

bài bản về đường mổ trước, ngoài ra phương tiện trợ cụ đặc thù cho đường mổ trước cũng là một trong những yếu tố quyết định thành công của phẫu thuật, với những trường hợp bộc lộ đầu trên xương đùi khó khăn, phẫu thuật viên nên cân nhắc thực hiện kỹ thuật đục mở cửa sổ xương để thuận lợi cho việc lấy bỏ chuỗi khớp cũ [7]. Qua hai trường hợp lâm sàng được trình bày, chúng tôi có một vài ghi nhận: không có khó khăn hay tai biến đáng kể nào trong quá trình phẫu thuật sử dụng đường mổ lồi trước với kỹ thuật xâm nhập tối thiểu không cắt cơ như các đường mổ khác mà chỉ tách giữa các vách gian cơ vùng mặt trước khớp háng; chỉ định sử dụng đường mổ trước để thay lại đối với các bệnh nhân đã thay khớp háng kỳ đầu bằng đường mổ sau là hoàn toàn hợp lý do các cấu trúc giải phẫu của khớp háng ở phía trước còn nguyên vẹn; chiều dài đường mổ có thể linh động kéo dài lên trên hoặc xuống dưới trong trường hợp thao tác lấy bỏ chuỗi khớp cũ cần phải đục mở cửa sổ xương đùi hoặc lấy bỏ sạch xi măng của lần thay khớp đầu tiên. Ngoài ra, một nghiên cứu ghi nhận rằng, đối với người Châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng, chỉ số BMI thường ở mức Gầy hoặc Bình thường < 25.0 thấp hơn so với chỉ số BMI bình thường nói chung trên thế giới (>25.0 - 30.0)[8], nên chúng tôi cho rằng việc sử dụng đường mổ trước để chỉ định thay khớp háng kỳ đầu cũng như chỉ định thay lại là lựa chọn phù hợp, đúng đắn và cần ưu tiên.

V. KẾT LUẬN

Thay lại khớp háng có thể được thực hiện thành công thông qua đường mổ trước với cách tiếp cận theo xu hướng can thiệp tối thiểu mang lại nhiều ưu điểm như giảm thiểu tối đa tổn thương mô mềm, phục hồi chức năng sớm, mức

độ cải thiện vận động nhanh chóng qua đó góp phần nâng cao chất lượng điều trị và mang lại sự hài lòng cho bệnh nhân. Hơn nữa, một phẫu thuật viên có kinh nghiệm, được đào tạo bài bản cả về kỹ thuật thay khớp và lĩnh vực tạo hình sẽ định hình một chiến lược điều trị tối ưu, tăng hiệu quả, giảm chi phí đối với các bệnh nhân được phẫu thuật thay lại khớp háng sau thay khớp lần đầu có biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goodman G.P., Charles A.E., Nitin Goyal (2015).** Revision total hip arthroplasty exposure considerations: Which way in?. *Seminars in arthroplasty*,(26):150 -155.
2. **Kurtz S., Ong K., Lau E., et al (2007).** Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. *The Journal of Bone and Joint Surgery American*, (89):780 - 785.
3. **Bozic K.J., Kurtz S.M., Lau E., et al (2009).** The epidemiology of revision total hip arthroplasty in the United States. *The Journal of Bone and Joint Surgery American*, (91):128- 133.
4. **Kurtz S., Mowat F., Ong K. et al (2005).** Prevalence of primary and revision total hip and knee arthroplasty in the United States from 1990 through 2002. *The Journal of Bone and Joint Surgery American*, (87):1487- 1497.
5. **Britton A.R., Murray W.D., Bulstrode J.C. et al (1997).** Pain levels after total hip replacement. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 78:93 - 98.
6. **Masterson E.L., Masri B.A., Duncan C.P. (1998),** "Surgical approaches in Revision Hip Replacement". *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*; 2(6):84 - 92.
7. **Manrique J., Chen A.F., Heller S. et al (2014),** "Direct anterior approach for revision total hip arthroplasty." *Ann Transl Med*;2(10):100.
8. **Hồ Mẫn Trường Phú (2018).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật can thiệp tối thiểu trong thay khớp háng toàn phần không xi măng với đường mổ trước. Luận văn Tiến sĩ Y học. Học viện Quân Y;: 96 - 97.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN VIÊM GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU

Nguyễn Công Long*, Nguyễn Thanh Nam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu với mục tiêu đánh giá đặc điểm lâm sàng, và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm

gan nhiễm mỡ không do rượu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thu nhận 50 bệnh nhân chẩn đoán viêm gan nhiễm mỡ không do rượu thời gian nghiên cứu từ 01/2019 to 7/2020 tại trung tâm Tiêu hóa-Gan mật bệnh viện Bạch mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình khi chẩn đoán bệnh nhóm nghiên cứu là 47 tuổi, 23(45.1%) là nam. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là mệt mỏi, chướng bụng, đau bụng với tỷ lệ gặp lần lượt là 58,8%, 35,3% and 13,7%. 100% các bệnh nhân có tăng nồng độ alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST) và GGT. Phần

**Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai*
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long
 Email: nguyenconglongbvbvbm@gmail.com
 Ngày nhận bài: 4.01.2022
 Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022
 Ngày duyệt bài: 7.3.2022

lớn các bệnh nhân có hội chứng rối loạn chuyển hóa trong đó tỷ lệ tăng Triglycerid máu (80%) và giảm HDL (8%). Tỷ lệ gặp bệnh nhân đái tháo đường là 13,7%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy bệnh gan nhiễm mỡ gặp chủ yếu ở lứa tuổi trẻ, các triệu chứng hay gặp là tình trạng mệt mỏi và có tăng men gan.

Từ khoá: gan nhiễm mỡ không do rượu, viêm gan nhiễm mỡ

SUMMARY

EVALUATED ON CLINICAL FEATURE, SUB-CLINICAL OF NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Objectives: The aim of this study was the evaluation of clinical features and subclinical of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) **Method:** A total of 50 patients were enrolled with nonalcoholic fatty liver disease from 01/2019 to 7/2020 in Bachmai hospital. **Results:** Mean age at diagnosis was 47 years, 23(45.1%) were male. Common clinical symptoms are fatigue, dyspepsia, abdominal pain accounted for 58.8%, 35.3% and 13.7%, respectively. 100% of patients had very high elevation of alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST) and GGT. In addition, the majority of patients had metabolic syndrome such as Hypertriglyceridemia (80%) and low HDL (8%). The diabetes rate was 13.7%. **Conclusion:** diagnosed NAFLD patients is higher in young age. The most common symptoms is fatigue and elevated aminotransferase.

Key words: NAFLD, NASH

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với tỷ lệ béo phì và đái tháo đường ngày càng gia tăng, nguyên nhân chính của NAFLD sẽ ngày càng đóng vai trò quan trọng hơn đối với sự phát triển của HCC ở Việt Nam. Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) là một phổ bệnh từ gan nhiễm mỡ đơn thuần (gan nhiễm mỡ) cho đến viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (Non-alcoholic steatohepatitis hay còn gọi là NASH) không xơ hóa, tiến triển thành NASH có xơ hóa và xơ gan, gia tăng đến 70-90% HCC[1]. Xơ hóa gan là yếu tố dự báo nguy cơ quan trọng nhất đối với tỷ suất mắc mới HCC và các bệnh gan giai đoạn cuối khác ở bệnh nhân NAFLD. Chẩn đoán giai đoạn xơ hóa bằng sinh thiết là một yếu tố chính quyết định đến tỷ tử vong do bệnh lý gan và do các nguyên nhân khác ở bệnh nhân NAFLD. Về mặt lâm sàng, đánh giá độ xơ hóa gan đóng một vai trò quan trọng vì nó quyết định đến việc chẩn đoán và các biến chứng. Thứ hai, xơ hóa có thể tiến triển hoặc thoái triển theo thời gian. Thứ ba, giai đoạn xơ hóa là yếu tố quyết định quan trọng đến kết quả sức khỏe lâu dài của người bệnh[2]. Tuy vậy các phương pháp can thiệp để chẩn đoán rất khó thực hiện ở bệnh nhân, vì vậy các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm

sàng, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn vẫn rất quan trọng trong chẩn đoán viêm gan nhiễm mỡ không do rượu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân viêm gan nhiễm mỡ không do rượu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu bệnh nhân có chẩn đoán viêm gan nhiễm mỡ không do rượu dựa trên khám lâm sàng, cận lâm sàng tại trung tâm tiêu hoá gan mật bệnh viện Bạch mai.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan nhiễm mỡ không do rượu từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 1 năm 2020. Các bệnh nhân được làm bệnh án chi tiết và được chẩn đoán là có sự nhiễm mỡ ở gan trên siêu âm, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ hoặc sinh thiết gan.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân sử dụng rượu bia với lượng ethanol > 140 gram/tuần loại khỏi nghiên cứu, các thông tin chi tiết về sử dụng bia rượu được ghi nhận

Các bệnh nhân có dấu hiệu dùng các thuốc có thể gây gan nhiễm mỡ, HIV, hoặc tiền sử phẫu thuật loại ra khỏi nghiên cứu.

Loại trừ các nguyên nhân viêm gan virus B, C, kháng thể kháng nhân, kháng thể kháng cơ trơn, kháng thể kháng ti lạp thể, ceruloplasmin.

Phương pháp: Bệnh nhân chẩn đoán viêm gan nhiễm mỡ không do rượu tại trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

Được thu thập các chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể BMI, tiền sử đái tháo đường, tăng triglycerid máu, HDL, Chỉ số huyết áp tâm thu và tâm trương.

Triệu chứng lâm sàng được ghi nhận: mệt, đau bụng, đầy bụng

Và các chỉ số cận lâm sàng

XN cơ bản: CTM, ĐMCB, sinh hóa, HBsAg, anti HCV

-HbA1c, mỡ máu, Bilirubin toàn phần, Protein, Albumin, GGT, acid Uric

Tỉ lệ GOT/ GPT < 1. (10% bn NASH không tăng GOT cũng như GPT)

- Siêu âm bụng

- Chụp cắt lớp vi tính: trong trường hợp cần chẩn đoán phân biệt u gan với gan nhiễm mỡ khu trú.

Ghi nhận các thông tin kèm theo gồm tình trạng xơ gan, cổ chướng, vàng da, u gan.

Xử lý số liệu: Sau khi thu thập đầy đủ các số liệu, quá trình xử lý được làm trên máy tính với

phần mềm xử lý số liệu SPSS 11.5 version, giá trị P < 0,05 được xác định là mức khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=50)

Đặc điểm nhóm nghiên cứu	n(%)
Giới	
Nam	27(52,9%)
Nữ	23(45,1%)
Tuổi	47,2 ± 5,9 (34 – 59)
Triệu chứng lâm sàng	
Mệt mỏi	30(58,8%)
Đau bụng	7(13,7%)
Chướng bụng	18(35,3%)

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu tương tự nhau bệnh nhân ở tuổi 47 tuổi. Triệu chứng đến khám của bệnh nhân hay gặp nhất là mệt mỏi.

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 50)

Yếu tố nguy cơ	
BMI	26,1 ± 1,6 (23 -29,7)
Hút thuốc lá	10 (19,6%)
Tiền sử bệnh tật	
Đái tháo đường	7(13,7%)
Tăng huyết áp	10(19,6%)

Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường chiếm 13,7%, tăng huyết áp chiếm 19,6%. Chỉ số BMI trung bình là 26,1.

Bảng 3: Các chỉ số cận lâm sàng nhóm nghiên cứu (n=50)

Chỉ số cận lâm sàng	Giá trị trung bình
Glucose	6,9 ± 0,6 (4,7 – 10,6)
Cholesterol toàn phần	6,4 ± 0,6 (5,6 – 7,8)
Triglycerid	3,7 ± 0,6 (2,3 – 4,9)
HDL-c	1,3 ± 0,3 (0,6 – 1,82)
Bilirubin toàn phần	15,4 ± 4,9 (6,7 – 24,6)
Alkaline phosphatase	119,5 ± 45,6 (56 – 190)
AST	94,1 ± 41,3 (54 – 245)
ALT	89,9 ± 32,1 (42 – 246)
GGT	85,6 ± 17,7 (42 – 144)
Prothrombin time	
Tiểu cầu	169,4 ± 23,4 (136 – 234)

Kết quả cho thấy giá trị cholesterol máu và triglycerid máu tăng. Các chỉ số enzyme gan AST, ALT đều tăng so với giá trị bình thường.

Bảng 4: Tỷ lệ các chỉ số cận lâm sàng tăng

Chỉ số cận lâm sàng	n (%)
Glucose	19(38%)
Cholesterol toàn phần	50(100%)
Triglycerid	40(80%)

HDL-c (dưới mức bình thường)	4(8%)
Bilirubin toàn phần	20(40%)
Alkaline phosphatase	19(38%)
AST	50(100%)
ALT	50(100%)
GGT	50(100%)
Tiểu cầu (giảm)	12(24%)

Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có biểu hiện tăng men gan trên mức bình thường, trong đó tỷ lệ tăng triglycerid máu là 80% các trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

Là nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng ở bệnh nhân có gan nhiễm mỡ không do rượu, ở một bệnh viện tuyến trung ương. Các nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ tử vong tăng có ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân NAFLD so với nhóm bệnh nhân cùng lứa tuổi mà không bị gan nhiễm mỡ mà có đái tháo đường hoặc xơ gan. Các bệnh nhân đến khám bệnh bởi các triệu chứng không đặc hiệu thường gặp là mệt mỏi, chướng bụng, đau bụng. Tuy nhiên để chẩn đoán cần dựa vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, sinh thiết gan là tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán, tuy nhiên đây là thủ thuật xâm lấn nên khó thực hiện ở bệnh nhân đi khám bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng mức độ đường máu tăng trên mức bình thường gặp ở 38% bệnh nhân, các nghiên cứu cho thấy rằng nếu bệnh nhân đái tháo đường và có tăng đường huyết thường có 3 nguy cơ có thể dẫn tới nguy hiểm tính mạng bệnh nhân là nhồi máu cơ tim, bệnh lý gan, tình trạng kháng insulin [3, 4]. Vì vậy khi chẩn đoán bệnh nhân bị gan nhiễm mỡ cũng cần phải sàng lọc xem bệnh nhân có biểu hiện đái tháo đường hay rối loạn dung nạp glucose hay không. Béo phì hoặc hội chứng chuyển hóa thường gặp ở bệnh nhân viêm gan nhiễm mỡ không do rượu, và cùng với nó là đái tháo đường rối loạn mỡ máu, ở bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi gặp tỷ lệ thừa cân khá cao với chỉ số BMI trung bình của nghiên cứu 26,1, cũng tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả trên thế giới[5], trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cholesterol máu toàn phần, triglycerid máu đều tăng trong các trường hợp, như vậy tình trạng gan nhiễm mỡ liên quan chặt chẽ với hiện tượng rối loạn chuyển hóa mỡ. NAFLD là yếu tố có thể dẫn đến tình trạng xơ gan trong một thời gian kéo dài nếu không được phát hiện sớm các trường hợp gan nhiễm mỡ và ngăn chặn tiến trình của chúng có thể dẫn đến

xơ gan, tuy là tỷ lệ xơ gan ở những bệnh nhân này khoảng 3%, nhưng mục đích ngăn chặn tiến triển xơ gan ở những bệnh nhân này là rất cần thiết, làm giảm nguy cơ tử vong[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp hầu hết các bệnh nhân đều có hiện tượng tăng các enzyme gan gồm có AST, ALT, GGT, điều đó chứng tỏ có sự hoại tử các tế bào gan ở nhóm bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng hiện tượng viêm gan nhiễm mỡ thường gặp cùng với rối loạn chuyển hóa, đặc biệt ở người thừa cân, có tiền sử đái tháo đường, và tình trạng tăng men gan thường gặp ở những bệnh nhân này và cần được phát hiện sớm để ngăn chặn tiến triển của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anstee, Q.M., et al.,** From NASH to HCC: current concepts and future challenges. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2019. **16**(7): p. 411-428.
2. **Wong, V.W. and H.L. Chan,** Transient elastography. *J Gastroenterol Hepatol*, 2010. **25**(11): p. 1726-31.
3. **Saydah, S.H., et al.,** Abnormal glucose tolerance and the risk of cancer death in the United States. *Am J Epidemiol*, 2003. **157**(12): p. 1092-100.
4. **Ioannou, G.N., et al.,** Is obesity a risk factor for cirrhosis-related death or hospitalization? A population-based cohort study. *Gastroenterology*, 2003. **125**(4): p. 1053-9.
5. **Malik, S., et al.,** Impact of the metabolic syndrome on mortality from coronary heart disease, cardiovascular disease, and all causes in United States adults. *Circulation*, 2004. **110**(10): p. 1245-50.
6. **Eriksson, K.F. and F. Lindgärde,** No excess 12-year mortality in men with impaired glucose tolerance who participated in the Malmö Preventive Trial with diet and exercise. *Diabetologia*, 1998. **41**(9): p. 1010-6.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG VÀ TƯƠNG QUAN GIỮA THANG ĐIỂM HÔN MÊ FOUR, GLASGOW ĐỐI VỚI KẾT CỤC CỦA BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO NGUYÊN PHÁT

Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Phạm Phước Sung⁴

Glasgow đều có mối tương quan chặt chẽ với kết cục lâm sàng với hệ số tương quan cao. Các nghiên cứu thêm về vấn đề này là cần thiết để củng cố vai trò của thang điểm trên lâm sàng.

Từ khóa: Chảy máu não, tiên lượng, thang điểm FOUR, thang điểm hôn mê Glasgow.

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE AND THE CORRELATION BETWEEN FOUR, GLASGOW COMA SCALE AND THE OUTCOME OF PATIENTS WITH PRIMARY HEMORRHAGIC STROKE

Objectives: To evaluate the predictive value and the relationship between FOUR, Glasgow coma scale and the outcome of patients with primary hemorrhagic stroke. **Methods:** We conducted a prospective descriptive study of 139 primary cerebral hemorrhage patients, hospitalized in the Neurology Department of Bach Mai Hospital within one week from the onset during March 2016 to June 2016. **Results:** The mortality rate was 24,5%, the rate of favorable outcome was 20,1%, and moderate to severe disabled patients accounted for 55.4%. There was a strict relationship between the FOUR, Glasgow coma scale and the clinical outcome of patients with primary hemorrhagic stroke (OR = 1.87, CI: 1.36 – 2.58, p < 0,01, r = - 0,76; OR = 1.53, CI: 1.16 – 2.03, p < 0,01, r = -0,74, respectively). **Conclusions:** The FOUR and GCS scales had strict relationship with clinical outcome at 30 days according to modified Rankin scale. More studies are needed to consolidate the role of FOUR scale in practice.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị tiên lượng và mối tương quan của thang điểm FOUR và hôn mê Glasgow đối với kết cục lâm sàng của bệnh nhân chảy máu não nguyên phát. **Phương pháp:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu, theo dõi dọc 139 bệnh nhân chảy máu não nguyên phát, nhập viện điều trị tại Khoa Thần Kinh - BV Bạch Mai trong vòng một tuần đầu từ khi khởi phát, thời gian từ tháng 3/2016 đến tháng 6/ 2016. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong (mRS = 6) sau 30 ngày sau khởi phát chảy máu não là 24,5%, tỷ lệ phục hồi tốt (mRS từ 0 - 1) đạt 20,1%, tàn tật từ trung bình đến nặng (mRS từ 2 - 5) chiếm 55,4%. Có mối tương quan chặt chẽ giữa tổng điểm FOUR với tỷ lệ sống, tàn tật và tử vong (OR = 1,87, CI: 1,36 – 2,58, p < 0,01); Hệ số tương quan cao, nghịch biến với hệ số tương quan r = - 0,76. Có mối tương quan chặt chẽ giữa tổng điểm Glasgow với tỷ lệ sống, tàn tật và tử vong (OR = 1,53, CI: 1,16 – 2,03, p < 0,01); Hệ số tương quan cao, nghịch biến với r = -0,74. **Kết luận:** Thang điểm FOUR và hôn mê

¹Trung tâm Thần Kinh Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược ĐHYQG HN

⁴Bệnh viện đa khoa Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022