

trước đó khiến các tổn thương thường đa dạng và phức tạp, đa số thường do tụ cầu vàng. Điều trị áp xe tuyến vú theo nguyên tắc trích rạch dẫn lưu ổ mủ và kháng sinh. Các yếu tố ảnh hưởng đến thất bại điều trị là kích thước khối áp xe >5cm và tổn thương lan tỏa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Patani N, MacAskill F, Eshelby S, Omar A, Kaura A, Contractor K, Thiruchelvam P, Curtis S, Main J, Cunningham D, Hogben K, Al-Mufti R, Hadjiminias DJ, Leff DR.** Best-practice care pathway for improving management of mastitis and breast abscess. *Br J Surg.* 2018 Nov; 105(12):1615-1622.
2. **Dener C, Inan A.** Breast abscesses in lactating women. *World J Surg.* 2003 Feb;27(2):130-3.
3. **Nguyễn Thị Hồng Nhung.** Nghiên cứu áp xe vú tại Khoa Sản nhiễm khuẩn, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 2 đến 8 năm 2012. Luận văn

tốt nghiệp Bác sỹ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.

4. **Eryilmaz R, Sahin M, Hakan Tekelioglu M, Daldal E.** Management of lactational breast abscesses. *Breast.* 2005 Oct;14(5):375-9. doi: 10.1016/j.breast.2004.12.001. PMID: 16216739.
5. **Gies CS et al.** Clinical experience with aspiration of breast abscesses based on size and etiology at an academic medical center. *J Clin Ultrasound.* 2014, 42 (9), pp.513-521.
6. **Nguyễn Ngọc Trung.** Nhận xét đặc điểm tổn thương và căn nguyên vi khuẩn áp xe vú điều trị tại bệnh viện quân y 103. *Tạp chí y dược học quân sự.* 2014, 180-184, số 9.
7. **Phạm Huỳnh Tuấn Anh.** Điều trị áp xe vú bằng chọc hút mủ kết hợp kháng sinh kháng viêm tại bệnh viện ung bướu TP Hồ Chí Minh. *Tạp chí ung thư Việt Nam.* 2019, 486-489, số 3.
8. **Fazel PA and Owais M. (2012),** Comparison of incision and drainage against needle aspiration for the treatment of breast abscess, *Am Surg,* 78, pp: 1224 – 1227.

TÌM HIỂU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN SUY GAN CẤP

Nguyễn Công Long¹, Hoàng Thị Quỳnh Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu với mục đích nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy gan cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Tổng số 60 bệnh nhân được chẩn đoán suy gan cấp tại Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai được đưa vào nghiên cứu từ tháng 01/2020 đến 7/2021. **Kết quả:** Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu tuổi bệnh nhân từ 21 đến 60 chiếm 68.3%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là mệt mỏi, chán ăn tới 100%, vàng da 86,7%; Các đặc điểm cận lâm sàng, 100% bệnh nhân có tăng enzyme gan alanine aminotransferase (ALT) và aspartate aminotransferase (AST) và giảm albumin trong máu; ngoài ra phần lớn bệnh nhân có biểu hiện rối loạn điện giải như hạ natri máu (78.3%) và hạ kali máu (35%). **Kết luận:** Triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân suy gan cấp là vàng da và tình trạng tăng mạnh các enzyme gan.

Từ khóa: Suy gan cấp, lâm sàng

SUMMARY

EVALUATED ON CLINICAL FEATURE, SUB-CLINICAL OF ACUTE LIVER FAILURE

Objectives: The aim of this study was the

evaluation of clinical features and subclinical of acute liver failure. **Method:** A total of 60 patients were enrolled with acute liver failure from 01/2020 to 7/2021 in Bachmai hospital. **Results:** patients aged 21 to 60 accounted for 68.3%. Common clinical symptoms are fatigue, anorexia accounted for 100%, jaundice accounted for 86.7%; on subclinical, 100% of patients had very high elevation of alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST) and decreased albumin; In addition, the majority of patients had electrolyte disturbances such as hyponatremia (78.3%) and hypokalemia (35%). The mortality rate is still high (75%) with hemorrhagic complications (80%), metabolic disorders (78%). **Conclusion:** The most common symptoms is jaundice and elevated aminotransferase.

Key words: Acute liver failure, clinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy gan cấp (SGC) là một tình trạng bệnh hiểm gặp và nghiêm trọng do hủy hoại tế bào gan một cách nhanh chóng dẫn đến suy chức năng gan từ đó gây nên tổn thương thứ phát đa cơ quan như: bệnh não gan, rối loạn đông máu (INR $\geq 1,5$), hội chứng gan thận, suy đa tạng, nhiễm khuẩn thứ phát, ở những bệnh nhân không có xơ gan hoặc mắc các bệnh gan trước đó[1, 2].

Tại Việt Nam, tỉ lệ ngộ độc cấp nói chung và suy gan do viêm gan nhiễm độc ngày càng gia tăng và tỷ lệ tử vong do SGC còn cao 50 - 90%⁶. Theo niên giám thống kê của Bộ y tế năm 2000

¹Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

²Bệnh viện đa khoa tỉnh Cao Bằng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022

có gần 80 ca ngộ độc/ 100000 dân, khoảng 64000 ca ngộ độc/80 triệu dân/năm. Hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu trên cả nước về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng SGC, do số lượng bệnh nhân để nghiên cứu còn ít, thời gian theo dõi ngắn, các phương tiện chẩn đoán và xử trí còn hạn chế tại các tuyến cơ sở và tuyến trung ương. Vì vậy xác định vai trò của triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng suy gan cấp thực sự là cần thiết và quan trọng trên cơ sở đó, các thầy thuốc lâm sàng có thể có thêm kiến thức và kinh nghiệm để định hướng tác nhân gây bệnh, chẩn đoán và lựa chọn các phương pháp thích hợp để điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng:** 60 bệnh nhân được chẩn đoán suy gan cấp điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2020 đến hết tháng 7/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân. Dựa theo định nghĩa suy gan cấp của Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ - AASLD (2011)

- Lâm sàng: Vàng da
- Hội chứng não gan:

Phân độ não gan được chia làm 4 mức độ theo tác giả West Haven.

- Cận lâm sàng:
- + INR ≥ 1.5

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo giới và nhóm tuổi.

Tuổi	Giới		Chung	
	Nam n = 32 (53,3%)	Nữ n = 28 (46,7%)	n = 60 (100 %)	
Tuổi trung bình (khoảng tuổi)	54 ± 15(24 - 85 tuổi)	53 ± 15(21-85 tuổi)	53 ± 15(21-85 tuổi)	
Phân bố theo nhóm tuổi	21 - 45	8 (13,4)	11(18,3)	19 (31,7)
	46 - 60	14(23,3)	8(13,4)	22 (36,6)
	> 60	10(16,7)	9(15)	19 (31,7)

Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 53 ± 15. Bệnh nhân cao tuổi nhất là 85 tuổi, thấp nhất là 21 tuổi.

Bảng 2: Triệu chứng khởi phát

Triệu chứng	Tần số (n=60)	Tỷ lệ (%)
Mệt mỏi	21	35
Ăn kém	4	6,7
Nôn	5	8,3
Đau vùng gan	8	13,3
Sốt	6	10
Vàng da	13	21,7
Cổ trướng	1	1,7
Tiểu ít	2	3,3

Triệu chứng khởi phát là mệt mỏi 21 Bn chiếm tỷ lệ 35,0%, vàng da 13 BN(21,7%), tiếp theo là những BN đau vùng gan 13,3, sốt (10,0%), nôn (8,3 %), ăn kém (6,7 %), tiểu ít (3,3%).

Bảng 3: Mức độ rối loạn tri giác

- + AST, ALT tăng (≥ 2 lần giá trị bình thường cao)
- + Bilirubin máu tăng (≥ 2lần giá trị bình thường cao), nếu tăng > 250 (µmol/L) chứng tỏ bệnh nặng.

- + Tỷ lệ PT giảm (< 70%)
- + Albumin máu giảm (< 30g/l)
- Trên bệnh nhân không có xơ gan trước đó
- Không có bệnh gan mạn tính (trừ Wilson và HC Budd Chiari)

- Thời gian diễn biến bệnh < 26 tuần
- Chọn bệnh nhân ≥ 18 tuổi trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh xơ gan
- Bệnh gan mạn tính
- Bệnh diễn biến >26 tuần
- Bệnh nhân < 18 tuổi

- **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu và tiền cứu

- Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu
- + Hồi cứu từ 01/2020 đến 7/2020
- + Tiền cứu từ 8/2020 đến 7/2021
- Phương pháp: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, với giá trị p< 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

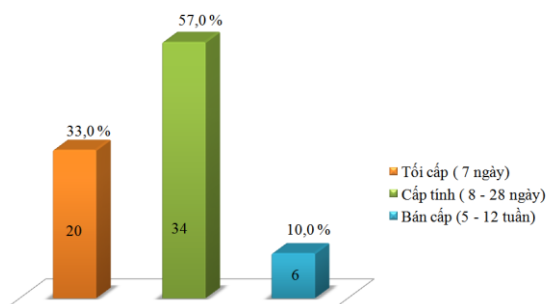
Điểm Glassgow	Tần số n=60	Tỷ lệ %
Bình thường (15 điểm)	5	8,33
Nhẹ (13 - 14 điểm)	9	15,0
Vừa (9 - 12 điểm)	18	30,0
Nặng (≤ 8 điểm)	28	46,7

Đa số bệnh nhân vào viện trong tình trạng có rối loạn tri giác nặng với Glassgow ≤ 8 điểm có 28 Bn chiếm 46,7%.

+ Mức độ vừa (9 - 12 điểm) có 18 BN chiếm tỉ lệ 30,0%

+ Mức độ nhẹ (13 - 14 điểm) có 9 BN chiếm tỉ lệ 15,0%

+ Còn lại với mức độ Glassgow 15 điểm có 5 Bn (8,3%) không có tình trạng rối loạn tri giác.

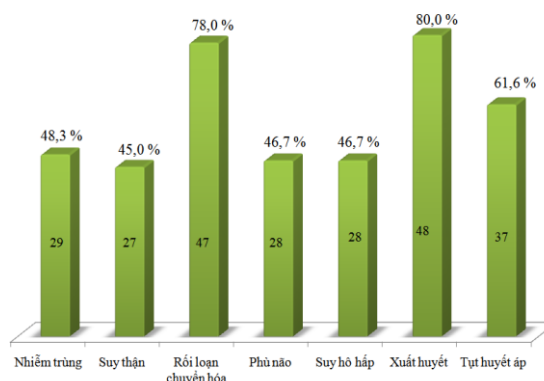


Biểu đồ 1: Phân loại các thể suy gan cấp theo thời gian

- + Thể tối cấp có 20 BN (33,0%)
- + Thể suy gan cấp tính có 34 BN (57,0%)
- + Thể bán cấp có 6 BN (10,0%).

Tất cả các bệnh nhân SGC trong nghiên cứu này đều xuất hiện đồng thời nhiều biến chứng nặng; Trong đó biến chứng thường gặp chiếm tỷ lệ cao nhất là xuất huyết có 48 BN (80,0%), rối loạn chuyển hóa có 47 BN (78,0%), tụt huyết áp

có 37 BN (61,6%); Còn các biến chứng khác ít hơn cũng chiếm một tỷ lệ đáng kể đó là nhiễm trùng, suy thận, suy hô hấp, suy thận gần tương tự nhau (45,0%; 46,6%).



Biểu đồ 2: Biến chứng của suy gan cấp

Bảng 4: Chỉ số AST và ALT

Xét nghiệm		Tần số (n=60)	Tỷ lệ %	Giá trị trung bình
AST (U/L)	37 - 400	22	36,7	803 ± 4998,75
	> 400	38	63,3	
ALT (U/L)	40 - 400	23	38,3	652 ± 2407,89
	> 400	37	61,7	
BilirubinTP (µmol/L)	17- 200	21	35,0	286 ± 125,16
	200 - 600	39	65,0	
Albumin (g/L)	< 35	51	85,0	30,7 ± 5,91
	35 - 52	9	15,0	
Protein (g/L)	< 66	54	90,0	54,2 ± 9,05
	66-87	6	10,0	

Tất cả các bệnh nhân SGC trong nghiên cứu đều có tăng men gan, tăng BilirubinTP, giảm albumin, giảm protein máu.

Bảng 5: Chỉ số Đông máu

Xét nghiệm	Giá trị nhỏ nhất - lớn nhất	Giá trị trung bình	Khoảng tham chiếu
INR	1,5 - 10	3,4 ± 1,6	0,8 - 1,2
aPPTs	26,2 - 223,4	44,6 ± 26	25 - 32
PT %	5,0 - 56	26,0 ± 16	70 - 140
Fibrinogen g/L	0,5 - 6,3	1,7 ± 1,0	2-4
Tiểu cầu G/L	14 - 403	142 ± 88	150 - 400

Tất cả các bệnh nhân SGC trong nghiên cứu này đều tăng chỉ số INR và giảm số lượng tiểu cầu.

Bảng 6: Chỉ số sinh hóa máu

Xét nghiệm		Tần số (n=60)	Tỷ lệ %	Giá trị trung bình
Ure (mmol/L)	< 3,2	20	33,3	6,0 ± 8,06
	3.2 - 7.4	28	46,6	
	> 7,4	22	36,6	
Creatinin (µmol/L)	62 - 106	33	55,0	89 ± 7.09
	> 106	27	45,0	
NH3(µmol/L)	<100	4	6,7	220 ± 92,54
	100- 200	27	45,0	
	> 200	29	48,3	

Natri (mmol/L)	<136	47	78,3	136 ± 6,39
	136 - 145	10	16,6	
	> 145	3	5,0	
Kali (mmol/L)	< 3.5	21	35,0	3,7 ± 0,63
	3,5 - 5,1	38	63,6	
	> 5.1	1	1,7	
Glucose (mmol/L)	< 3,9	40	66,6	3,6 ± 2,09
	3,9 - 6,0	18	30,0	
	6,0	2	3,3	

Đa số BN SGC trong nghiên cứu đều có rối loạn các chỉ số sinh hóa máu (có thể tăng hoặc giảm)

IV. BÀN LUẬN

Dựa trên số liệu thu thập và phân tích từ 60 bệnh nhân suy gan cấp nằm điều trị nội trú tại Trung tâm Tiêu hóa Gan - mật, Trung tâm Chống Độc, Khoa Hồi sức tích cực điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2020 đến 07/2021. Chúng tôi xin đưa ra một số nhận định và bàn luận sau. Trong nghiên cứu của chúng tôi. Các thể suy gan cấp được phân loại theo lâm sàng (dựa vào khoảng cách từ khi có biểu hiện vàng da đến khi xuất hiện bệnh lý não gan). Trong 60 BN SGC thì có 34 BN thuộc thể suy gan cấp tính chiếm tỷ lệ 34,0%, thể tối cấp có 20 BN thuộc thể tối cấp (33,0%), thể bán cấp có 6 BN (10,0%). Nghiên cứu của tác giả Ostapowicz cho thấy Thể tối cấp có 53 BN (29,7%), thể cấp tính có 83 BN (46,6%), thể bán cấp có 42 BN (23,5%)[3]. Tại thời điểm khi vào viện các triệu chứng lâm sàng của các bệnh nhân suy gan cấp đa dạng. Triệu chứng mệt mỏi và triệu chứng ăn kém chúng tôi gặp nhiều nhất đều chiếm tỷ lệ 100%. Các triệu chứng khác ít hơn như xuất huyết (76,7%), tiểu đậm màu và vàng da đều chiếm tỷ lệ (86,7%), buồn nôn - nôn (63,3%), đau đầu (51,7%), sốt và đau vùng gan đều chiếm tỷ lệ 48,3%, tiểu ít (40,0%), phù (35%). Còn lại có 2 triệu chứng ít gặp nhất là cổ trướng và gan to đều chiếm tỷ lệ 1,7%. Biểu chứng xuất huyết trong SGC là do suy giảm chức năng gan dẫn đến giảm tổng hợp các yếu tố đông máu (giảm tỷ lệ prothrombin, giảm fibrinogen, giảm yếu tố V...) và tổn thương mạch máu do nhiễm độc, có thể xuất hiện hội chứng đông máu trong mạch lan tỏa. Biểu hiện xuất huyết trong SGC rất đa dạng như xuất dưới da, niêm mạc, nội tạng, chảy máu mũi, xuất huyết tự nhiên, nơi tiêm truyền, do va chạm mạnh. Biểu chứng nhiễm trùng: Bệnh nhân mắc SGC có nhiều nguy cơ bị nhiễm trùng đặc biệt là nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng. Các biểu chứng nhiễm trùng là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong SGC[4]. Suy hô hấp: Là hậu quả của nhiễm trùng đường hô hấp gây tổn thương phổi

nặng nề, hoặc tổn thương não do gan nghiêm trọng, dẫn đến ức chế trung tâm hô hấp và giảm thông khí phổi đòi hỏi phải hô hấp hỗ trợ. Có khoảng 30% các trường hợp suy gan cấp xuất hiện hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển dẫn đến phù phổi kẽ[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tình trạng tổn thương gan với men gan tăng cao, Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy hầu hết các bệnh nhân đều giảm Albumin <35g/L có 51 BN ở chiếm 85,0%, chỉ có 9 BN chiếm 15% là albumin ở mức bình thường từ 35-52g/L. Thời gian thromboplastin từng phần hoạt hóa (aPTTs) của tất cả các bệnh nhân đều kéo dài với mức > 30s, (lớn nhất 223,4s, nhỏ nhất 26,2s). Giá trị trung bình là 44,6 ± 26s

V. KẾT LUẬN

Suy gan cấp là một trong bệnh lý không phải hiếm gặp với biểu hiện lâm sàng Biểu hiện lâm sàng đa dạng thường hay gặp là mệt mỏi, ăn kém đều chiếm tỉ lệ 100%, vàng da (86,7%). Tất cả BN đều có rối loạn đông máu: PT% giảm TB 26,0 ± 16 và Fibrinogen giảm TB 1,7 ± 1,0, INR tăng TB 3,4 ± 1,6, aPTTs kéo dài với thời gian TB 44,6 ± 26.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee, W.M., R.T. Stravitz, and A.M. Larson, Introduction to the revised American Association for the Study of Liver Diseases Position Paper on acute liver failure 2011. *Hepatology* (Baltimore, Md.), 2012. **55**(3): p. 965-967.
2. Hadem, J., et al., Etiologies and outcomes of acute liver failure in Germany. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2012. **10**(6): p. 664-9.e2.
3. Ostapowicz, G., et al., Results of a prospective study of acute liver failure at 17 tertiary care centers in the United States. *Ann Intern Med*, 2002. **137**(12): p. 947-54.
4. Rolando, N., J. Philpott-Howard, and R. Williams, Bacterial and fungal infection in acute liver failure. *Semin Liver Dis*, 1996. **16**(4): p. 389-402.
5. Gow, P.J., et al., Etiology and outcome of fulminant hepatic failure managed at an Australian liver transplant unit. *J Gastroenterol Hepatol*, 2004. **19**(2): p. 154-9.