần lọc máu hấp phụ là 71 lần, số lần lọc trung bình là $2,37 \pm 0,765$.

3.2. Đặc điểm chung bệnh nhân trước khi lọc máu hấp phụ

Bảng 3.1: Đặc điểm mức độ nặng của bệnh nhân trước lọc máu hấp phụ

STT	Các giá trị	X $\pm$ SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
1	SOFA	6,4 $\pm$ 2,9	2	12
2	ALOB (cmH2O)	25,8 $\pm$ 4,8	18	37
3	CTSI	8,0 $\pm$ 1,1	6	10

Nhận xét: Các bệnh nhân đều được chẩn đoán viêm tụy cấp mức độ nặng có suy đa tạng và áp lực ổ bụng tăng cao ngay từ khi vào HSTC.

Bảng 3.2: Đặc điểm chỉ số viêm của bệnh nhân trước lọc máu hấp phụ

STT	Các giá trị	X $\pm$ SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
1	IL-6 (pg/mL)	913,4 $\pm$ 670,9	266,6	2576,0
2	LDH (U/L)	678,8 $\pm$ 474,1	59,0	2151,0
3	Pro-calcitonin (ng/mL)	17,0 $\pm$ 20,3	1,1	76,5

Nhận xét: Các bệnh nhân đều có nồng độ IL-6, LDH và PCT tăng cao khi nhập HSTC

3.3. Đặc điểm về thay đổi chỉ số đại diện chức năng tạng

3.3.1. Thay đổi về điểm SOFA

Bảng 3.3: Thay đổi điểm SOFA sau nhập viện 24h, 48h, 72h, 96h

	Thời điểm				
	T1 (trước lọc)	T2 (sau 24h)	T3 (sau 48h)	T4 (sau 72h)	T5 (sau 96h)
X $\pm$ SD	6,4 $\pm$ 2,9	6,0 $\pm$ 2,5	4,7 $\pm$ 2,3	3,8 $\pm$ 2,2	3,1 $\pm$ 1,7
Min-Max	2-12	2-11	2-11	1-9	1-9
Median	6,00	5,5	4,0	3,0	3,0
IQR	5,3	4,3	2,5	3,0	2,0
p		0,085	<0,001	<0,001	<0,001

Nhận xét: Điểm SOFA giảm có ý nghĩa thống kê ở thời điểm T3, T4, T5 bằng kiểm định Wilcoxon ($p < 0,01$)

3.2.2. Thay đổi về ALOB

Bảng 3.4: Thay đổi ALOB sau nhập viện 24h, 48h

	Thời điểm		
	T1	T2	T3
X $\pm$ SD	25,8 $\pm$ 4,8	22,4 $\pm$ 4,5	18,6 $\pm$ 3,6
Min - Max	18 - 37	11 - 33	12 - 29
p		<0,001	<0,001

Nhận xét: ALOB giảm có ý nghĩa thống kê ở thời điểm T2, T3 bằng kiểm định T-Test ($p < 0,01$).

3.4. Thay đổi chỉ số viêm

3.4.1. Thay đổi về bạch cầu máu**Bảng 3.5: Thay đổi bạch cầu máu sau nhập viện 24h, 48h, 72h, 96h**

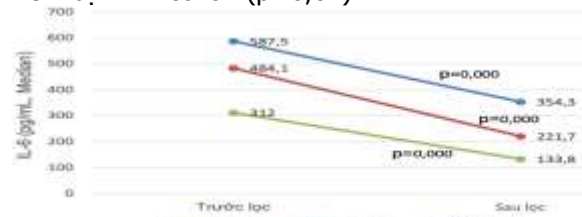
BC (G/L)	Thời điểm				
	T1 (trước lọc)	T2 (sau 24h)	T3 (sau 48h)	T4 (sau 72h)	T5 (sau 96h)
X $\pm$ SD	11,3 $\pm$ 5,4	11,1 $\pm$ 4,9	10,0 $\pm$ 3,4	10,5 $\pm$ 3,3	10,2 $\pm$ 2,3
Min - Max	2-12	2-11	2-11	1-9	1-9
Median	9,8	10,6	10,1	10,8	10,1
IQR	7,2	5,8	4,6	6,3	2,4
p		0,75	0,15	0,393	0,545

Nhận xét: Không có sự khác biệt về lượng bạch cầu ở các thời điểm bằng kiểm định Wilcoxon (p > 0,05).

3.4.2. Thay đổi về nồng độ IL-6 máu**Bảng 3.6: Thay đổi nồng độ IL-6 sau mỗi lần lọc máu hấp phụ**

IL-6 (pg/mL)	Lần lọc 1 (n=30)		Lần lọc 2 (n=25)		Lần lọc 3 (n=16)	
	Trước lọc	Sau lọc	Trước lọc	Sau lọc	Trước lọc	Sau lọc
X $\pm$ SD	913,4 $\pm$ 670,9	567,5 $\pm$ 501,9	647,3 $\pm$ 524,4	479,9 $\pm$ 690,5	343,4 $\pm$ 121,7	141,8 $\pm$ 49,7
Min - Max	266,6- 2576	36,5- 1886	255- 2569	29,9- 3292,2	177,8- 576	54- 221
Median	587,5	354,3	484,1	221,7	312	133,8
IQR	1051,2	780,1	511,2	328,5	216	78,7
p	<0,001		0,169		<0,001	

Nhận xét: Interleukin- 6 trong huyết thanh giảm có ý nghĩa thống kê sau các lần lọc bằng kiểm định Wilcoxon (p<0,01).

**Biểu đồ 3.7: Thay đổi nồng độ IL-6 sau mỗi lần lọc máu hấp phụ**

Nhận xét: Interleukin- 6 trong huyết thanh giảm có ý nghĩa thống kê sau các lần lọc bằng kiểm định Wilcoxon (p<0,01).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Trong nhóm nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân, độ tuổi trung bình vào khoảng 46 $\pm$ 11,9 tuổi, cho thấy nhóm đối tượng phần lớn là người lao động. Tỷ lệ nam giới chiếm đa số (80%). Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Hà Mạnh Hùng là 74,1% [4], Nguyễn Thanh Tú là 87,5% [5] ở nam giới có độ tuổi trung bình 44,4 $\pm$ 2,2. Điều này có thể lý giải rằng ở Việt Nam đàn ông uống rượu nhiều hơn phụ nữ, vì vậy, viêm tụy chủ yếu ở nam giới.

4.2. Đặc điểm bệnh nhân trước khi lọc máu hấp phụ. Trong nghiên cứu này, kết quả điểm SOFA trung bình là 6,6 $\pm$ 2,9 tương đương với nghiên cứu của Hà Mạnh Hùng và Nguyễn Thanh Tú với kết quả lần lượt là 5,9 $\pm$ 2,9 và 6,3 $\pm$ 3,8.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh

nhân đều có tăng áp lực ổ bụng trung bình là 25,8 $\pm$ 4,8 (cmH₂O) cao hơn so với nghiên cứu của Hà Mạnh Hùng và Nguyễn Thanh Tú với kết quả trung bình lần lượt là 22,4 $\pm$ 4,8 và 18,5 $\pm$ 4,9 cmH₂O.

Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng để chẩn đoán viêm tụy cấp là phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, bên cạnh đó có giá trị trong tiên lượng. Theo tác giả Balthazar E.J và Ranson J.H.C dựa vào mức độ tổn thương tụy trên cắt lớp vi tính chia thành 4 mức độ: A, B, C, D và bệnh nhân ở mức độ D,E là viêm tụy cấp nặng và có tỷ lệ tử vong cao[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân viêm tụy cấp có mức độ tổn thương là Balthazar E với điểm CTSI trung bình 8,0 $\pm$ 1,1; đây là nhóm có tiên lượng nặng và nguy cơ cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân có nồng độ IL-6 huyết thanh trung bình là 913,4 $\pm$ 670,9 pg/ml lớn hơn 113,36 pg/ml- là điểm cutoff để tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân viêm tụy cấp theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Xứng [7] với độ nhạy 81,25%; độ đặc hiệu 84,64%. Vì vậy, nếu tiên lượng dựa vào nồng độ IL-6 lúc vào viện thì nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đều có tiên lượng nặng và nguy cơ tử vong cao.

4.3. Thay đổi chỉ số chức năng tạng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, áp lực ổ bụng giảm có ý nghĩa thống kê từ thời điểm T2 (trong 24h từ khi vào viện) và tiếp tục giảm qua các thời điểm lọc máu hấp phụ sau đó. Điều này được lý giải do 2 nguyên nhân. Thứ nhất là hầu như các bệnh nhân đều có dịch tự do ổ bụng và

đều được chọc dẫn lưu trong vòng 24 giờ sau vào viện. Thứ hai, cytokin là một chất trung gian chủ chốt trong việc phát triển các biến chứng trong viêm tụy cấp nặng và cytokin là một trong nhiều yếu tố có liên quan đến việc gây tăng ALOB trong viêm tụy cấp. Do đó lọc máu hấp phụ với mục đích chính là loại bỏ các cytokin trong máu cũng góp phần vào giải quyết vòng xoắn bệnh lý của tăng ALOB.

Điểm SOFA của nhóm bệnh nhân cải thiện có ý nghĩa thống kê từ giờ 48 sau lọc máu hấp phụ với $p < 0,01$. Sở dĩ có kết quả trên là theo cơ chế bệnh sinh của VTC thì trong viêm tụy cấp, đặc biệt VTC nặng có sự tăng quá mức của các chất trung gian gây viêm như IL-1, 6, 8; TNF- α và chính các cytokin này đóng vai trò trung gian chủ chốt trong việc phát triển các biến chứng trong VTC nặng, đặc biệt là biến chứng suy đa tạng, là nguyên nhân gây tử vong chủ yếu ở các bệnh nhân VTC. Mà lọc máu hấp phụ đã được chứng minh là lấy bỏ các cytokin có trong lượng phân tử trung bình bằng cơ chế hấp phụ.

Các nghiên cứu quốc tế cũng ghi nhận hiệu quả tương tự. Tại Trung Quốc, tác giả Qing [8], làm nghiên cứu kỹ thuật lọc tách hấp phụ huyết tương liên tục (continuous plasmafiltration adsorption - CPFA) và dùng quả lọc hấp phụ HA-330 ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. Kết luận của nghiên cứu này hấp phụ cytokin bằng quả CytoSorb cho thấy điểm SOFA giảm đáng kể (ngày 5: $-1,8 \pm 2,0$ so với $1 \pm 3,8$, $p = 0,013$) ở nhóm can thiệp.

4.4. Thay đổi về chỉ số viêm. Trong nghiên cứu, diễn biến thay đổi bạch cầu không có sự khác biệt ở các thời điểm. Kết quả này khác với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tú và Hà Mạnh Hùng đều tăng ở các thời điểm.

Nồng độ IL-6 trong máu giảm có ý nghĩa thống kê ngay sau lần lọc máu hấp phụ đầu tiên và giảm rõ rệt sau lần lọc máu hấp phụ thứ 3. Điều này có thể cho thấy lọc máu hấp phụ đã phần nào điều hoà được các phản ứng viêm, giảm nồng độ cytokin trong máu.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Lu-Yi Liu và cộng sự [3], trong đó bệnh nhân được phân ngẫu nhiên vào nhóm điều trị thường quy được hỗ trợ lọc máu hấp phụ quả lọc HA 330 kết hợp với CVVH (nhóm can thiệp) và điều trị thường quy chỉ được hỗ trợ CVVH (nhóm đối chứng). Kết quả nghiên cứu cho thấy cytokin trong máu như TNF- α , IL-1 β , IL-6 giảm rõ rệt sau lọc máu hấp phụ ($p < 0,01$); vào ngày thứ 5, nồng độ TNF- α , IL-1 β và IL-6 trong huyết tương ở nhóm được lọc hấp phụ thấp hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

Theo Xie Hong Lang hay Hà Mạnh Hùng, lọc máu liên tục tĩnh mạch - tĩnh mạch (CVVH) cho bệnh nhân viêm tụy cấp nặng làm giảm đáng kể nồng độ IL-6 máu có ý nghĩa. Có thể thấy rằng, lọc máu liên tục thông qua cơ chế siêu lọc và 1 một phần tác dụng hấp phụ cũng làm giảm được nồng độ các cytokin. Cho thấy nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại hạn chế hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Tú khi không thu thập nhóm chứng bệnh nhân trong quá trình điều trị viêm tụy cấp nặng chỉ lọc máu liên tục bằng quả lọc M100 trên máy Prismaflex. Ở nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Tú có 13 bệnh nhân được lọc máu liên tục bằng quả lọc M100 trên máy Prismaflex nên để làm rõ hơn tác dụng hấp phụ của màng lọc HA330, đã phân tích diễn biến của nồng độ IL-6 huyết thanh ở nhóm bệnh nhân chỉ cần lọc máu hấp phụ.

V. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng trong giai đoạn đầu, kỹ thuật lọc máu hấp phụ bằng kỹ thuật lọc máu liên tục kết hợp với lọc máu hấp phụ giúp làm giảm được đáng kể nồng độ Interleukin-6 trong máu và làm giảm được biến chứng suy đa tạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rohit Makhia and Andrew N. Kinsnorth** (2002). Cytokine storm in acute pancreatitis. J. Hepatobiliary Pancreatitis Surg: 9: 10.
2. **Wang H, Li W.-O, Zhou W., et al** (2003). Clinical effects of continuous highvolume hemofiltration on severe acute pancreatitis complicated with multiple organ dysfunction syndrome. World J Gastroenterol; 9(9): 2096-2099.
3. **Liu L, Zhu Y., Li X., et al** (2012). Blood hemoperfusion with resin adsorption combined continuous veno-venous hemofiltration for patients with multiple organ dysfunction syndrome. World J Emerg Med: 3(1): 44-48.
4. **Hà Mạnh Hùng** (2010). Đánh giá hiệu quả của biện pháp lọc máu tĩnh mạch tĩnh mạch liên tục trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp nặng. Tạp chí y học Việt Nam; 367: 40
5. **Nguyễn Thanh Tú** (2019). Áp dụng kỹ thuật lọc máu hấp phụ bằng màng lọc resin (HA330) ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. Tạp chí y học Việt Nam; 482: 70.
6. **Balthazar E.J., Robinson D.L., Megibow A.J., Ranson J.H.C** (1990). Acute pancreatitis: value of CT in Establishing Prognosis. Radiology; 174: 331- 336.
7. **Nguyễn Văn Xứng, Trần Văn Huy** (2014). Nghiên cứu nồng độ interleukin 6 và protein phản ứng C trong dự báo mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp. Tạp chí Y dược học; 24:29
8. **Qing-hua W* and Feng W** (2019). Effect of Coupled Plasma Filtration Adsorption on Inflammatory Mediators and Liver Function of Patients with Severe Acute Pancreatitis. Int J Surg Open Access; 2:111.

KẾT QUẢ TÁN SỎI NGOÀI CƠ THỂ TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN 1/3 DƯỚI TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HIỆP HOÀ

Vũ Huy Long¹, Trần Đức Quý², Vũ Văn Khuê³

TÓM TẮT

Sỏi niệu quản 1/3 dưới là bệnh lý thường gặp, có thể gây ra biến chứng ứ nước, ứ mủ thận và tổn thương chức năng thận nếu không được điều trị kịp thời. Tán sỏi ngoài cơ thể điều trị sỏi niệu quản 1/3 dưới là phương pháp điều trị không xâm lấn được lựa chọn nhờ tính hiệu quả cao, ít biến chứng, thời gian hồi phục nhanh và ít tổn kém. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả tán sỏi ngoài cơ thể điều trị sỏi niệu quản 1/3 dưới bằng máy HD.ESWL – 109 Kingkong tại trung tâm y tế Hiệp Hoà. **Đối tượng & phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không đối chứng. 126 bệnh nhân được tán sỏi ngoài cơ thể điều trị sỏi niệu quản 1/3 dưới từ 06/2024 - 06 năm 2025. Đánh giá kết quả sạch sỏi dựa trên X-quang KUB và siêu âm tại thời điểm 3 tuần sau can thiệp. **Kết quả:** Tuổi trung bình $47,13 \pm 12,5$; nam 65,9% và nữ 34,1%. Tiền sử điều trị sỏi tiết niệu trước tán 25%. Lâm sàng: đái buốt 77,8%, cơn đau quặn thận 54%, đau thắt lưng 47,6% và đái máu 26,2%. Siêu âm: Thận giãn độ I: 42,1%; Sỏi niệu quản trái: 64,3%; Sỏi một viên: 98,4%; Kích thước sỏi <10 mm: 88,9%. Kết quả tán một lần sạch sỏi 87,3%; sót sỏi 12,7%. Biến chứng đái máu sau tán sỏi 12,7%, cơn đau quặn thận 13,5%. **Kết luận:** Tán sỏi ngoài cơ thể điều trị sỏi niệu quản 1/3 dưới là phương pháp có tính hiệu quả và an toàn. **Từ khóa:** Tán sỏi ngoài cơ thể, sỏi niệu quản, sỏi niệu quản đoạn xa

SUMMARY

RESULTS OF EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY (ESWL) FOR LOWER THIRD URETERAL STONE AT HIEP HOA MEDICAL CENTER

Ureteral stones in the lower third are common conditions that can cause complications such as hydronephrosis, pyonephrosis, and impaired renal function if not treated promptly. Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) for treating lower third ureteral stones is a preferred non-invasive treatment method due to its high effectiveness, low complication rate, rapid recovery time, and cost efficiency. **Objective:** To evaluate the outcome of ESWL treatment for lower third ureteral stones using the HD.ESWL – 109 Kingkong machine at Hiep Hoa Medical Center. **Subjects & Methods:** This is a clinical interventional, non-controlled study. A total of

126 patients with lower third ureteral stones were treated with ESWL between June 2024 and June 2025. Stone clearance was assessed by KUB X-ray and ultrasound 4 weeks after the intervention. **Results:** The mean age was 47.13 ± 12.5 years; 65.9% were male and 34.1% female. Twenty-five percent had a history of urinary stone treatment before lithotripsy. Clinical symptoms included dysuria in 77.8%, renal colic in 54%, lumbar pain in 47.6%, and hematuria in 26.2%. Ultrasound showed grade I hydronephrosis in 42.1%, left ureteral stones in 64.3%, single stone in 98.4%, and stone size <10 mm in 88.9%. The single-session stone-free rate was 87.3%, with 12.7% residual stones. Complications included hematuria after lithotripsy in 12.7% and renal colic in 13.5%. **Conclusion:** ESWL for lower third ureteral stones is an effective and safe treatment method.

Keywords: Extracorporeal shock wave lithotripsy, ureteral stone, distal ureteral stone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi niệu quản 1/3 dưới cũng như ở vị trí khác của niệu quản đều gây ra những biến chứng nguy hiểm như ứ nước, ứ mủ thận, nặng nề nhất là thận mất chức năng. Điều trị sỏi niệu quản có nhiều phương pháp, điều trị nội khoa đến các thủ thuật xâm lấn tối thiểu; trong đó phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể bằng sóng xung kích (ESWL) là phương pháp điều trị không xâm lấn được lựa chọn nhờ tính hiệu quả cao, ít biến chứng, thời gian hồi phục nhanh và ít tổn kém.

Trung tâm y tế Hiệp Hòa được trang bị máy tán sỏi ngoài cơ thể thế HD.ESWL – 109 Kingkong của hãng Shenzhen Hyde Medical Equipment. Từ 6/2024 - 6/2025 chúng tôi đã tán ngoài cơ thể cho 126 bệnh nhân sỏi niệu quản 1/3 dưới. Vậy kết quả tán sỏi ngoài cơ thể cho 126 bệnh nhân sỏi niệu quản 1/3 dưới như thế nào?. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả tán sỏi ngoài cơ thể điều trị sỏi niệu quản 1/3 dưới bằng máy HD.ESWL – 109 Kingkong tại trung tâm y tế Hiệp Hoà.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 126 BN chẩn đoán sỏi niệu quản đoạn 1/3 dưới điều trị bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể tại Trung tâm y tế Hiệp Hòa, từ 6/2024 – 6/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

Đường kính sỏi ≤ 15 mm.

Chức năng thận bình thường hoặc có suy thận mức độ nhẹ.

Không có nhiễm khuẩn tiết niệu hoặc nhiễm

¹Trung tâm Y tế Hiệp Hoà

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

³Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Huy Long

Email: longvh86@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025