

thuận với RET-He (Sắt $r=0.28, p<0.05$), (TSAT $r=0.165, p<0.05$), nồng độ sắt huyết thanh có mối tỷ lệ nghịch với thời gian TNT với $r=-0.01$ và $p<0.05$, Nồng độ ferritin có mối tương quan thuận với số năm TNT với $p<0.05$, mỗi tương quan thuận với $r=0.126$, Nồng độ ferritin có mối tương quan thuận với nồng độ creatinin với $r=0.269$, với $p<0.05$, nồng độ ferritin có mối liên quan nghịch với nồng độ transferrin với $p<0.05$, $r=-0.315$, nồng độ sắt huyết thanh có mối tương quan thuận với các yếu tố creatinin: $r=0.172$, protein: $r=0.148$, albumin: $r=0.255$. Nồng độ sắt huyết thanh trung bình của nhóm có Albumin trên 35g/l (15.43 ± 5.4) lớn hơn nhóm dưới 35 g/l (12.34 ± 6.19) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p<0.05$, TSAT khác nhau giữa 2 nhóm phân loại albumin, nhóm có nồng độ albumin cao hơn 35g/l có TSAT cao hơn nhóm nồng độ albumin dưới 35g/l ý nghĩa thống kê $p<0.05$. TSAT có mối tương quan tỷ lệ thuận với nồng độ albumin máu $p<0.05, r=0.287$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Kim Dung.** Bệnh thận mạn tính. Bệnh

- thận. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2008, tr. 312-329.
2. **Hà Hoàng Kiệm.** Bệnh thận mạn tính. Bệnh học nội khoa. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, 2008, Tập 1: 316, tr.319-320, tr. 329-330.
3. **Nguyễn Văn Xang.** Điều trị thay thế thận suy bằng thận nhân tạo. Điều trị học nội khoa. s.l.: Đại học y Hà Nội, 2008, pp. Tập 2: 310-319.
4. **Gérard M London.** Cardiovascular Calcifications in Uremic patients: Clinical Impact on Cardiovascular function. 2003, J Am Soc Nephrol, No 14; S305 – S309
5. **Nguyễn Hữu Dũng** (2008). Đánh giá tình trạng thiếu máu và thiếu sắt ở bệnh nhân TNT chu kỳ tại khoa Thận nhân tạo Bệnh viện Bạch mai. Đề tài cơ sở.
6. **Lê Việt Thắng và Nguyễn Văn Hùng** (2011). Nghiên cứu sự thay đổi nồng độ sắt, ferritin huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính TNT chu kỳ. Y học thực hành, 5, tr.167-170.
7. **Rafi A, Karkar A và Abdelrahman M** (2007). Monitoring iron status in end-stage renal disease patients on hemodialysis. Saudi journal of kidney disease and transplantation, Vol.18, No.1, p.73-8.
8. **Nguyễn Phương Thảo** (2014). Đánh giá tình trạng dự trữ sắt qua xét nghiệm sắt và ferritin huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Chuyên ngành nội khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA LỌC MÁU LIÊN TỤC VỚI QUẢ LỌC OXIRIS TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP NẶNG TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Phạm Thị Trà Giang¹, Trương Vinh Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục với quả lọc Oxiris trong điều trị viêm tụy cấp nặng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp tiến cứu, được thực hiện trên 27 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, được điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2024 - 9/2025. **Kết quả nghiên cứu:** trong 27 bệnh nhân viêm tụy cấp, không có bệnh nhân tử vong, sau lọc máu, IL-6 giảm mạnh từ 623 xuống 64 pg/mL bạch cầu giảm từ 14,8 xuống 9,2 G/L, nhịp thở giảm từ $31,3 \pm 4,5$ xuống $18,2 \pm 3,6$, điểm APACHE II giảm từ $14,3 \pm 3,9$ xuống $9,8 \pm 1,8$.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF CONTINUOUS RENAL REPLACEMENT THERAPY USING THE OXIRIS HEMOFILTER

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Trà Giang

Email: trangiangpham76@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

IN THE MANAGEMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS AT THANH NHAN HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and laboratory characteristics of patients with severe acute pancreatitis (SAP), and to evaluate the effectiveness of continuous renal replacement therapy (CRRT) using the Oxiris hemofilter in the management of SAP. **Methods:** A prospective interventional study was conducted on 27 patients diagnosed with severe acute pancreatitis who received treatment at Thanh Nhan Hospital from January 2024 to September 2025. **Results:** Among the 27 patients included in the study, no mortality was recorded. Following CRRT with the Oxiris filter, serum IL-6 levels markedly decreased from 623 to 64 pg/mL; leukocyte counts decreased from 14.8 to 9.2 G/L. Respiratory rate improved significantly from 31.3 ± 4.5 to 18.2 ± 3.6 breaths per minute. The APACHE II score was also reduced from 14.3 ± 3.9 to 9.8 ± 1.8 after treatment.

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 hủy hoại tổ chức tụy, diễn biến phức tạp từ mức độ nhẹ chỉ với biểu hiện tại chỗ cho tới mức độ nặng với biểu hiện suy đa tạng có tỷ lệ tử vong cao. Ở Mỹ, tỷ lệ mắc bệnh hằng năm

là 13-45/ 100000 người, trong số đó 25% bệnh tiến triển thành viêm tụy cấp nặng [1]. 60% số tử vong do viêm tụy cấp xảy ra trong 6 ngày đầu khởi bệnh do tiến triển thành viêm tụy cấp nặng kèm theo suy đa tạng [1]. Tại Việt Nam, gần đây tỷ lệ mắc viêm tụy cấp này có xu hướng gia tăng, đồng thời tăng cả tỷ lệ viêm tụy cấp nặng gây ra nhiều biến chứng nặng, kéo dài thời gian điều trị, tăng tỷ lệ tử vong.

Trong những năm gần đây, một số phương pháp lọc máu với mục đích loại bỏ các chất trung gian viêm, điều hòa miễn dịch đã được chứng minh hiệu quả trong hỗ trợ điều trị bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. Lọc máu liên tục tĩnh mạch – tĩnh mạch (CVVH) với quả lọc Oxiris đã được chứng minh có khả năng loại bỏ các cytokine, cắt được vòng xoắn gây suy đa tạng, làm giảm có ý nghĩa điểm SOFA và tỷ lệ tử vong [2]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy cấp nặng
2. Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục với quả lọc Oxiris trong điều trị viêm tụy cấp nặng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng gồm 27 bệnh nhân được chẩn đoán Viêm tụy cấp nặng được điều trị tại khoa Cấp cứu và khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 1/2024 – 09/2024

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp mức độ theo tiêu chuẩn chẩn đoán Atlanta sửa đổi năm 2012: Có ít nhất 2/3 dấu hiệu sau:
 - Đau bụng, điển hình là cơn đau vùng trên rốn xuất hiện đột ngột, dữ dội, lan ra sau lưng.
 - Lipase hoặc amylase tăng từ 3 lần ngưỡng trên của giới hạn bình thường.
 - Triệu chứng điển hình trên phim cắt lớp hoặc cộng hưởng từ hoặc siêu âm.
- Điểm APACHE II ≥ 8

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: - VTC thứ phát sau sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng
- Không nâng được huyết áp trung bình lên trên 65 mmHg mặc dù đã truyền đủ dịch và thuốc vận mạch

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau không đối chứng
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện
- Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 20

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Tổng số 27 bệnh nhân nghiên cứu, trong đó 27 bệnh nhân sống sót, không có bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	20	74,1
	Nữ	7	25,9
Tuổi ($X \pm SD$)		48,1 $\pm$ 10,1	
Tiền sử bệnh	Lạm dụng rượu	8	29,6
	Sỏi mật	2	7,4
	Rối loạn Lipid máu	13	48,2
	Chưa phát hiện bệnh lý liên quan	4	14,8
Triệu chứng cơ năng	Đau bụng trên rốn	27	100
	Buồn nôn và nôn	13	48,1
	Bí trung đại tiện	8	29,6
	Sốt	6	22,2
Áp lực ổ bụng	Không có tăng áp lực ổ bụng	0	0
	Độ I	2	7,4
	Độ II	17	63,0
	Độ III	8	29,6
	Độ IV	0	0
Mạch (lần/phút)	≥ 100	19	70,4
	< 100	8	29,6
Nhịp thở (lần/phút)	≥ 20	24	88,9
	< 20	3	11,1
Huyết áp tâm thu (mmHg)	≥ 90	25	92,6
	< 90	2	7,4

Nhận xét: - Viêm tụy cấp chủ yếu gặp ở nam giới với tỷ lệ 74,1%

- Nhóm bệnh nhân có tiền sử rối loạn Lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,2%

- Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng đau bụng trên rốn.

- Phần lớn bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng độ II và độ II với tỷ lệ lần lượt là 63,0% và 29,6%

- Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có mạch nhanh, nhịp thở nhanh với tỷ lệ lần lượt là 70,4%, 88,9%

Bảng 3.2. Các thang điểm tiên lượng tại thời điểm nhập viện

		n	%
Ranson	≥ 3	19	70,4
	< 3	8	29,6
Imrie	≥ 3	22	81,4
	< 3	5	18,6
BISAP	≥ 3	25	92,6
	< 3	2	7,4
APACHE II ($X \pm SD$)		14,3 $\pm$ 3,9	

Nhận xét: - Điểm APACHE II trung bình khi nhập viện là $14,3 \pm 3,9$

- Hầu hết các bệnh nhân có tiên lượng nặng với các thang điểm Ranson, Imrie, BISAP

Bảng 3.3. Xét nghiệm amylase, Lipase khi nhập viện

		n	%
Amylase	<80	2	7,4
	80-240	5	18,5
	≥ 240	20	74,1
Lipase	<60	0	0
	60-180	2	7,4
	≥ 180	25	92,6

Nhận xét: - Có 7 bệnh nhân, chiếm 25,9% bệnh nhân nghiên cứu có nồng độ amylase dưới 3 lần ngưỡng bình thường, trong đó 2 bệnh nhân có nồng độ amylase bình thường

Bảng 3.5. Sự thay đổi các dấu hiệu sinh tồn

Dấu hiệu sinh tồn	T0	T1	T2	T3	p
Mạch (Lần/phút)	$123,7 \pm 7,8$	$114,7 \pm 6,9$	$108,4 \pm 7,3$	$101,2 \pm 6,8$	$>0,05$
Nhịp thở (Lần/phút)	$31,3 \pm 4,5$	$28,3 \pm 4,2$	$24,1 \pm 3,7$	$18,2 \pm 3,6$	$<0,05$
Huyết áp tâm thu (mmHg)	115 ± 13	105 ± 12	107 ± 17	118 ± 23	$>0,05$

Nhận xét: - Nhịp thở giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

- Mạch, huyết áp tâm thu thay đổi không có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.6. Sự thay đổi áp lực ổ bụng, điểm APACHE II

Dấu hiệu sinh tồn	T0	T1	T2	T3	p
Áp lực ổ bụng (mmHg)	$25,6 \pm 2,3$	$22,4 \pm 3,2$	$21,2 \pm 2,8$	$18,3 \pm 3,4$	$>0,05$
Điểm APACHE II	$14,3 \pm 3,9$	$13,2 \pm 3,2$	$11,1 \pm 2,8$	$9,8 \pm 1,8$	$>0,05$

Nhận xét: - Áp lực ổ bụng giảm không có ý nghĩa thống kê.

- Điểm APACHE II giảm từ $14,3 \pm 3,9$ xuống $9,8 \pm 1,8$, không có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.7. Sự thay đổi các chỉ số viêm

Chỉ số viêm	T0	T1	T2	T3	p
Bạch cầu (G/L)	$14,8 \pm 3,5$	$12,3 \pm 3,2$	$10,9 \pm 2,8$	$9,2 \pm 2,4$	$>0,05$
CRP (mg/L)	156 ± 45	132 ± 23	173 ± 57	163 ± 43	$>0,05$
Interleukin-6 (pg/mL)	623 ± 90	178 ± 47	110 ± 23	64 ± 17	$<0,05$

Nhận xét: - Nồng độ Interleukin-6 giảm có ý nghĩa thống kê theo thời gian

- Nồng độ CRP máu, bạch cầu giảm không có ý nghĩa thống kê theo thời gian

Bảng 3.8. Một số biến chứng gặp phải trong quá trình lọc máu

	Số lần lọc	Số lần có biến chứng	Tỷ lệ (%)
Tụt huyết áp	55	0	0
Giảm tiểu cầu	55	11	20,0
Giảm fibrinogen	55	0	0
Hạ thân nhiệt	55	0	0
Hạ Kali máu	55	0	0
Phản vệ	55	0	0

Nhận xét: Biến chứng hay gặp nhất trong nghiên cứu là giảm tiểu cầu với tỷ lệ 30,9%

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 1/2024 – 9/2025,

- Không có bệnh nhân có nồng độ lipase bình thường, 2 bệnh nhân chiếm 7,4% bệnh nhân có nồng độ lipase dưới 3 lần ngưỡng bình thường

Bảng 3.4. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

Thang điểm Balthazar	n	%
A	0	0
B	0	0
C	1	3,7
D	5	18,5
E	21	77,8

Nhận xét: Theo phân loại Balthazar trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính, 21 bệnh nhân chiếm 77,8% ở mức E, không có bệnh nhân phân loại mức A, B

3.2. Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục với quả lọc Oxiris trong điều trị viêm tụy cấp nặng

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 27 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng tại khoa Cấp cứu và khoa Hồi sức tích cực – bệnh viện Thanh Nhàn, trong đó, không có bệnh nhân tử vong

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân viêm tụy cấp nặng (VTCN) là nam giới (74,1%). Tỷ lệ này tương đồng với các công bố trong nước và quốc tế: Nguyễn Anh Tuấn (2022). Sự chiếm ưu thế của nam giới có thể liên quan đến tần suất sử dụng rượu, hút thuốc và rối loạn lipid máu cao hơn, đây đều là các yếu tố nguy cơ quan trọng của viêm tụy cấp nặng. Đặc thù văn hoá – xã hội tại Việt Nam, nơi nam giới sử dụng rượu bia nhiều hơn, cũng góp phần giải thích tỷ lệ nam cao hơn so với các nước châu Âu – Mỹ.

Về phân bố tuổi, phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm 41–60 tuổi (74%). Kết quả này tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn (2022) với tỷ lệ 68,3% bệnh nhân trong nhóm 40–59

tuổi [3]. Ở các quốc gia phương Tây, tuổi khởi phát thường cao hơn (50–70 tuổi) do nguyên nhân thường gặp là sỏi mật, liên quan đến dân số già và thói quen ăn uống giàu chất béo bão hòa [4]. Sự khác biệt này phản ánh vai trò nổi trội của rượu và tăng triglycerid máu tại các quốc gia châu Á, khiến bệnh xuất hiện sớm hơn.

Rối loạn lipid máu là tiền sử phổ biến nhất (48,2%), theo sau là lạm dụng rượu (29,6%) và sỏi mật (7,4%). Cơ cấu này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn (2022) (33,3% rối loạn lipid; 38,9% rượu) [3]. Ngược lại, tại Âu – Mỹ, sỏi mật là yếu tố chiếm ưu thế (40–50%), trong khi rối loạn lipid chỉ 15–20% [4]. Điều này phản ánh sự khác biệt về chế độ ăn, lối sống và yếu tố di truyền liên quan chuyển hóa lipid ở người châu Á (thiếu hụt LPL, apoC-II...).

Tỷ lệ rối loạn lipid máu và lạm dụng rượu cao trong nghiên cứu phù hợp với đặc điểm tuổi và giới tính của nhóm bệnh nhân, đồng thời giải thích xu hướng VTCN ngày càng liên quan đến yếu tố chuyển hóa tại Việt Nam.

Đau bụng thượng vị xuất hiện ở 100% bệnh nhân, phù hợp với mô tả kinh điển và các báo cáo trước đây: 96,7% theo Nguyễn Anh Tuấn [3] và >90% theo Forsmark [4]. Buồn nôn và nôn gặp ở 48,1%, tương đương các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Tỷ lệ bí trung đại tiện (29,6%) cho thấy mức độ liệt ruột trong bối cảnh viêm nặng, phù hợp với các tác giả khác (23–26%).

Tỷ lệ mạch nhanh (70,4%) và nhịp thở nhanh (88,9%) phản ánh tình trạng SIRS và giảm thể tích tuần hoàn – đặc trưng của viêm tụy cấp nặng giai đoạn sớm. Các giá trị này tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Đức Tuấn [3]. Chỉ 7,4% bệnh nhân có huyết áp thấp, cho thấy đa số chưa tiến triển đến sốc tại thời điểm nhập viện.

Tất cả bệnh nhân đều có tăng áp lực ổ bụng (IAH), chủ yếu độ II (63%) và độ III (29,6%). Điều này gần tương tự báo cáo của Nguyễn Tài Thu (31% độ II, 31% độ III) [5]. Tăng áp lực ổ bụng trong viêm tụy cấp nặng liên quan phù tụy, dịch ổ bụng, liệt ruột, và hồi sức dịch liều cao. Tăng áp lực ổ bụng không được kiểm soát có thể gây suy thận, tăng áp lực lồng ngực, giảm cung lượng tim và tiến triển thành hội chứng khoang bụng.

Điểm APACHE II trung bình $14,3 \pm 3,9$ vượt xa ngưỡng nặng theo AGA (≥ 8), khẳng định mức độ nặng của mẫu nghiên cứu. Các thang Ranson (70,4%), Imrie (81,4%) và BISAP (92,6%) đều dự báo mức độ nặng với tỷ lệ cao. Kết quả này tương tự tác giả Mounzer [6]

Mặc dù amylase thường được xem là dấu ấn

quan trọng trong chẩn đoán, 25,9% bệnh nhân trong nghiên cứu có amylase < 3 lần giới hạn trên – phù hợp với quan sát của Đỗ Đình Công (22,5%). Lipase ít bị ảnh hưởng bởi triglycerid máu, nên có độ nhạy tốt hơn với chỉ 7,4% tăng < 3 lần.

Phân loại Balthazar E chiếm 77,8% và Balthazar D chiếm 18,5%, tương tự các nghiên cứu tại Bạch Mai (66,5% Balthazar E) [3]. Điều này xác nhận mức độ tổn thương tại tụy và mô quanh tụy ở giai đoạn nặng.

Bạch cầu, CRP, PCT và IL-6 đều tăng đáng kể, phản ánh tình trạng viêm hệ thống và/hoặc nhiễm khuẩn sớm. IL-6 tăng mạnh cho thấy vai trò trung tâm của cytokine này trong “bão cytokine” của viêm tụy cấp nặng.

Áp lực ổ bụng giảm rõ sau CRRT: giảm 3,2 mmHg sau 24 giờ và 7,3 mmHg sau 72 giờ. Mặc dù khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, xu hướng giảm phù hợp cơ chế tác dụng của oXiris: hấp phụ cytokine, giảm phù mô kẽ, cải thiện cân bằng dịch và chức năng thận.

Điểm APACHE II giảm từ $14,3 \pm 3,9$ xuống $9,8 \pm 1,8$. Tương tự nghiên cứu của tác giả Đinh Văn Trung, điểm APACHE II giảm từ 15,2 xuống 8,2 sau 3 ngày lọc máu liên tục [7]. Tuy nhiên sự giảm này chưa có ý nghĩa thống kê, điều này có thể do cỡ mẫu hạn chế, thời gian theo dõi ngắn (3 ngày), và bản chất APACHE II phản ánh tình trạng tạng, vốn cần thời gian dài hơn để cải thiện. Theo tác giả Saullo P., điểm APACHE II giảm rõ rệt từ 23 xuống 8 ở ngày thứ 28 sau lọc máu liên tục [2]

Nhịp thở giảm có ý nghĩa thống kê, phản ánh cải thiện toan chuyển hóa, giảm tổn thương phổi và giảm nhu cầu tăng thông khí bù trừ. Ngược lại, nhịp tim và huyết áp ít thay đổi do chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố khác ngoài CRRT.

IL-6 giảm mạnh từ 623 pg/mL (T0) xuống 64 pg/mL (T3), tương đương mức giảm ~90%. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Paolina Saulo (2024) [6], khẳng định hiệu quả hấp phụ cytokine của màng oXiris. CRP và bạch cầu không giảm đáng kể, có thể do thời gian bán thải dài của CRP và phản ứng viêm tại tụy vẫn tiếp diễn.

Biến chứng thường gặp nhất là giảm tiểu cầu (30,9%), liên quan đến tiêu thụ do viêm nặng, DIC bán cấp, HIT hoặc tương tác giữa máu và màng lọc. Không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng như tắc catheter, tụt huyết áp hoặc rối loạn điện giải nặng.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu 27 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng tại khoa Cấp cứu, khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Thanh Nhàn từ 1/2024 –

09/2024, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 48,1 ± 10,1, nam giới chiếm tỷ lệ 74,1%. Đau bụng thượng vị xuất hiện ở 100% bệnh nhân, buồn nôn/nôn 48,1%, bí trung đại tiện 29,6%, sốt 22,2%. Các rối loạn sinh tồn phổ biến gồm: mạch nhanh ≥ 100 lần/phút (70,4%), nhịp thở nhanh (88,9%), một số ít có tụt huyết áp (7,4%). APACHE II trung bình 14,3, BISAP ≥ 3 ở 92,6%, Ranson ≥ 3 ở 70,4%, Imrie ≥ 3 ở 81,4%. Hình ảnh CT cho thấy 77,8% bệnh nhân ở mức Balthazar E. IL-6 giảm mạnh từ 623 xuống 64 pg/mL (≈ 90%), bạch cầu giảm từ 14,8 xuống 9,2 G/L. Nhịp thở giảm có ý nghĩa thống kê từ 31,3 ± 4,5 xuống 18,2 ± 3,6. Điểm APACHE II từ 14,3 ± 3,9 xuống 9,8 ± 1,8, nhưng không có ý nghĩa thống kê. Nhịp tim và huyết áp cải thiện từ từ, phản ánh hồi phục huyết động và giảm phản ứng viêm. Biến chứng hay gặp nhất là giảm tiểu cầu (30,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yadav D. and Lowenfels A.B** (2013). The Epidemiology of Pancreatitis and Pancreatic

- Cancer. *Gastroenterology*, 144(6), 1252–1261.
2. **Saullo P, Caronna R, Angelici AM, Rinaldi V, Liberatori G, Mingoli A, Chirletti P.** Value of continuous hemofiltration in patients with severe acute pancreatitis at onset: single-centre experience on 48 patients. *J Clin Med*. 2025 Sep 21;14(18):6647.
3. **Nguyễn Anh Tuấn.** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp nặng theo phân độ CTSI tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 521(2):45–52.
4. **Forsmark CE, Vege SS, Wilcox CM.** Acute Pancreatitis. *N Engl J Med*. 2016;375(20):1972–1981.
5. **Nguyễn Tài Thu.** Nghiên cứu giá trị tiên lượng tử vong của chỉ số áp lực ổ bụng (IAP) ở bệnh nhân hồi sức. *Tạp chí y dược lâm sàng* 108. 2020;15(8):44–48.
6. **Mounzer R, Langmead CJ, Wu BU, et al.** Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE-II, and CTSI in predicting organ failure and mortality in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(3):435–444.
7. **Đinh Văn Trung, Phạm Thị Thanh Mai.** Đánh giá hiệu quả của biện pháp lọc máu liên tục trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp nặng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;523(2):56–59.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHỐNG ĐÔNG MÀNG LỌC CỦA ENOXAPARIN TRONG LỌC MÁU NGẮT QUĂNG TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thị Thanh Thủy¹, Phạm Huy Khánh¹, Nguyễn Thị Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chống đông màng lọc của Enoxaparin trong lọc máu ngắt quãng tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Thanh Nhàn từ T3/2025 đến T9/2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp tiến cứu trên 41 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu có chỉ định lọc máu ngắt quãng tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 3 năm 2025 đến tháng 9 năm 2025. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu có 41 bệnh nhân, trong đó có 25 nam (61%), 16 nữ (39%), bệnh nhân trong nhóm chủ yếu có chỉ định lọc máu ngắt quãng là phù phổi cấp ở bệnh nhân suy thận (51%), toàn chuyển hóa không đáp ứng nội khoa (24%), hội chứng ure huyết (12%)... Tuổi trung bình 65,3 ± 16,6, nam: 66,4 ± 18,5, nữ: 54,2 ± 12,8, p=0,451. Sự thay đổi Ure trước – sau lọc: 25,7 ± 12,1 vs 15,5 ± 8,1, p=0,0318; sự thay đổi Creatinin trước – sau lọc: 361,12 ± 85,12 vs

202,8 ± 22,2, p=0,0273; sự thay đổi Kali trước – sau lọc: 5,6 ± 1,5 vs 3,6 ± 0,4, p=0,0392. Sự thay đổi tiểu cầu trước – sau lọc không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê p > 0,05. Các chỉ số TMP, Filter drop tăng dần theo thời gian IHD đây là một diễn biến bình thường trong khi tiến hành IHD nhưng TMP vẫn trong giới hạn báo động cài đặt, 25/130 lần IHD (19,2%) có anti Xa < 0,4 IU/ml nhưng chỉ có 2 trường hợp có biểu hiện tắc màng TMP cao mà không xử lý được. Trước tiêm enoxaparin: 128/135 lần IHD (94,8%) có anti Xa < 0,4 IU/ml; sau tiêm enoxaparin 1 giờ: 25/130 lần IHD (19,2%) có anti Xa < 0,4 IU/ml. 80/130 lần IHD (61,6%) có anti Xa 0,4 - 1,2 IU/ml. 25/130 lần IHD (19,2%) có anti Xa > 1,2 IU/ml; sau IHD: 4/128 số lần IHD (3,1 %) có anti Xa > 1,2 IU/ml nằm ngoài tác dụng chống đông mong muốn nhưng không thấy hiện tượng chảy máu và mất máu. **Kết luận:** Hiệu quả chống đông màng khi sử dụng phác đồ enoxaparin trong thay HT đạt 98,5% (133/135)

Từ khóa: lọc máu ngắt quãng, catheter, suy thận, phù phổi cấp, ngộ độc, ure huyết.

SUMMARY

EVALUATION OF ENOXAPARIN'S ANTI-COAGULATION RESULTS IN INTERMITTENT HEMODIALYSIS AT THE

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Thủy

Email: nguyenthuyhstn@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025