

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

Đinh Văn Trung¹, Nguyễn Thị Thanh Mai¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 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. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, có đối chứng trên 23 bệnh nhân có lọc máu liên tục (LMLT) và 22 bệnh nhân không LMLT, được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 1/2020 – 6/2022. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có LMLT chỉ số về mạch, huyết áp trung bình, áp lực ổ bụng, điểm SOFA, APACHE II giảm nhanh hơn so với nhóm không LMLT. Tỷ lệ tử vong ở nhóm có LMLT cũng thấp hơn so với nhóm không LMLT (lần lượt 4,3% so với 27,3% với $p < 0,05$). **Kết luận:** Biện pháp lọc máu liên tục trên bệnh nhân viêm tụy cấp nặng cho thấy hiệu quả làm giảm tử vong và an toàn.

Từ khóa: Viêm tụy cấp nặng, lọc máu liên tục, suy đa tạng.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF CONTINUOUS VENO – VENOUS HAEMOFILTRATION ON THE TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS IN PHU THO GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of continuous veno – venous haemofiltration (CVVH) on the treatment of severe acute pancreatitis in Phu Tho General Hospital. **Subject and method:** Prospective controlled intervention study on 45 severe acute pancreatitis patients were divided in two groups: 23 patients with CVVH therapy and 22 without one, were treated in Phu Tho General Hospital from January 2020 to June 2022. **Results:** In severe acute pancreatitis patients with CVVH, parameters of pulse, mean blood pressure, abdominal pressure, SOFA score, APACHE II score reduced more quickly than the ones in the control group. The rate of mortality was lower in group with CVVH therapy in compare with control group (4,3% and 27,3% with $p < 0,05$, respectively). **Conclusion:** Continuous veno-venous haemofiltration on the treatment of severe acute pancreatitis help decrease mortality and feasible.

Keywords: Severe acute pancreatitis, continuous venovenous hemofiltration (CVVH), multiple organ failure syndrome.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Trung

Email: dinhvantrung.ptgh@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2023

Ngày duyệt bài: 6.2.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là một tình trạng tổn thương cấp tính ở tụy với diễn biến bệnh phức tạp từ viêm tụy cấp nhẹ đến viêm tụy cấp nặng hoại tử với các biến chứng suy đa tạng nặng nề, tỷ lệ tử vong cao. Tỷ lệ mắc ước tính 15 – 42 ca trên 100 000 ca mỗi năm, tỷ lệ tử vong 1 – 7% và tăng đến 20% ở những bệnh nhân viêm tụy cấp hoại tử [1]. Hiểu biết về cơ chế bệnh sinh của viêm tụy cấp đã rõ ràng tụy bị tổn thương do nhiều cơ chế và gây đáp ứng viêm hệ thống, giải phóng ra các cytokine, tăng phản ứng tế bào bạch cầu, các tế bào nội mạc mạch máu, tăng áp lực ổ bụng, đây chính là nguyên nhân dẫn đến suy đa tạng trong viêm tụy cấp [2]. Điều trị viêm tụy cấp có nhiều tiến bộ ngoài việc giải quyết nguyên nhân (nhiễm khuẩn, nội soi ngược dòng lấy sỏi, giải quyết rối loạn chuyển hóa mỡ,...), hồi sức (truyền dịch, kháng sinh, giảm đau, giảm tiết,...) thì lọc máu liên tục (CVVH – Continuous veno-venous hemofiltration) cũng là phương pháp hỗ trợ tích cực trong điều trị viêm tụy cấp nặng. Phương pháp LMLT có khả năng loại bỏ các cytokin cắt vòng xoắn gây suy đa tạng, làm giảm áp lực ổ bụng, cải thiện tử vong. Tuy nhiên đây còn là phương pháp gây nhiều tranh cãi, một số tác giả cho rằng LMLT không cải thiện tỷ lệ tử vong [3]. Tại Việt Nam, lọc máu liên tục đã được áp dụng tại nhiều Trung tâm hồi sức lớn cho thấy hiệu quả nhất định [4]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: 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.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân viêm tụy cấp được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 01 – 2020 đến hết tháng 6 – 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán viêm tụy cấp và viêm tụy cấp nặng theo tiêu chuẩn Hội nghị quốc tế Atlanta về viêm tụy cấp sửa đổi 2007 [5]. Chẩn đoán viêm tụy cấp dựa vào lâm sàng (Đau bụng, nôn, bí trung đại tiện, ...) và cận lâm sàng (Amylase máu tăng cao gấp 3 lần bình thường, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có hình

ảnh viêm tụy cấp, siêu âm có hình ảnh viêm tụy cấp); Chẩn đoán mức độ nặng có điểm APACHEII ≥ 8 ; Bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia lọc máu liên tục.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp viêm tụy cấp kèm theo các bệnh lý nặng như: Suy tim nặng độ III, IV, suy thận mạn máu chu kỳ, xơ gan phân loại Child B, C,...; Viêm tụy cấp tăng triglycerid, viêm tụy cấp đã được phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng mô hình nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, có đối chứng. Cơ mẫu: Cơ mẫu thuận tiện.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Hồi sức tích cực - chống độc, Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ.

Tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu sẽ được làm các xét nghiệm, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, phân loại mức độ nặng, điều trị cơ bản sau đó chia 2 nhóm có và không LMLT.

- Hồi sức tích cực bệnh nhân viêm tụy cấp nặng theo Quy trình của Bộ Y tế (2015).

+ Tất cả bệnh nhân đều được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, bù dịch Natriclorid 0.9% lượng dịch 250 – 300ml/giờ trong 24 giờ đầu.

+ Tiến hành chọc dẫn lưu ổ bụng dưới hướng dẫn siêu âm đối với các bệnh nhân có dịch ổ bụng.

- Lọc máu liên tục theo quy trình của khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai.

- Đánh giá hiệu quả của LMLT qua các tiêu chí: Các chỉ số lâm sàng mạch, huyết áp trung bình; Áp lực ổ bụng; Một số các chỉ số sinh hóa, CRP; Các điểm SOFA, APACHE II; Thời gian điều trị; Tỷ lệ tử vong; Đánh giá một số biến chứng của lọc máu liên tục.

Phương pháp thống kê và phân tích số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức của Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới

Tuổi và giới		Nhóm		p
		Có LMLT n=23	Không LMLT n=22	
Tuổi	($\bar{x} \pm SD$)	46,7 \pm 9,4	45,6 \pm 10,2	p>0,05
	Thấp nhất/ Cao nhất	34/68	32/67	p>0,05
Giới	Nam	73,9	77,3	p>0,05
	Nữ	22,7	26,1	p>0,05

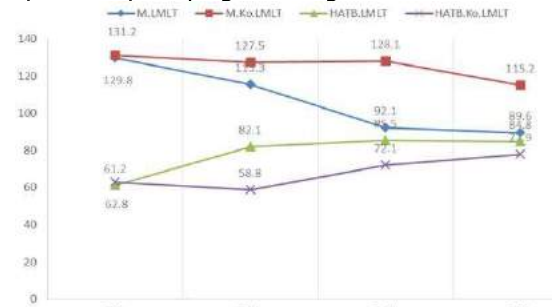
Độ tuổi trung bình ở nhóm có LMLT là 46,7 \pm 9,4 và ở nhóm không LMLT là 45,6 \pm 10,2.

Nam chiếm tỷ lệ lớn ở cả 2 nhóm. Sự khác biệt về tuổi và giới ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Các thông số về điểm Ranson, APACHE II và áp lực ổ bụng của hai nhóm khi nhập viện.

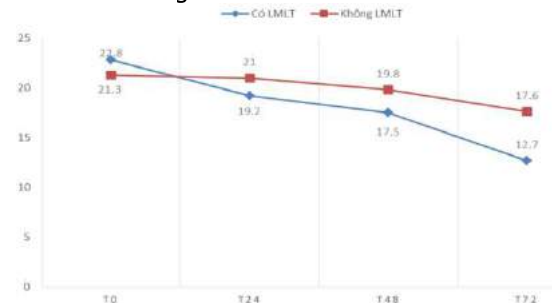
Thông số	Nhóm Có LMLT n=23	Nhóm Không LMLT n=22	p
Điểm Ranson	6,3 \pm 2,5	6,6 \pm 2,3	p > 0,05
Điểm APACHE II	15,1 \pm 4,1	15,8 \pm 4	p > 0,05
Điểm SOFA	8,5 \pm 2,5	8,3 \pm 2,4	p > 0,05
ALOB (cm)	22,8 \pm 3,6	21,3 \pm 5,6	p > 0,05

Các thông số cơ bản giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 1. Thay đổi về mạch và huyết áp trung bình giữa hai nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có và không LMLT

Các chỉ số về mạch và huyết áp trung bình của nhóm LMLT về bình thường nhanh hơn so với nhóm không LMLT.



Biểu đồ 2: Thay đổi áp lực ổ bụng giữa hai nhóm viêm tụy cấp nặng có LMLT và không LMLT

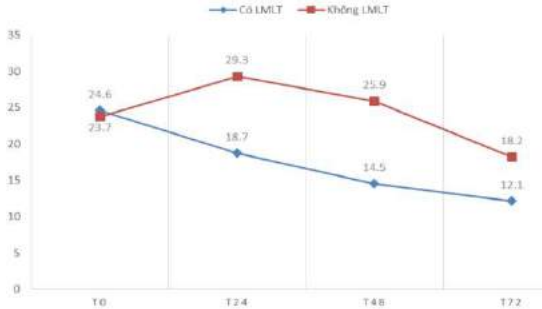
Áp lực ổ bụng ở nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có LMLT giảm nhanh hơn so với nhóm không LMLT.

Bảng 3. Thay đổi một số chỉ số sinh hóa máu ở hai nhóm có và không LMLT sau 48h

Thông số	Nhóm Có LMLT (n=23)	Nhóm Không LMLT (n=22)	p
Ure	8,5 \pm 4,8	16,7 \pm 11,8	p<0,05
Creatinin	85,2,3 \pm 25,7	125,6 \pm 38,2	p<0,05

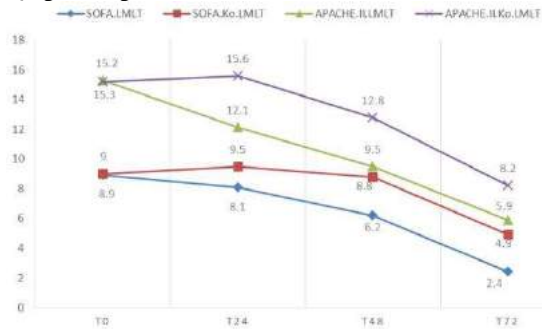
GOT	59,3 ± 4,6	61,2 ± 6,8	p>0,05
GPT	52,9 ± 8,2	51,3 ± 4,9	p>0,05
BilirubinTP	25,6 ± 6,9	29,4 ± 5,9	p>0,05
Amylase	489 ± 128	1452 ± 235	p<0,05
Na+	139 ± 4,9	142 ± 5,3	p>0,05
K+	3,5 ± 0,8	4,2 ± 1,1	p>0,05

Nồng độ ure, creatinin, amylase thấp hơn ở nhóm có LMLT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3. Thay đổi nồng độ CRP (mg/dl) theo thời gian ở hai nhóm

Nồng độ CRP ở nhóm viêm tụy cấp nặng có LMLT giảm nhanh hơn so với nhóm viêm tụy cấp nặng không LMLT.



Biểu đồ 4. Thay đổi điểm SOFA và APACHE II ở hai nhóm viêm tụy cấp nặng có và không có LMLT

Điểm SOFA và APACHE II giảm nhanh hơn ở nhóm viêm tụy cấp nặng có LMLT so với nhóm không LMLT.

Bảng 4. Kết quả điều trị chung giữa hai nhóm viêm tụy cấp nặng có LMLT và không LMLT.

Thông số	Nhóm Có LMLT	Nhóm Không LMLT	p
Tỷ lệ tử vong	4,3	23,7	p<0,05
Số ngày điều trị	10,5 ± 2,6	14,6 ± 5,3	p<0,05

Nhóm LMLT có tỷ lệ tử vong và số ngày điều trị thấp hơn so với nhóm không LMLT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Tỷ lệ các biến chứng thường gặp ở nhóm LMLT

Tên biến chứng	Số lần	Tỷ lệ	Cách xử trí
Tắc quả lọc	8	45	Thay quả lọc
Tụt HA	5	25	Bù dịch, giảm tốc độ dòng máu
Hạ Kali máu	4	20	Bù Kali
Rối loạn đông máu	3	15	Protamine
Tổng	20	100	

Biến chứng hay gặp nhất là tắc quả lọc.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian 30 tháng (từ tháng 1/2021 đến hết tháng 6/2022), chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 45 bệnh nhân viêm tụy cấp tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, trong đó nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có LMLT là 23 và nhóm không LMLT là 22. Nhìn chung, không có sự khác biệt về đặc điểm tuổi, giới tính và các thông số như điểm Ranson, SOFA, APACHE II, áp lực ổ bụng giữa hai nhóm viêm tụy cấp nặng ở thời điểm nhập viện. Các chỉ số về mạch, huyết áp trung bình trở về mức bình thường nhanh hơn có ý nghĩa sau khi LMLT. Kết quả này cũng giống với kết quả của Vũ Đức Định [6] ở nhóm LMLT chỉ số mạch và HATB trở về mức bình thường nhanh ở ngày thứ 4, 5. Lọc máu liên tục đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu giúp ổn định nội môi, kiểm soát dịch, hạ sốt, loại bỏ các cytokine giúp phần làm mạch và huyết áp nhanh chóng trở về bình thường hơn. Về áp lực ổ bụng cũng nhanh chóng giảm từ 22,8 xuống 12,7 ở nhóm LMLT, bệnh nhân sau khi được lọc máu bụng đỡ chướng hơn, áp lực ổ bụng giảm, bắt đầu có nhu động ruột trở lại, đánh hơi được. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nhiều nghiên cứu trong nước [4], [6]. Về thay đổi nồng độ ure, creatinin, amylase so sánh giữa hai nhóm chúng tôi thấy có sự giảm nhanh hơn ở nhóm viêm tụy cấp nặng có LMLT so với nhóm không LMLT. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả [4], [6]. Về thay đổi nồng độ CRP cho thấy tại thời điểm vào viện không có sự khác biệt về nồng độ giữa hai nhóm. Tuy nhiên, sau khi được lọc máu nhóm bệnh nhân LMLT có sự giảm nồng độ nhanh hơn và trở về mức bình thường nhanh hơn so với nhóm không LMLT. Kết quả này tương tự kết quả của một số tác giả [4], [6]. Biểu đồ 4 cho thấy rất điểm SOFA cũng như điểm APACHE II ở nhóm viêm tụy cấp nặng có LMLT giảm hơn so với so với nhóm không có LMLT. Và sự giảm rõ ràng nhất sau ngày thứ 4, khi điểm SOFA mức xuống 2,4 còn APACHE II xuống 5,9 ở nhóm có LMLT. Kết quả này cũng

tương tự so với nghiên cứu của tác giả Hà Mạnh Hùng khi điểm SOFA giảm xuống 3,2 ở ngày thứ 4, điểm APACHE II giảm xuống 6,9 ngày thứ 4 [7]. Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có LMLT tỷ lệ tử vong là 4,3%, và nhóm không LMLT là 27,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác [4], [6],[7]. Những bệnh nhân tử vong theo nghiên cứu là những bệnh nhân có đáp ứng viêm hệ thống mạnh, CRP nhập viện tăng cao, điểm SOFA, APACHE II diễn biến tăng cao, suy đa cơ quan, dù có lọc máu nhưng đáp ứng vẫn rất kém. Đặc biệt những bệnh nhân có áp lực ổ bụng tăng cao càng làm cho vòng xoắn bệnh lý trở nên nặng nề. Về số ngày điều trị ở nhóm có LMLT thấp hơn so với nhóm không LMLT, 10,5 ngày so với 14,6 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Theo bảng 5 thì các biến chứng thường gặp trong LMLT là tắc quả lọc, tụ máu, hạ kali máu, rối loạn đông máu [8] đây là các biến chứng có thể gặp trong quá trình lọc máu và đều có cách khắc phục để đảm bảo quá trình lọc máu diễn ra an toàn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 45 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng trong đó có 23 bệnh nhân có LMLT, 22 bệnh nhân không LMLT cho thấy: Biện pháp LMLT giúp ổn định nhanh hơn các chỉ số về mạch, huyết áp, áp lực ổ bụng. LMLT giúp cải thiện chức năng các tạng nhanh hơn thông qua điểm SOFA, APACHE II so với nhóm không LMLT. Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp

nặng có LMLT là 4,3% thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không LMLT là 27,3% mẫu nghiên cứu còn thấp, cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn giúp đánh giá hiệu quả của biện pháp LMLT trong viêm tụy cấp nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goodchild G, Chouhan M, Johnson GJ et al** (2019). "Practical guide to the management of acute pancreatitis. *Frontline Gastroenterology*; 10:292-299.
2. **Keskinen, P., Leppaniemi, A., Pettila, V. et al** (2007). "Intra-abdominal pressure in severe acute pancreatitis". *World journal of emergency surgery: WJES*, 2, 2.
3. **Lin Y, He S, Gong J, et al** (2019). Continuous veno-venous hemofiltration for severe acute pancreatitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10.
4. **Đào Xuân Cơ, Nguyễn Gia Bình** (2010). "Nhận xét hiệu quả phương pháp lọc máu liên tục trong điều trị viêm tụy cấp nặng". *Kỷ yếu hội thảo về lọc máu liên tục toàn quốc*, tr. 37 – 44.
5. **Banks PA, Freeman ML** (2007). "Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis". *Am J Gastroenterol*;101(10):2379-400.
6. **Vũ Đức Đình, Nguyễn Gia Bình** (2012). "Nghiên cứu hiệu quả điều trị của liệu pháp lọc máu liên tục trong viêm tụy cấp nặng". *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*, tập VII – số 30.
7. **Hà Mạnh Hùng** (2010). "Đánh giá hiệu quả của biện pháp lọc máu tĩnh mạch – tĩnh mạch liên tục trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp nặng". *Luận văn thạc sỹ y khoa*.
8. **Kovvuru, K, Velez, JC** (2021). "Complications associated with continuous renal replacement therapy". *Semin Dial*; 34 (6): 489 – 494.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỐNG NHẤT ĐỒNG NAI

Phạm Thị Lành¹, Nguyễn Như Hồ¹, Nguyễn Ngọc Khôi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các vi khuẩn gây bệnh, mức độ đề kháng của vi khuẩn và kết quả trong điều trị nhiễm trùng đường tiết niệu (NTĐTN) tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 171 hồ sơ bệnh án (HSBA) có chẩn đoán NTĐTN từ 01/01/2020 đến

31/12/2020 được điều trị nội trú tại khoa Ngoại niệu Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai. **Kết quả:** Tuổi trung bình (TB) của mẫu nghiên cứu (51,7 ± 17,8) trong đó nữ chiếm tỷ lệ 52%. Trong tổng số mẫu nghiên cứu có 113 trường hợp (TH) 66,1% bệnh nhân có ít nhất 1 bệnh mắc kèm, tăng huyết áp gặp nhiều nhất 18,7%, các yếu tố gây phức tạp NTĐTN (bất thường cấu trúc hệ niệu chiếm tỉ lệ cao nhất 62,6%). Số BN lấy mẫu làm kháng sinh đồ (KSD) chiếm tỉ lệ 57,9%, kết quả mẫu cấy dương tính 48,5%, có 34 TH định danh ra 1 vi khuẩn (VK) và 2 TH định danh ra 2 VK, VK Gram (-) 73,7%, VK định danh ra được chủ yếu là *Escherichia coli* 39,5%, *Proteus mirabilis* 7,9%, *Klebsiella pneumoniae* 7,9%, *Pseudomonas aeruginosa* 7,9%. Kết quả nghiên cứu

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Khôi
Email: nnkhoi@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 8.12.2022
Ngày phản biện khoa học: 30.01.2023
Ngày duyệt bài: 9.2.2023