

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 QUẲNG 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

INTENSIVE CARE UNIT DEPARTMENT OF THANH NHAN HOSPITAL

Background: To evaluate the anticoagulation results of Enoxaparin filter membrane in intermittent hemodialysis at the Intensive Care Unit of Thanh Nhan Hospital from March 2025 to September 2025. **Method:** Prospective intervention study on 41 patients admitted to the study with indications for intermittent hemodialysis at the Intensive Care Unit of Thanh Nhan Hospital from March 2025 to September 2025. **Results:** The study group had 41 patients, including 25 men (61%), 16 women (39%), patients in the group mainly had indications for intermittent hemodialysis such as acute pulmonary edema in patients with renal failure (51%), metabolic acidosis not responding to internal medicine (24%), uremic syndrome (12%)... Average age 65.3 ± 16.6 , men: 66.4 ± 18.5 , women: 54.2 ± 12.8 , $p=0.451$. Change in Urea before - after dialysis: 25.7 ± 12.1 vs 15.5 ± 8.1 , $p=0.0318$; Creatinine change before - after filtration: 361.12 ± 85.12 vs 202.8 ± 22.2 , $p=0.0273$; Potassium change before - after filtration: 5.6 ± 1.5 vs 3.6 ± 0.4 , $p=0.0392$. Platelet change before - after filtration has no statistical significance $p > 0.05$. TMP and Filter drop indexes gradually increase over IHD time. This is a normal development during IHD but TMP is still within the set alarm limit. 25/130 IHD times (19.2%) have anti Xa < 0.4 IU/ml but only 2 cases have high TMP membrane obstruction that cannot be treated. Before enoxaparin injection: 128/135 IHD times (94.8%) have anti Xa < 0.4 IU/ml; 1 hour after enoxaparin injection: 25/130 IHD sessions (19.2%) had anti-Xa < 0.4 IU/ml. 80/130 IHD sessions (61.6%) had anti-Xa $0.4 - 1.2$ IU/ml. 25/130 IHD sessions (19.2%) had anti-Xa > 1.2 IU/ml; after IHD: 4/128 IHD sessions (3.1%) had anti-Xa > 1.2 IU/ml, which was beyond the desired anticoagulant effect, but no bleeding or blood loss was observed. **Conclusion:** The effectiveness of membrane anticoagulation when using the enoxaparin regimen in HT replacement reached 98.5% (133/135). **Keywords:** intermittent hemodialysis, catheter, renal failure, acute pulmonary edema, poisoning, uremia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lọc máu ngắt quãng (Intermittent haemodialysis - IHD) là phương pháp lọc máu bên ngoài cơ thể bằng máy nhằm điều trị bệnh suy thận giai đoạn cuối, suy thận cấp hoặc ngộ độc. [1]

Heparin không phân đoạn vẫn là thuốc chống đông được sử dụng phổ biến ở tất cả các nước vì giá rẻ, tuy nhiên có nguy cơ chảy máu kể cả với heparin liều thấp. [5]

Heparin trọng lượng phân tử thấp (LMW heparin) là sản phẩm từ việc depolymer hoá heparin thông thường để được phân tử lượng khoảng 5.000 dalton. Tác dụng cũng như heparin trọng lượng phân tử lớn, nhưng heparin trọng lượng phân tử thấp chủ yếu ức chế yếu tố Xa. Ngoài ra heparin trọng lượng phân tử thấp

còn ức chế một số yếu tố khác và gắn với antithrombin III làm tăng tác dụng của antithrombin III trên thrombin nhưng tác dụng trên thrombin và các yếu tố đông máu khác kém hơn heparin thông thường. Theo dõi và chỉnh liều của heparin TLPTT bằng cách định lượng yếu tố anti-Xa và duy trì từ 0,4 đến 1,2 IU/ml. Sự thanh thải của heparin trọng lượng phân tử thấp không phụ thuộc liều như heparin thông thường, thời gian bán thải chậm hơn và sự thải trừ chủ yếu qua thận. Heparin trọng lượng phân tử thấp ít gây biến chứng chảy máu hơn và cũng ít làm giảm tiểu cầu hơn. [2][3]

Ở nước ngoài có các nghiên cứu của Guillet B(2003), Klingel R(2004), Vareseangthip K(2011) ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối cần lọc máu chu kỳ sử dụng Lovenox với các liều khác nhau cho kết quả rất khả quan [1][3][4].

Ở Việt Nam đã có những nghiên cứu sử dụng chống đông Enoxaparin trong lọc máu hấp phụ resin và trong CVVH, thay huyết tương, nhưng chưa có nghiên cứu sử dụng chống đông Enoxaparin trong lọc máu ngắt quãng.

Hiệu quả chống đông và các tác dụng phụ của enoxaparin trong lọc máu ngắt quãng chưa được đánh giá.

Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài với 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 Nhân".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

Các bệnh nhân có chỉ định lọc máu ngắt quãng tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 3/2025 đến tháng 9/2025 có chỉ định dùng Enoxaparin chống đông cho kỹ thuật lọc máu ngắt quãng:

- Phù phổi cấp ở bệnh nhân suy thận mạn
- Hội chứng Ure huyết
- Tăng kali máu có rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy thận.
- Toan chuyển hóa không đáp ứng nội khoa
- Vô niệu
- Na > 160 or < 110 ở bệnh nhân suy thận không đáp ứng nội khoa
- Một số trường hợp ngộ độc (Phenolbarbital, gardenal, methanol ...)
- BN thuộc nhóm không có nguy cơ chảy máu: TC $> 150 \times 109/L$ và APTT < 40 giây và INR $< 1,5$
- BN thuộc nhóm nguy cơ thấp $60 < TC < 150 \times 109/L$ và $40 < APTT < 60$ giây và $1,5 < INR < 2,5$.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đang có tình trạng xuất (xuất huyết não, tiêu hóa, các tình trạng chảy máu khác...)
- Mới phẫu thuật trong vòng 24 giờ hoặc có chảy máu nặng trong vòng 48 giờ

2.2. Phương pháp nghiên cứu**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

- Nghiên cứu can thiệp tiến cứu
- Cỡ mẫu 41 bệnh nhân.
- Địa điểm: Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Thanh Nhàn
- Thời gian: 3/2025 – 9/2025

2.2.2. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu được tiến hành can thiệp và theo dõi theo 6 bước. Được hướng dẫn theo quy trình kỹ thuật thận nhân tạo theo hướng dẫn bộ y tế.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Các thời điểm nghiên cứu: T0 – ngay trước lọc, T1 – sau vào lọc 1h, T2 – ngay sau lọc IHD.
- Tuổi, giới, tiền sử bệnh, mạch, huyết áp trung bình, thời gian lọc máu, ure, crea, kali, tiểu cầu, đông máu, anti-Xa
- Nguy cơ tắc màng.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Quy trình nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo khoa phòng, người nhà bệnh nhân và nghiên cứu mục đích nâng cao sức khỏe cộng đồng, quá trình nghiên cứu không ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Trong nghiên cứu này có 41 bệnh nhân trong đó có 25 bệnh nhân nam (61%), 16 bệnh nhân nữ (39%)

Bảng 1: Đặc điểm các thông số IHD

Thông số	N=41
Số lần IHD (lần)	3,4 ± 2 (1 - 5)
Tốc độ máu (ml/phút)	180,5 ± 20,5 (160 - 220)
Thời gian TB một lần IHD (h)	4.2 ± 2,2 (3 - 5)

Nhận xét: Số lần IHD trung bình là 3,4 ± 2 lần, nhiều nhất là 5 lần, ít nhất 1 lần, thời gian IHD dài nhất là 5h, thời gian IHD ngắn nhất là 3h.

Bảng 2: Đặc điểm về chỉ định IHD

Chỉ định	Tỉ lệ %
Phù phổi cấp ở bệnh nhân suy thận mạn	51
Hội chứng Ure huyết	12
Toan chuyển hóa không đáp ứng nội khoa	24
Tăng kali máu có rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy thận	5

Ngộ độc methanol	5
Na >160 or <110 ở bệnh nhân suy thận không đáp ứng nội khoa	3

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu chỉ định IHD nhiều nhất là phù phổi cấp ở bệnh nhân suy thận mạn.

3.2. Các thay đổi liên quan IHD**Bảng 3. Thay đổi Ure, Creatinin và Glucose trong quá trình IHD**

	Trước IHD	Sau IHD	P (Kiểm định dấu hạng Wilcoxon)
	TB ± SD	TB ± SD	
Ure (mmol/l) (n=181)	25,7 ± 12,1	15,5 ± 8,1	0,0318
Glucose (mmol/l) (n=181)	7,1 ± 2,4	7,4 ± 2	0,0609
Creatinin (μmol/l) (n=181)	361,12 ± 85,12	202,8 ± 22,2	0,0273

Nhận xét: Các chỉ số ure, creatinin trước và sau IHD thay đổi có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

Bảng 4. Thay đổi Natri, Kali và Canxi trong IHD

Nồng độ	Trước IHD	Sau IHD	P (T test ghép cặp)
	TB ± SD	TB ± SD	
Natri (mmol/l) (n=178)	138,4 ± 4	134,7 ± 4,1	0,0894
Kali (mmol/l) (n=178)	5,6 ± 1,5	3,6 ± 0,4	0,0392
Canxi (mmol/l) (n=97)	2,0 ± 0,8	1.8 ± 0,5	0,0991

Nhận xét: Nồng độ Kali trước và sau IHD thay đổi có ý nghĩa thống kê với p <0,05

Bảng 5. Thay đổi chỉ số tiểu cầu giữa các lần IHD

Tiểu cầu (G/L)	n	T0	T2	p (T test ghép cặp: T0-T2)
		TB ± SD	TB ± SD	
IHD 1	41	278,51 ± 91,13	278,39 ± 91,24	0,2297
IHD 2	39	242,59 ± 70,48	242,51 ± 70,35	0,5386
IHD 3	35	249,11 ± 78,39	249,06 ± 78,44	0,7206
IHD 4	25	253,64 ± 100,53	253,44 ± 100,77	0,3273
IHD 5	19	264,63 ± 106,88	264,84 ± 106,66	0,3306

Nhận xét: trong quá trình IHD, tiểu cầu giảm nhẹ nhưng không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05)

3.3. Hiệu quả chống đông của Enoxaparin**Bảng 6. Hiệu quả chống đông của enoxaparin theo nồng độ anti-Xa**

Nồng độ Anti Xa	T0		T1		T2	
	n	%	n	%	n	%
Chung của nhóm nghiên cứu (n=135)						
<0,4 UI/ml	128	94,8	25	19,2	90	70,3
0,4 -1,2 UI/ml	7	5,2	80	61,6	34	13,5
>1,2 UI/ml	0	0,0	25	19,2	4	3,1

Nhận xét: - Chung cho nhóm nghiên cứu

+ Trước tiêm enoxaparin: 128/135 lần IHD (94,8 %) có anti Xa < 0,4UI/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 trên xét nghiệm.

Bảng 7. Diễn biến nồng độ anti Xa tại các thời điểm IHD

Nồng độ Anti Xa	T0		T1		T2	
	n	%	n	%	n	%
<0,4 IU/ml	128	94,8	25	19,2	90	70,3
0,4-1,2 IU/ml	7	5,2	80	61,6	34	13,5
>1,2 IU/ml	0	0	25	19,2	4	3,1
Tổng	135	100	130	100	128	100
Nồng độ Anti Xa ở nhóm >1,2 IU/ml (TB±SD)	0		1,62±0,47		0,63±0,45	

Nhận xét: - Thời điểm T1 có 25/130 lần IHD (19,2%) có anti Xa >1,2 IU/ml

- Thời điểm T2 chỉ còn 4/128 lần IHD (3,1%) có anti Xa >1,2 IU/ml.

- 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.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 3 - 2025 đến tháng 9 - 2025, chúng tôi đã tiến hành IHD cho tổng số 41 bệnh nhân với tổng số lần IHD 135 với tuổi trung bình 65 cao nhất là 81 tuổi, thấp nhất là 35 tuổi được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhàn.

Trong số 41 bệnh nhân nghiên cứu có 25 nam chiếm tỉ lệ 61%, 16 nữ chiếm tỉ lệ 39%, không có sự khác biệt giữa tỉ lệ nam và nữ ($p>0,05$) kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Công Tấn [6] nam chiếm 62,1%, nữ chiếm 37,9%, cũng tương tự nghiên cứu của Ngô Trung Hải [7] tỉ lệ nam chiếm 62,5%, nữ chiếm 37,5%.

Chỉ định IHD trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là phù phổi cấp ở bệnh nhân suy thận chiếm 51%, tăng kali máu gây rối loạn nhịp tim:

5%, toan chuyển hóa không đáp ứng nội khoa: 24%, hội chứng ure huyết chiếm: 12%, Ngộ độc methanol chiếm 5%, rối loạn điện giải Natri chiếm 3%.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, các chất có trọng lượng phân tử nhỏ trước lọc là: creatinin $361,12 \pm 85,12 \mu\text{mol/l}$; ure $25,7 \pm 12,1 \text{ mmol/l}$; kết quả sau lọc là: creatinin $202,8 \pm 22,2 \mu\text{mol/l}$; ure $15,5 \pm 8,1 \text{ mmol/l}$ các chỉ số trước và sau IHD có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Các thay đổi về Natri, Kali, Canxi máu tại các thời điểm xét nghiệm trước (Natri $138,4 \pm 4 \text{ mmol/l}$; Kali $5,6 \pm 1,5 \text{ mmol/l}$; Canxi $2,0 \pm 0,8 \text{ mmol/l}$) và ngay sau thay huyết tương (Natri $134,7 \pm 4,1 \text{ mmol/l}$; Kali $3,6 \pm 0,4 \text{ mmol/l}$; Canxi $1,8 \pm 0,5 \text{ mmol/l}$) với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), Kali thay đổi có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

Tiểu cầu trước và sau IHD của quá trình điều trị không có sự khác biệt, trước lọc là $278,51 \pm 91,13 \text{ G/l}$, sau lần lọc thứ 6 là $272,91 \pm 77,13 \text{ G/l}$. Sự giảm này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này giống với nghiên cứu của Nguyễn Công Tấn [6] và Ngô Tung Hải [7] khi dùng Heparin và Citrat. Kết quả của Saltissi D [2]: tiểu cầu trước và sau lọc máu (trước lọc là $108,2 \pm 89,3 \text{ G/l}$ và sau lọc là $95,7 \pm 84,9 \text{ xG/l}$), của Vareesangthip K [3] là $141,84 \pm 49,59 \text{ G/l}$ và $122,14 \pm 27,30 \text{ G/l}$

Trong nghiên cứu của chúng tôi, xét nghiệm anti-Xa trước tiêm enoxaparin, sau tiêm 1 giờ, ngay sau kết thúc IHD. Kết quả của nghiên cứu cho thấy: với tất cả các lần IHD, nồng độ anti-Xa 1 giờ sau tiêm là cao nhất so với nồng độ anti-Xa ngay sau kết thúc IHD. Nồng độ anti-Xa sau tiêm 1 giờ $0,78 \pm 0,48 \text{ (IU/ml)}$, ngay sau khi kết thúc IHD $0,35 \pm 0,28 \text{ (IU/ml)}$, trước khi tiêm $0,13 \pm 0,12 \text{ (UI/ml)}$, sự khác biệt giữa các thời điểm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), kết quả nghiên cứu của chúng tôi nồng độ anti Xa trung bình ở các thời điểm tương tự nghiên cứu của Guillet B [4] sau 4 giờ lọc máu liên tục nồng độ anti Xa trung bình là $0,4 \pm 0,19 \text{ UI/ml}$, thấp hơn nghiên cứu của Ngô Trung Hải (2015) nồng độ anti Xa sau tiêm enoxaparin 2 giờ $1,10 \pm 0,550 \text{ IU/L}$ sau 4 giờ là $0,68 \pm 0,370 \text{ UI/ml}$ [7]

V. KẾT LUẬN

- Hiệu quả chống đông màng khi sử dụng phác đồ enoxaparin trong IHD đạt 98,5% (133/135)

- Nồng độ Anti Xa mong muốn từ 0,4-1,2 UI/ml tại thời điểm T1 đạt 61,6% (80/130)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Klingel R, Schwarting A, et al** (2004). Safety and efficacy of single bolus anticoagulation with enoxaparin for chronic hemodialysis. Results of an open-label post-certification study. *Kidney Blood Press*, 27 (4), 211-217.
2. **Saltissi D, Morgan C, et al** (1999). Comparison of low-molecular-weight heparin (enoxaparin sodium) and standard unfractionated heparin for haemodialysis anticoagulation. *Nephrol Dial Transplant*, 14, 2698-2703.
3. **Vareesangthip K, Thitiarchakul S, et al** (2011). Efficacy and safety of enoxaparin during hemodialysis: results from the HENOX study. *J med Assoc Thai*, 94 (1), 21-26.
4. **Guillet B, Simon B, et al** (2003). Pharmacokinetics of the low molecular weight heparin enoxaparin during 48 h after bolus administration as an anticoagulant in haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant*, 18, 2348-2353.
5. **Phạm Duệ, Nguyễn Đàm Chính** (2013). Lọc hấp phụ resin với quả lọc HA230 trong điều trị ngộ độc cấp paraquat. *Tạp chí Y học lâm sàng*, 71, 182-188.
6. **Nguyễn Công Tấn** (2013). Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp thay thế huyết tương trong cấp cứu hội chứng Guillain-Barre', Luận án tiến sĩ y khoa, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
7. **Ngô Trung Hải** (2015). Nghiên cứu kết quả chống đông bằng enoxaparin trong lọc máu hấp phụ resin tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn bác sĩ CK 2, Trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ NÃO MẠCH NÃO CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP HỆ ĐỘNG MẠCH ĐỐT SỐNG THÂN NỀN TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thế Anh¹, Lê Thị Khánh Ly¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ não mạch não của nhồi máu não cấp hệ động mạch sống - nền 2. Nhận xét mối liên quan giữa lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của nhồi máu não cấp hệ động mạch sống - nền. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 30 người bệnh nhồi máu não cấp hệ động mạch đốt sống thân nền điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 9 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 70.2±8.95. Tỷ lệ nam/nữ là 1/2. Cách khởi phát: đột ngột 67%, tiến triển từ từ tăng dần 33%. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là chóng mặt (50%), tiếp theo là buồn nôn và nôn (30%) và đau đầu (23.33%). Trên phim cộng hưởng từ não mạch não, tổn thương nhu mô não nhiều vị trí chiếm 30%, tổn thương đơn thuần 1 vị trí chiếm 70%. Vị trí tổn thương thường gặp nhất là cầu não chiếm 46.67%, tổn thương tiểu não chiếm 10%, đồi thị chiếm 6.67%. Điểm pc-Aspect từ 8-10 chiếm 80%, 0-7 chiếm 20%. Ở nhóm bệnh nhân pc-Aspect 8-10, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân tiên lượng tốt, tỷ lệ tàn tật sau ra viện thấp. Ở nhóm bệnh nhân có điểm pc-Aspect 0-7 điểm thì tình trạng lâm sàng nặng hơn, tỷ lệ tàn tật sau ra viện cao hơn.

Từ khóa: Nhồi máu não, cộng hưởng từ sọ não

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Anh

Email: bstheanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

AND CEREBRAL MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL INFARCTION IN THE VERTEBRATE-BASIAL ARTERY SYSTEM AT THANH NHAN HOSPITAL

Objective: 1. Describe the clinical features and cerebral magnetic resonance imaging of acute cerebral infarction of the vertebrobasilar artery system. 2. Comment on the correlation between clinical features and magnetic resonance imaging of acute cerebral infarction of the vertebrobasilar artery system. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 patients with acute ischemic stroke in the vertebrobasilar arterial system who were treated at Thanh Nhan Hospital from January 2025 to September 2025. **Results:** The mean age of the study group was 62.5 ± 8.95 years. The male-to-female ratio was 1:3. Regarding onset pattern, sudden onset occurred in 67% of cases, while gradual progression accounted for 33%. The most common clinical symptom was vertigo (50%), followed by nausea and vomiting (30%), and headache (23.33%). On MRI brain and vascular imaging, multiple brain parenchymal lesions were observed in 30% of patients, and single-site lesions in 70%. The most common lesion location was the pons (46.67%), followed by the cerebellum (10%) and the thalamus (6.67%). pc-ASPECTS scores ranged from 8–10 in 80% of cases and from 0–7 in 20%. In the group with pc-ASPECTS scores of 8–10, patients had better clinical prognosis and lower rates of disability upon discharge. In contrast, patients with scores of 0–7 had more severe clinical conditions and higher post-discharge disability rates.

Keywords: Ischemic stroke, Magnetic resonance imaging of the brain