

MRI ở nhóm bệnh nhân < 60 tuổi và bệnh nhân nữ có xu hướng cao hơn so với bệnh nhân ≥60 tuổi, nam giới. Bệnh nhân có chỉ số Torg-Pavlov trên Xquang ≥ 0,8 có các giá trị trung bình của mJOA trước mổ, mJOA sau mổ, RR sau mổ và RR khám lại có xu hướng lớn hơn so với nhóm có chỉ số Torg-Pavlov trên Xquang <0,8.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Johnathon R. McCormick, A.J.S.e.a.**, Cervical Spondylotic Myelopathy: A Guide to Diagnosis and Management. The Journal of the American Board of Family Medicine 2020. **33**(2): p. 303 -313.
2. **Kyung-Soo Suk, M.e.a.**, Reevaluation of the Pavlov Ratio in Patients with Cervical Myelopathy. Clinics in Orthopedic Surgery, 2009. **1**(1): p. 6 -10.
3. **Wai-Mun Yue, M., FRCS (Edin), et al**, The Torg-Pavlov Ratio in Cervical Spondylotic Myelopathy. SPINE, 2001. **26**(16): p. 1760 -1764.
4. **Kyung-Jin Song, M., Byung-Wan Choi, MD. et al**, The Relationship between Spinal Stenosis and Neurological Outcome in Traumatic Cervical Spine Injury: An Analysis using Pavlov's Ratio, Spinal

Cord Area, and Spinal Canal Area. Clinics in Orthopedic Surgery, 2009. **1**(1): p. 11 -18.

5. **Aria Nouri, M., MSc, Lindsay Tetreault, PhD. et al**, Congenital Cervical Spine Stenosis in a Multicenter Global Cohort of Patients With Degenerative Cervical Myelopathy: An Ambispective Report Based on a Magnetic Resonance Imaging Diagnostic Criterion. Neurosurgery, 2017. **0**(1): p. 1-8.
6. **Lê Gia Vinh, T.N.A.**, Nguyễn Văn Chương, Nghiên cứu đường kính ống sống cổ và chỉ số Pavlov trên phim Xquang và phim cộng hưởng từ ở 40 người trưởng thành bình thường. Y học Việt Nam, 2004. **9**: p. 37 - 40.
7. **Hirabayashi, K. and K. Satomi**, Operative procedure and results of expansive open-door laminoplasty. Spine (Phila Pa 1976), 1988. **13**(7): p. 870-6.
8. **Tetreault, L., et al.**, The modified Japanese Orthopaedic Association scale: establishing criteria for mild, moderate and severe impairment in patients with degenerative cervical myelopathy. Eur Spine J, 2017. **26**(1): p. 78-84.
9. **Aria Nouri, M., Lindsay Tetreault. et al**, Degenerative Cervical Myelopathy. SPINE, 2015. **40**(12): p. 675 - 693.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG TẾ BÀO GỐC TỤY XƯƠNG TỰ THÂN TRÊN 5 BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ DO RƯỢU

Đào Trường Giang**, Trần Việt Tú**,
Nguyễn Văn Thái*, Nguyễn Tiến Thịnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu tính khả thi và kết quả bước đầu điều trị tế bào gốc tủy xương tự thân trên bệnh nhân xơ gan mất bù do rượu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 5 bệnh nhân xơ gan mất bù do rượu (tuổi từ 47-60), đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được tuyển chọn từ tháng 2/2021 đến tháng 6/2021. Sử dụng tế bào gốc tạo máu được tách lọc từ 200-300ml dịch tủy xương, và bơm vào gan qua đường động mạch gan. Bệnh nhân được theo dõi 6 tháng sau ghép. **Kết quả:** không ghi nhận biến chứng liên quan tới việc sử dụng tế bào gốc ở các bệnh nhân, khối tế bào gốc đạt yêu cầu, nồng độ tế bào CD34⁺/μl dịch tủy xương thu gom được là 51,55 ± 27,42; số lượng tuyệt đối tế bào CD34⁺ trung bình là 15,46 ± 8,22x10⁶. Nồng độ albumin sau điều trị tăng sau điều trị so với thời điểm T0 nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05; không có sự cải thiện với bilirubin và prothrombin. **Kết luận:** Việc ghép tế bào gốc ở đối tượng xơ gan do rượu là khả thi, không ghi nhận biến chứng liên quan đến việc sử

dụng tế bào gốc, kết quả bước đầu chưa có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: xơ gan, ghép tế bào gốc, tủy xương, bệnh gan do rượu

SUMMARY

INITIAL RESULT ASSESSMENT OF THE USE OF AUTOLOGOUS BONE MARROW STEM CELLS IN 5 PATIENTS WITH ALCOHOL-INDUCED DECOMPENSATED CIRRHOSIS

Objectives: To study the feasibility and initial results of autologous bone marrow stem cell therapy in patients with alcoholic decompensated cirrhosis. **Subjects and methods:** 5 patients with alcoholic decompensated cirrhosis (age 47-60), eligible to participate in the study, were recruited from February 2021 to June 2021. Using hematopoietic stem cells, extracted from 200-300ml of bone marrow fluid, and injected into the liver through the hepatic artery. Patients were followed up for 6 months after transplantation. **Results:** no complications related to the use of stem cells were recorded in the patients, the stem cell mass was satisfactory, the CD34⁺ cell concentration/μl of bone marrow fluid collected was 51.55 27.42; The mean absolute number of CD34⁺ cells was 15.46 8.22x10⁶. Albumin concentration after treatment increased after treatment compared to the time of T0, but the difference was not statistically significant with p > 0.05; There was no improvement with bilirubin and prothrombin. **Conclusion:** Stem cell

**Học viện Quân Y, Bộ Quốc Phòng

*Bệnh viện TWQĐ 108, Bộ Quốc Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đào Trường Giang

Email: giangle127@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2022

Ngày duyệt bài: 13.4.2022

transplantation in subjects with alcoholic cirrhosis is feasible, no complications related to the use of stem cells have been recorded, the initial results are not statistically significant.

Keywords: cirrhosis, stem cell transplantation, bone marrow, alcoholic liver disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một trong những căn bệnh thường gặp và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên khắp thế giới. Ở bệnh nhân xơ gan giai đoạn mất bù, các biến chứng hay gặp như cổ trướng, xuất huyết tiêu hoá, viêm phúc mạc vi khuẩn tự phát làm giảm chất lượng cuộc sống, dẫn tới tử vong.

Nhiều phương pháp khác nhau được áp dụng nhằm kéo dài thời gian sống thêm trong khi chờ ghép gan của bệnh nhân bệnh gan giai đoạn cuối. Gần đây, ghép gan đã và đang được tập trung nghiên cứu, kết quả cho thấy có nhiều hy vọng như làm tăng tỷ lệ sống sót và cải thiện chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, do hạn chế về số lượng người hiến tạng nên việc ghép gan còn gặp nhiều khó khăn. Việc quan tâm chăm sóc nhằm kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân bệnh gan giai đoạn cuối ở trên thế giới cũng như ở Việt Nam ngày càng được chú trọng. Đối tượng này cũng đang là gánh nặng của ngành y tế.

Việc ứng dụng tế bào gốc trong y học với nhiều loại tế bào đã được sử dụng trong điều trị, có nhiều nhóm nghiên cứu đã tiến hành các thử nghiệm lâm sàng sử dụng tế bào tủy xương tự thân để điều trị xơ gan [1] [2]. Tuy nhiên phương pháp này chưa thực sự trở thành phương thức điều trị chính thống và thường quy điều trị ở bệnh nhân xơ gan.

Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "*Đánh giá kết quả bước đầu sử dụng tế bào gốc tủy xương tự thân trên 5 bệnh nhân xơ gan mất bù do rượu*" nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu sử dụng tế bào gốc tủy xương tự thân điều trị xơ gan mất bù do rượu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 5 bệnh nhân xơ gan giai đoạn mất bù do rượu, được chọn vào nghiên cứu khi thoả mãn TẤT CẢ các tiêu chí sau:

- Xơ gan do rượu, có điểm Child Pugh ≤ 10 và >6
- Tuổi từ 35- 70
- Được hội đồng y đức thông qua.
- Bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu, có khả năng tự đọc hiểu đồng thuận khi tham gia nghiên cứu.
- Bilirubin toàn phần $< 85 \mu\text{mol/l}$.
- Dự kiến thời gian sống thêm trên 24 tuần.

Bệnh nhân bị loại ra khỏi nghiên cứu khi có một trong các tiêu chí sau đây:

- Nồng độ creatinin huyết thanh $> 150 \mu\text{mol/l}$
- Tỷ lệ INR $> 2,5$
- Có ung thư gan hoặc ung thư cơ quan khác
- Có xuất huyết tiêu hoá hoặc viêm phúc mạc vi khuẩn tự phát trong 1 tháng gần đây
- Phụ nữ có thai, cho con bú, hoặc phụ nữ đang trong độ tuổi mang thai không thực hiện đầy đủ các biện pháp tránh thai.
- Có một trong các bệnh sau: hội chứng gan thận, hội chứng não gan, hội chứng gan phổi; rối loạn chuyển hóa nặng, rối loạn chức năng thận nghiêm trọng, các bệnh đường hô hấp, bệnh tim mạch và/hoặc các bệnh tâm thần, các bệnh nhiễm trùng hệ thống (bao gồm lao).

Tất cả các trường hợp kết thúc nghiên cứu theo quy trình nghiên cứu hoặc kết thúc nghiên cứu sớm đều sẽ được theo dõi, chăm sóc theo chế độ điều trị chuyên khoa của bệnh viện.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu
- Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng không ngẫu nhiên không đối chứng
- Các bước tiến hành:
 - + Tuyển chọn bệnh nhân vào nghiên cứu: bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu khi thoả mãn các điều kiện trên. Được tiến hành thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm (công thức máu, nhóm máu, đông máu toàn bộ, sinh hoá máu: chức năng gan, thận; enzym gan; nồng độ marker ung thư; siêu âm ổ bụng; nội soi dạ dày tá tràng; điện tim, X- quang tim phổi, chụp CT-scan gan mật 3 thì; các xét nghiệm chuyên biệt: xét nghiệm tủy xương, đếm số lượng tế bào gốc trong dịch tủy xương; đánh giá chức năng gan tại các thời điểm trước điều trị (T0); và sau điều trị: 03 tháng (T3) và 06 tháng (T6)

+ Chọc hút tủy xương khối lượng lớn từ 200-300ml, sau đó lọc lấy tế bào gốc đơn nhân tủy xương (có đếm số lượng tế bào CD34⁺). Sau đó khối tế bào gốc sau khi tách lọc được truyền chậm vào động mạch gan bằng kỹ thuật can thiệp nội mạch (phương pháp Seldinger).

Tất cả các bệnh nhân được điều trị thông thường phù hợp với giai đoạn xơ gan trong suốt quá trình theo dõi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

5 bệnh nhân xơ gan mất bù do rượu được điều trị khối tế bào gốc tủy xương tự thân được theo dõi trong 6 tháng với kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu trước khi ghép tế bào gốc

Đặc điểm	Giá trị	Đặc điểm	Giá trị
Tuổi	51,60 ± 4,44	Protein (g/l)	73,44 ± 8,04
Giới (Nam/ nữ)	5/0	Albumin (g/l)	35,44 ± 5,74
AST (U/l)	77,24 ± 46,48	Prothrombin (%)	70,8 ± 14,46
ALT (U/l)	65,86 ± 44,6	Bilirubin (μmol/l)	26,2 ± 23,99
GGT (U/l)	558,63 ± 428,96	Ure (μmol/l)	7,13 ± 7,22
Nguyên nhân xơ gan	100% do rượu	Creat (μmol/l)	61,76 ± 32,17

Nhận xét: - Tuổi của đối tượng nghiên cứu từ 47 – 59 tuổi, với tuổi trung bình là 51,60 ± 4,44. Tỷ lệ 100% nam.

- Các chỉ số xét nghiệm men gan có AST là 77,24 ± 46,48 (U/l); ALT là 65,86 ± 44,6 (U/l); Protein là 73,44 ± 8,04 (g/l), albumin là 35,44 ± 5,74 (g/l).

- Không có bất thường về chức năng thận.

Bảng 2. Đặc điểm thu gom tủy xương của đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu	Ghi chú	Kết quả (n=5)
Kết quả tủy đồ Tủy bình thường Tủy giảm sản		5 (100%) 0 (0%)
Xét nghiệm dịch tủy xương thu gom: Nồng độ TB CD34 ⁺ /1μl (DTX). Số lượng tế bào CD34 ⁺ (DTX)	x10 ⁶	51,55 ± 27,42 15,46 ± 8,22
Kết quả tách lọc: Tỷ lệ giữ CD34 ⁺ Tỷ lệ loại Hồng cầu	% %	62,1 ± 19,19 99,76 ± 0,28

Chỉ số khối tế bào gốc:		
Số lượng TBN	G/L	34,51 ± 27,59
Tỷ lệ MNC	%	75,08 ± 15,45
Tỷ lệ GRAN	%	24,92 ± 15,45
Nồng độ TB CD34 ⁺ /1μl		319,90 ± 238,69
Số lượng tế bào CD34 ⁺	x10 ⁶	9,59 ± 7,16

Ghi chú: DTX- dịch tủy xương; TBG- tế bào gốc

Nhận xét: - Kết quả đếm CD34⁺ từ dịch hút tủy xương trên nhóm nghiên cứu được nồng độ tế bào CD34⁺/ μl dịch tủy xương thu gom được là 51,55 ± 27,42; số lượng tuyệt đối tế bào CD34⁺ trung bình là 15,46 ± 8,22 x10⁶.

- Tỷ lệ loại bỏ tế bào hồng cầu 97,52 ± 2,86%; tỷ lệ giữ lại tế bào CD34⁺ là 62,1 ± 19,19%.

- Số lượng tế bào có nhân (TBN) trong khối tế bào gốc tách bằng phương pháp ly tâm theo gradient là 34,51 ± 27,59; tế bào đơn nhân (MNC) chiếm đa số là 75,08 ± 15,45%.

- Ở khối tế bào gốc tách bằng phương pháp ly tâm theo gradient tỷ trọng trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ tế bào CD34⁺/1 μl trung bình là 319,90 ± 238,69. Tổng số lượng tế bào CD34⁺ trung bình là 9,59 ± 7,16 x 10⁶.

Bảng 3. Biến đổi các thông số xét nghiệm huyết học tại các thời điểm

Xét nghiệm huyết học	T0 $\bar{x} \pm SD$	T3 $\bar{x} \pm SD$	T6 $\bar{x} \pm SD$	p
WBC (G/l)	4,17 ± 1,14	6,85 ± 4,86	5,68 ± 2,54	> 0,05
RBC (T/l)	4,44 ± 1,04	4,44 ± 0,98	4,46 ± 1,29	> 0,05
HGB (g/l)	112,6 ± 27,32	110,8 ± 25,47	127,6 ± 23,33	> 0,05
PLT (G/l)	81,8 ± 39,7	94,8 ± 55,2	10,4 ± 85,35	> 0,05

Nhận xét: - Chỉ số bạch cầu tại thời điểm T0 là 4,17 ± 1,14 (G/l); T3 là 4,48 ± 1,51 (G/l); T3 là 6,85 ± 4,86 (G/l); T6 là 5,68 ± 2,54 (G/l). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm với p > 0,05.

- Chỉ số hồng cầu tại thời điểm T0 là 4,44 ± 1,04 (T/l); T3 là 4,44 ± 0,98 (T/l); T6 là 4,46 ± 1,29 (T/l). Chỉ số tiểu cầu ở thời điểm T0 là 81,8 ± 39,7; T3 là 94,8 ± 55,2 (G/l); T6 là 120,4 ± 85,35 (G/l). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm với p > 0,05.

Bảng 4. Biến đổi chức năng gan tại các thời điểm.

Xét nghiệm huyết học	T0 $\bar{x} \pm SD$	T3 $\bar{x} \pm SD$	T6 $\bar{x} \pm SD$	p
Albumin (g/l)	34,55 ± 6,22	36,45 ± 5,99	38,18 ± 9,72	> 0,05
Bilirubin (μmol/l)	26,2 ± 13,99 (14,9 - 50,5)	27,64 ± 26,75 (7,7 - 74,7)	26,28 ± 13,89 (16,9 - 50,3)	> 0,05
Prothrombin (%)	70,8 ± 14,46	71,4 ± 9,94	73,8 ± 7,04	> 0,05

Nhận xét: chỉ số albumin huyết thanh tăng ở thời điểm T3 so với T0 và T6 so với T0; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Chỉ số prothrombin (%) tăng ở thời điểm T3

so với T0 và T6 so với T0; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Chỉ số bilirubin (μmol/l) ở các thời điểm không có sự khác biệt với p > 0,05.

Bảng 5. Các biến chứng xơ gan trong thời gian theo dõi sau ghép tế bào gốc

Các biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Bệnh não gan	0	0
Xuất huyết tiêu hoá	0	0
Hội chứng gan thận	0	0
Viêm phúc mạc vi khuẩn tự phát	0	0
Biến chứng khác	01	20%

Nhận xét: Các biến chứng nặng trong thời gian theo dõi 06 tháng không có (bệnh não gan, xuất huyết tiêu hóa, ...); Chỉ có 1 ca có tăng đường máu phải nhập viện điều trị do kiểm soát đường huyết không tốt tại nhà.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Về việc lựa chọn đối tượng: đối tượng nghiên cứu có tuổi đời từ 47-59, với độ tuổi trung bình là $51,60 \pm 4,44$, nguyên nhân xơ gan do rượu, và chủ yếu ở giai đoạn mất bù. Đây là độ tuổi gặp nhiều nhất, khi bệnh gan do rượu tiến triển trong thời gian dài, dẫn đến xơ gan mất bù, chủ yếu gặp ở nam giới là đối tượng hay uống rượu. Giai đoạn mất bù cũng là giai đoạn cần được can thiệp điều trị một cách tích cực nhằm duy trì và cải thiện chức năng gan, ngăn ngừa làm chậm tiến triển và xuất hiện biến chứng nặng. Đây cũng là giai đoạn xơ gan có nhiều biến chứng có thể xảy ra.

Về xét nghiệm tế bào gốc trước điều trị: tất cả bệnh nhân đều có xét nghiệm tủy xương bình thường; Số lượng tế bào CD34⁺ trong dịch tủy xương trước tách ở các bệnh nhân này là $51,55 \pm 27,42 / 1\mu\text{l}$, tổng số tế bào CD34⁺ trung bình là $15,46 \pm 8,22 \times 10^6$. Dịch tủy xương trước tách đầu tiên được lọc qua lưới lọc để loại bỏ mỡ, các cục đông nhỏ và các mảnh vụn xương. Sử dụng lực ly tâm để phân tách các lớp tế bào theo tỷ trọng: hồng cầu và bạch cầu đa nhân có tỷ trọng lớn nhất sẽ lắng qua lớp Ficol chìm xuống đáy ống nghiệm, bạch cầu đơn nhân (trong đó có chứa các tế bào gốc) cùng với tiểu cầu nhẹ hơn sẽ nằm trên lớp Ficol tạo thành một lớp mỏng (lớp Buffy coat). Khả năng loại bỏ tốt hồng cầu ($99,76 \pm 0,28$) là một chỉ tiêu quan trọng, đặc biệt trong trường hợp khối TBG cần bảo quản thời gian lâu hơn 3-5 ngày trước khi sử dụng. Khi đó khối TBG cần bảo quản đông lạnh và sử dụng sau khi rã đông. Trước khi đông lạnh nếu lượng HST và hồng cầu tồn dư trong khối TBG lớn cần loại bỏ tiếp rồi mới có thể làm đông lạnh để bảo quản được.

Trong các thành phần của khối tế bào gốc thì nồng độ tế bào CD34⁺ và tổng số lượng tế bào

CD34⁺ là quan trọng nhất vì nó thể hiện đậm độ và tổng số của tế bào gốc tạo máu thu được. Kết quả chỉ số tế bào CD34⁺ của khối tế bào gốc cũng tương tự nghiên cứu của Valérie Gangji và CS nghiên cứu trên 13 bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi, sử dụng máy tách tế bào Spectra (777006-300; Cobe, Lakewood, Colorado) xử lý cô đặc khối dịch tủy xương từ 400 ml xuống 50 ml. Sau khi cô đặc tổng số lượng tế bào có nhân của khối dịch tủy là $2,0 \pm 0,3 \times 10^9$, trong đó $1,0\% \pm 0,2\%$ là các tế bào CD34⁺ [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ tế bào CD34⁺/1 μl trung bình là $319,90 \pm 238,69$. Tổng số lượng tế bào CD34⁺ trung bình là $9,59 \pm 7,16 \times 10^6$.

Kết quả bước đầu của tế bào gốc điều trị xơ gan do rượu. Trong quá trình theo dõi 5 bệnh nhân trong 6 tháng chúng tôi không gặp các biến chứng hội chứng não gan, hội chứng gan thận, ung thư gan và viêm phúc mạc vi khuẩn tự phát. Chỉ có 1 bệnh nhân (chiếm 20%) phải nhập viện vì tăng đường máu.

Khi so sánh nồng độ albumin, bilirubin, prothrombin tại các thời điểm theo dõi chúng tôi thấy chỉ số albumin huyết thanh tăng ở thời điểm T3 so với T0 và T6 so với T0; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tác giả Bai và cs [4] khi nghiên cứu trên 47 bệnh nhân xơ gan mất bù trong đó 32 bệnh nhân điều trị 1 liệu trình tế bào đơn nhân tủy xương tự thân (bone marrow mononuclea cells-BM MNCs) cộng với điều trị thông thường (thuốc kháng virus, bảo vệ tế bào gan, giảm men gan, giảm vàng da), 15 bệnh nhân nhóm chứng (không truyền tế bào gốc), theo dõi sau 24 tháng. Tác dụng rõ rệt nhất được ghi nhận vào khoảng 3-12 tháng sau can thiệp điều trị. Cải thiện albumin, prothrombin xuất hiện sau 1 tháng điều trị. Tế bào gốc cũng giúp cải thiện nồng độ bilirubin sau 1 tháng, đặc biệt sau 3-12 tháng theo dõi.

Kim và cs năm 2011 [5] cũng cho thấy truyền tế bào gốc tủy xương tự thân (autologous bone marrow- ABMi) làm tăng nồng độ albumin huyết thanh, điểm Child- Pugh, dung tích của gan đo bằng MRI, và cải thiện tình trạng cổ trướng ở bệnh nhân xơ gan mất bù do HBV. Tất cả 10 bệnh nhân được điều trị bằng ABMi cũng cho thấy có sự cải thiện chất lượng cuộc sống (QoL), mà không có biến chứng nặng nào xảy ra. Hơn nữa, Saito và cs [6] trong nghiên cứu gần đây cũng thấy hiệu quả và tính an toàn của phương pháp sử dụng ABMi trong điều trị bệnh nhân xơ gan do rượu.

Nghiên cứu của Yoon Ok Jang 2012 [7] trên 12 bệnh nhân (11 nam, 1 nữ) xơ gan do rượu đã được khẳng định bằng mô học, không uống rượu trong ít nhất 6 tháng. Phân lập BM-MSC và nuôi cấy trong 1 tháng, thu được 5×10^7 tế bào, truyền 02 lần qua động mạch gan vào tuần thứ 4 và 8, 11 bệnh nhân đã hoàn thành nghiên cứu. Theo hệ thống xơ hóa Laennec, cải thiện mô học được quan sát thấy ở 6 trên 11 bệnh nhân (54,5%); điểm Child-Pugh cải thiện ở mười bệnh nhân (90,9%). Không có biến chứng đáng kể hoặc tác dụng phụ đã được quan sát trong nghiên cứu này, tác giả kết luận: Các tế bào gốc trung mô có nguồn gốc từ tủy xương điều trị trong bệnh xơ gan do rượu gây ra sự cải thiện về mặt mô học ở bệnh xơ gan.

Những kết quả trên dẫn khẳng định tính an toàn và hiệu quả của liệu pháp sử dụng ABMi sẽ là một liệu pháp hứa hẹn trong tương lai cho những bệnh nhân xơ gan tiến triển.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- Phương pháp ghép tế bào gốc tủy xương tự thân cho bệnh nhân xơ gan là an toàn, khả thi, không ghi nhận tai biến, biến chứng.

- Sau 6 tháng theo dõi cho thấy có sự cải thiện nồng độ albumin ở T3, T6 nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Không có cải thiện bilirubin, prothrombin ở thời điểm 3 và 6 tháng sau điều trị.

Kiến nghị: Tiếp tục nghiên cứu và tổng kết với số lượng bệnh nhân lớn hơn, thời gian theo

đõi dài hơn để có thể đánh giá toàn diện tính an toàn và hiệu quả của phương pháp sử dụng tế bào gốc tủy xương tự thân trong điều trị bệnh xơ gan mất bù do rượu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gordon, M.Y., et al.,** Characterization and clinical application of human CD34+ stem/progenitor cell populations mobilized into the blood by granulocyte colony-stimulating factor. *Stem Cells*, 2006. **24**(7): p. 1822-30.
2. **am Esch, J.S., 2nd, et al.,** Portal application of autologous CD133+ bone marrow cells to the liver: a novel concept to support hepatic regeneration. *Stem Cells*, 2005. **23**(4): p. 463-70.
3. **Gangji, V., et al.,** Treatment of osteonecrosis of the femoral head with implantation of autologous bone-marrow cells. A pilot study. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 2004. **86**(6): p. 1153-1160.
4. **Bai, Y.Q., et al.,** Outcomes of autologous bone marrow mononuclear cell transplantation in decompensated liver cirrhosis. *World J Gastroenterol*, 2014. **20**(26): p. 8660-6.
5. **Kim, J.K., et al.,** Autologous bone marrow infusion activates the progenitor cell compartment in patients with advanced liver cirrhosis. *Cell Transplant*, 2010. **19**(10): p. 1237-46.
6. **Saito, T., et al.,** Potential therapeutic application of intravenous autologous bone marrow infusion in patients with alcoholic liver cirrhosis. *Stem Cells Dev*, 2011. **20**(9): p. 1503-10.
7. **Jang, Y.O., et al.,** Histological improvement following administration of autologous bone marrow-derived mesenchymal stem cells for alcoholic cirrhosis: a pilot study. *Liver international: official journal of the International Association for the Study of the Liver*, 2014. **34**(1): p. 33-41.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG VIÊM RUỘT THỪA TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Mạnh Hùng*, Nguyễn Trung Kiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng viêm ruột thừa tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu 82 trường hợp được phẫu thuật nội soi để điều trị các biến chứng viêm ruột thừa trong 3 năm tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Biến chứng viêm ruột thừa gặp ở cả nam và nữ, tỉ lệ nam/ nữ là 1,4/1. Vị trí thủng ở

thân ruột thừa hay gặp nhất (68,3%). Trong phẫu thuật cắt ruột thừa, kẹp gốc ruột thừa bằng hemolock là chủ yếu (90,2%), thời gian mổ trung bình là $65,1 \pm 15,2$ phút, thời gian nằm viện trung bình là $5,68 \pm 1,2$ ngày. Không có tai biến trong mổ, không có tử vong. Tỉ lệ biến chứng là 7,3%. Kết quả tốt là 92,7%, trung bình là 7,3%, xấu 0%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng viêm ruột thừa là phẫu thuật ít xâm hại, an toàn và hiệu quả

Từ khóa: Viêm phúc mạc ruột thừa, áp xe ruột thừa, phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa, phẫu thuật nội soi ổ bụng.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC SURGERY TO TREAT APPENDICITIS COMPLICATION AT BACH MAI HOSPITAL

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: tranmanhhungngoaim@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 4.4.2022

Ngày duyệt bài: 15.4.2022