

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA LỌC MÁU LIÊN TỤC TRONG ĐIỀU TRỊ SUY ĐA TẠNG DO SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Phúc*, Trần Phương*, Trịnh Xuân Nam*, Trần Văn Thánh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả lâm sàng, cận lâm sàng của lọc máu liên tục trong điều trị suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 32 BN suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn, được điều trị lọc máu liên tục tại khoa HSTC bệnh viện HNDK Nghệ an từ 01/2021 đến 09/2021. **Kết quả:** Có 32 bệnh nhân, 23 nam, 09 nữ, tuổi trung bình 51,6 ± 13,6, sốc nhiễm khuẩn có đường vào đường hô hấp 53 %. Mức độ nặng trước lọc máu điểm APACHE II 20,5 ± 4,2, điểm SOFA 10,6 ± 3,5, số tạng suy 2,7 ± 1,2. Có 18 (56%) BN thoát sốc, 17 (53%) tử vong. Tỷ lệ sống giữa nhóm bệnh nhân được bắt đầu lọc máu trong vòng 24h sau khi xuất hiện suy đa tạng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm được bắt đầu lọc máu muộn hơn (61,1 % so với 21,4 %, p<0,05) **Kết luận:** Lọc máu liên tục có hiệu quả trong điều trị suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn, nên có chiến lược lọc máu liên tục sớm cho bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có suy đa tạng.

Từ khóa: Sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng, lọc máu liên tục

SUMMARY

ASSESSMENT OF CONTINUOUS VENO-VEINOUS HEMOFILTRATION EFFICACY IN SEPTIC SHOCK INDUCED MULTIORGAN FAILURE SYNDROME IN ICU NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: of clinical and subclinical efficacy of continuous hemodialysis in the treatment of multi-organ failure due to septic shock. **Methods:** Prospective study on 32 patients with MOFS from septic shock were treated CVVH at the ICU of Nghe an friendship hospital from 01/2021 to 09/2021. **Results:** 32 patients, 23 males, 09 females, the mean age 51.6 ± 13.6, septic shock with respiratory tract 53%. Severity before dialysis, APACHE II score 20.5 ± 4.2, SOFA score 10.6 ± 3.5, organ failure 2.7 ± 1.2. There were 18 (56%) patients out of shock, 17 (53%) died. The survival rate among patients who started CVVH within 24 h after onset of multiple organ failure was significantly higher than in the group who started CVVH later (61.1% vs 21.4%, p). <0.05). **Conclusion:** CVVH is effective in treating multi-organ failure due to septic shock, so an early CVVH strategy should be introduced for septic shock patients with

multi-organ failure.

Keyword: Septic shock, multiorgan failure (MOFS), continuous veno-venous hemofiltration (CVVH)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn là tình trạng rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng do đáp ứng không được điều phối của cơ thể với nhiễm trùng gây nên các bất thường về tuần hoàn và chuyển hóa tế bào đủ nặng làm tăng đáng kể tỷ lệ tử vong do suy đa tạng [1]. Dù đã có nhiều tiến bộ trong hồi sức, tỷ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn tới 30% -50%[2]. Từ quan điểm sinh lý bệnh của sốc nhiễm khuẩn là một đáp ứng miễn dịch mất kiểm soát của cơ thể với nhiễm trùng làm giải phóng hàng loạt các cytokine gây viêm (cơn bão cytokine)[3]. Cơn bão cytokine trong giai đoạn cấp tính của sốc nhiễm trùng là nguyên nhân gây sốc, suy tạng và suy giảm miễn dịch thứ phát [4]. Để điều trị suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn, bên cạnh các biện pháp hồi sức và giải quyết tình trạng nhiễm khuẩn, người ta thấy rằng các biện pháp làm giảm cytokine trong máu có thể tác động tới cơ chế bệnh sinh. Lọc máu liên tục là một biện pháp đã được sử dụng mục đích thải trừ cytokine, điều chỉnh toan kiềm, và một số nghiên cứu thấy rằng nó có hiệu quả trong điều trị suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục trong điều trị suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn chọn:** Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân chẩn đoán suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn điều trị tại khoa HSTC bệnh viện HNDK Nghệ an.

- Chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo định nghĩa Sepsis 3: Bệnh nhân nhiễm khuẩn với tình trạng tụt huyết áp đòi hỏi thuốc vận mạch để duy trì huyết áp trung bình ≥ 65 mmHg và có nồng độ lactat huyết thanh >2 mmol/L dù đã được hồi sức dịch đầy đủ [1]

- Chẩn đoán SĐT theo thang điểm SOFA [4]

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Các nguyên nhân gây suy đa tạng có chỉ định ngoại khoa nhưng chưa được can thiệp có hiệu quả. Sốc giai đoạn cuối không đáp ứng với bù thể tích tuần hoàn và

*Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Phúc
Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.4.2022
Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022
Ngày duyệt bài: 6.6.2022

thuốc vận mạch. Bệnh nhân có bệnh lý nặng giai đoạn cuối

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu can thiệp

Bệnh nhân được hồi sức và điều trị nhiễm khuẩn theo " Hướng dẫn quốc tế về điều trị nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn "

Lọc máu liên tục bằng máy Prismaflex, máy Omni, dịch thay thế Duosol 25ml/ kg/h. Lọc máu liên tục khi tình trạng suy tạng cải thiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn tại khoa HSTC trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 09/2021. Trong đó 23 nam, 09 nữ, tuổi trung bình 51,6 ± 13,6. Sốc nhiễm khuẩn có đường vào đường hô hấp 53 %. Sốc nhiễm khuẩn do nhiễm khuẩn cộng đồng 25 bệnh nhân(78 %), nhiễm khuẩn bệnh viện 07 bệnh nhân 22 (%).

3.1. Mức độ nặng của bệnh nhân trước lọc máu liên tục

Bảng 1. Mức độ nặng của bệnh nhân trước lọc máu liên tục

Thông số	Giá trị
Điểm APACHE II	20.5 ± 4.2 (10 – 32)
Điểm SOFA	10.6 ± 3.5 (6 – 16)
Số tạng suy	2.7 ± 1.2 (2 - 5)

Tình trạng bệnh nhân trước lọc máu liên tục nặng với điểm APACHE II và SOFA cao

3.2. Sự thay đổi số tạng suy trước và sau quá trình lọc máu liên tục

Bảng 2. Sự thay đổi số tạng suy trước và sau quá trình lọc máu liên tục

Thay đổi số tạng suy	Nhóm sống (n = 15):		p < 0,001
	Trước lọc: 2,4 ± 0,8	Sau lọc: 1,2 ± 1,0	
	Nhóm tử vong (n = 17):		p > 0,05
	Trước lọc: 3,1 ± 1,9	Sau lọc: 3,5 ± 1,6	

Trước và sau LMLT, số tạng suy ở nhóm sống giảm có ý nghĩa thống kê, trong khi nhóm tử vong không thay đổi.

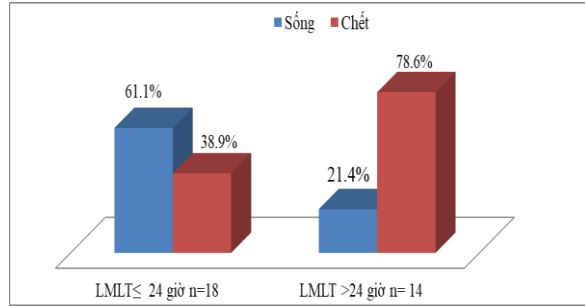
3.3. Kết quả điều trị.

Bảng 3. Kết quả điều trị

Thông số	Giá trị
Tỷ lệ thoát sốc (%)	18 (56,2 %)
Thời gian thoát sốc (giờ)	83,4 ± 43,8 (18-170)
Tỷ lệ tử vong (%)	17 (53%)

18 (56,2%) bệnh nhân thoát sốc, 15 bệnh nhân sống, 03 bệnh nhân thoát sốc nhưng tử vong do các nguyên nhân khác.

3.4. So sánh nhóm lọc máu trước 24 giờ và nhóm lọc máu sau 24h



Biểu đồ 1. So sánh nhóm lọc máu trước 24 giờ và nhóm lọc máu sau 24h

Nhóm bệnh nhân được lọc máu liên tục sớm trước 24 giờ có tỷ lệ sống 61,1% cao hơn so với 21,4% ở nhóm lọc máu liên tục muộn sau 24 giờ (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Điểm APACHE II khi vào khoa HSTC trong nghiên cứu của chúng tôi 20.5 ± 4.2 tương tự điểm APACHE II trong nghiên cứu của Hoàng Văn Quang là 19±4,6 [5], Điểm APACHE II trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Xuân Nam 24,5 ± 5,1 [6]. Bệnh nhân trong nghiên cứu của Nguyễn Xuân Nam thực hiện tại khoa HSTC Bạch Mai, tuyến cuối, nơi tập trung bệnh nhân rất nặng từ các tỉnh phía Bắc.

Điểm SOFA thời điểm trước lọc máu liên tục 10.6 ± 3.5, tương đương so với nghiên cứu của Hoàng Văn Quang 11,3 ± 3 [5], thấp hơn nghiên cứu Nguyễn Xuân Nam 13,9 ± 3,1 [6], Lê Thị Diễm Tuyết 12,2 ± 3,8 [7]. Số tạng suy trung bình khi vào khoa trước khi được tiến hành LMLT là 2,8 ± 1.2, thấp hơn nghiên cứu Nguyễn Xuân Nam 3,2±1,0[6], Lê Thị Diễm Tuyết là 3,8 ±1,1[7].

Trước và sau lọc máu liên tục, số tạng suy ở nhóm sống giảm có ý nghĩa thống kê (p < 0,001) trong khi nhóm tử vong không thay đổi.

Tỷ lệ thoát sốc 56,2%. Thời gian thoát sốc là 83,4 ± 43,8giờ. nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Nguyễn Xuân Nam (56,2% so với 43,4%) và thời gian thoát sốc tương đương [6].

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 53%, thấp hơn Hoàng Văn Quang 60% [5], Nguyễn Xuân Nam 66%[6], cao hơn trong nghiên cứu của, Lê Thị Diễm Tuyết 42,2% [7].

Tỷ lệ sống ở nhóm được LMLT trước 24 giờ có tỷ lệ cao hơn ở nhóm LMLT sau 24 giờ, 61.1% so với 21,4%. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Theo Ronco, các cytokine gây viêm như TNF, IL - 1, IL-6, IL- 8, xuất hiện trong máu rất sớm từ 30 phút tới 6 giờ kể từ khi có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống, nhanh chóng tiến

triển đến hội chứng sốc và hiện tượng suy giảm chức năng các cơ quan, tác giả cho rằng cần LMLT càng sớm càng tốt [8]. Như vậy lọc máu liên tục sớm cải thiện tiên lượng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có suy đa tạng. Hiện tại ở Việt nam và Nghệ an nói riêng, bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn suy đa tạng vào khoa HSTC kha muộn với nhiều lí do khác nhau. Vì vậy việc thăm khám phát hiện sớm các tình trạng sốc do nhiễm khuẩn, nguy cơ suy đa tạng và vận chuyển về các trung tâm có khả năng lọc máu liên tục là rất cấp thiết, cần các bệnh viện tuyến dưới lưu ý.

V. KẾT LUẬN

Lọc máu liên tục là biện pháp điều trị phối hợp có hiệu quả làm giảm tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn. Lọc máu liên tục sớm trước 24h cho bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có suy đa tạng tiên lượng tốt hơn các bệnh nhân lọc máu muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Singer M., Deutschman C.S., Seymour C.W., et al.** The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*.

2016;315(8):801-810.

2. **Angus D.C, Van der Poll T.** Severe Sepsis and Septic Shock. *N Engl J Med*. 2013;369(9):840-851.
3. **Cecconi M EL, Levy M RA.** Sep-sis and septic shock. *Lancet*. 2018;392(10141):75-87.
4. **Vincent J.L., Moreno R., Takala J., et al.** The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med*. 1996; 22(7):707-710.
5. **Hoàng Văn Quang (2009),** "Nghiên cứu hiệu quả lọc máu liên tục thể tích cao điều trị suy đa tạng trong sốc nhiễm khuẩn", *Tạp chí Y học thực hành*, Số 1: 25-29.
6. **Nguyễn Xuân Nam (2010),** "Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục trong suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn" *Tạp chí Y học Việt nam*, Tập 369, số 2: 18-21
7. **Lê Thị Diễm Tuyết - Trần Minh Tuấn (2007),** "Đánh giá tác dụng của lọc máu liên tục trong điều trị BN suy đa tạng", *Báo cáo chuyên đề hội nghị Hồi sức toàn quốc 4/2007*, 39-43.
8. **Ronco C , Bellomo R , Ricci Z (2012),** "Important of increased ultrafiltration volume and impact on mortality: sepsis and cytokine story and the role for CVWH", *EDTNA/ERCA Dialysis Technology Journal Club*, (suppl 2): 13-19

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI DO NẤM TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Kim Thu^{1,2}, Lê Thị Vân Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và kháng nấm ở bệnh nhân viêm phổi do nấm tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 bệnh nhân viêm phổi do nấm điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương từ tháng 01/2016 đến tháng 06/2021. **Kết quả:** Tất cả các chủng *C.tropicalis* đều nhạy cảm với caspofungin, micafungin và amphotericin B. Tỷ lệ chủng *C.tropicalis* đề kháng và kháng trung gian cao nhất đều với fluconazol (29,6% và 18,5%). Số ngày điều trị thuốc kháng nấm trung bình là 12,34±8,1; thời gian điều trị thuốc kháng nấm trên 2 tuần chiếm tỷ lệ lớn nhất (63,5%). Thuốc kháng nấm được sử dụng nhiều nhất với viêm phổi do *Aspergillus* là voriconazol (82,1%); do *C.albicans*, *C.tropicalis*, *C.parasilosis* là fluconazol (tương ứng 87%; 53,8%; 100%), do *C.neoforman* và *T.marneffei*

là amphotericin B (100%). Tỷ lệ cải thiện chung sau 7 ngày điều trị là 58,9%. Tỷ lệ cải thiện chung sau 14 ngày điều trị là 91,8%. **Kết luận:** Điều trị viêm phổi do nấm cần dựa và căn nguyên và kết quả kháng nấm để lựa chọn thuốc điều trị nấm phù hợp

Từ khóa: Viêm phổi do nấm, điều trị, thuốc, kháng nấm.

SUMMARY

EVALUATION OF ANTIFUNGAL TREATMENT RESULTS IN PATIENTS WITH FUNGAL PNEUMONIA AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Objective: To evaluate antifungal treatment results in patients with fungal pneumonia at the National Hospital for Tropical Diseases. **Population and method:** Cross descriptive study on 105 patients with invasive pulmonary fungal infection treated at the National Hospital for Tropical Diseases. **Results:** All strains of *C.tropicalis* were sensitive to caspofungin, micafungin and amphotericin B. The highest percentage of resistant and intermediate resistant of *C.tropicalis* strains were with fluconazole (29.6% and 18.5%). The average number of days of antifungal treatment was 12.34±8.1; duration of antifungal treatment over 2 weeks accounted for the largest

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Thu

Email: nguyengkimthu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 1.6.2022