

vỡ tĩnh mạch thực quản 1,2 lần. Các yếu tố liên quan hay yếu tố có khả năng tiên lượng kết quả điều trị sau 6 tuần dùng Octreotide và thất vòng cao su TMTQ gần có ý nghĩa thống kê là điểm Child-Pugh trung bình; mức độ cổ trướng; giai đoạn bệnh não gan 3,4; nồng độ NH3 trong máu và số lượng khối hồng cầu truyền trong 24h đầu.

KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra kiến nghị cần đánh giá ngay các yếu tố liên quan trên khi bệnh nhân nhập viện và sau khi điều trị để tiên lượng kết quả chảy máu tái phát sớm sau 6 tuần. Từ đó có biện pháp cụ thể quản lý bệnh nhân để giảm thiểu tỷ lệ tái xuất huyết và tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mã Phước Nguyên** (2010). "Các yếu tố dự đoán nguy cơ tử vong trên bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản đang nằm viện". Tạp chí Y khoa Thành phố Hồ Chí Minh, (Tập 14 Phụ bản của số 2), 467 - 469.

2. **Ngô Thị Thanh Quýt** (2011). "Khảo sát các yếu tố tiên đoán tử vong ở bệnh nhân xơ gan có dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản". Tạp chí Y

khoa Thành phố Hồ Chí Minh, (Tập 15, phụ bản của số 2), 147- 153.

3. **Tống Thị Thanh Huyền** (2015). Đánh giá kết quả cầm máu của Somatostatin phối hợp với thất tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan có vỡ giãn tĩnh mạch thực quản tại Khoa Tiêu hoá, Bệnh viện Bạch Mai, 81.

4. **Vũ Trường Khanh** (2011). "Điều trị xuất huyết tiêu hóa cao do tăng áp lực tĩnh mạch cửa". Tạp chí Khoa học Tiêu hóa Việt Nam, Tập VI (Số 22), 1 - 4.

5. **Bambha K, Kim W R, Pedersen R, et al** (2008). "Predictors of early re-bleeding and mortality after acute variceal haemorrhage in patients with cirrhosis". Gut, 57 (6), 814 - 820.

6. **Seo Y S, Park S Y, Kim M Y, et al** (2014). "Lack of difference among terlipressin, somatostatin, and octreotide in the control of acute gastroesophageal variceal hemorrhage". Hepatology, 60 (3), 954 - 963.

7. **Topdagi O, Okcu N, Bilen N** (2014). "The frequency of complications and the etiology of disease in patients with liver cirrhosis in erzurum". The Eurasian journal of medicine, 46 (2), 110.

GIÁ TRỊ CỦA X QUANG CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN TẮC RUỘT NON DO DÍNH SAU PHẪU THUẬT BỤNG CÓ VÀ KHÔNG CÓ BIẾN CHỨNG THẤT NGHỆT RUỘT

NGUYỄN ĐẠI HÙNG LINH¹, ĐÀM CHÍ CƯỜNG²

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Bình Dân

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các dấu hiệu hình ảnh trên XQCLVT trong tắc ruột non do dây dính (SBA) và tắc ruột non do màng dính (MA); thiết lập thang điểm CTscore trong chẩn đoán phân biệt giữa tắc ruột non do dây dính (SBA) và màng dính (MA).

Phương pháp: Hình ảnh XQCLVT của 102 bệnh nhân (62 SBA và 40 MA) được thu nhận.

Hình ảnh tắc ruột non được đánh giá bằng các dấu hiệu đường kính quai ruột non dẫn lớn nhất, dấu hiệu mỏ chim, dấu hiệu khuyết mỡ, hình ảnh quai kín, giảm/không bắt thuốc thành ruột, thâm nhiễm mỡ mạc treo, dịch ổ bụng và dịch mạc treo. Tính toán tỉ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% và thành lập thang điểm CTscore dự đoán nguyên nhân tắc ruột do dây dính, vẽ đường cong ROC để đánh giá giá trị chẩn đoán của thang điểm CTscore trong chẩn đoán phân biệt tắc ruột non do dây dính và màng dính.

Kết quả: Trung bình đường kính quai ruột dẫn lớn nhất của SBA và MA lần lượt là $35,0 \pm 5,2$ (mm) và $40,0 \pm 4,3$ (mm) (sự khác biệt có ý

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đại Hùng Linh

Email: ngunglinh1977@gmail.com

Ngày nhận: 26/9/2021

Ngày phản biện: 18/10/2021

Ngày duyệt bài: 09/11/2021

ngĩa thống kê $p < 0.05$). Có sự tương quan thuận giữa các dấu hiệu mỏ chim, dấu hiệu khuyết mỡ, hình ảnh quai kín, thâm nhiễm mỡ mạc treo và dịch ổ bụng với SBA. Trong khi đó, dấu hiệu dịch mạc treo lại tương quan nghịch đến SBA. Thang điểm CTscore lớn hơn hoặc bằng 6 điểm có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 78,6% và 83,3% trong chẩn đoán SBA.

Kết luận: Tắc ruột non do dây dính (SBA) thường gặp dấu hiệu mỏ chim, dấu hiệu khuyết mỡ, hình ảnh quai kín, thâm nhiễm mỡ mạc treo và dịch ổ bụng hơn tắc ruột non do mảng dính (MA). Thang điểm CTscore lớn hơn hoặc bằng 6 điểm có giá trị phân biệt giữa tắc ruột non do dây dính và mảng dính.

Từ khoá: Tắc ruột non do dây dính - tắc ruột non do mảng dính.

SUMMARY

VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION AFTER ABDOMINAL SURGERY WITH AND WITHOUT STRAGULATION

Objectives: To describe CT features of single adhesive band and matted adhesions to compare those in small bowel obstruction by building CTscore

Methods: CT scan images of 102 patients (62 single adhesive band, 40 matted adhesion) who underwent surgery were record. The maximum dilated small bowel diameter, beak sign, fat notch sign, closed loop mechanism, reduced bowel wall enhancement, mesenteric haziness, mesenteric fluid and peritoneal fluid. Odd ratio with 95% CI was performed to build and value the diagnostic utility of CTscore in differentiating single adhesive band and matted band in small bowel obstruction.

Results: The mean maximum small bowel dilation of SBA and MA prespectively were 35.0 ± 5.2 (mm) và 40.0 ± 4.3 (mm) ($p < 0.05$). The presence of beak sign, fat notch sign, closed loop mechanism, reduced bowel wall enhancement, mesenteric haziness, peritoneal fluid significantly associated with single band adhesion (SBA) than the matted adhesion (MA). Conversely, the presence of mesenteric fluid inversely associated with single band adhesion. A CTscore is greater than 6 point had a sensitivity of 78.6%, specificity of 83.3% in differentiating between SBA and MA.

Conclusions: The presence of beak sign, fat notch sign, closed loop mechanism, reduced bowel wall enhancement, mesenteric haziness, peritoneal fluid significantly associated with single band adhesion (SBA) than the matted

adhesion (MA). A CTscore is greater than 6 point had a sensitivity of 78.6%, specificity of 83.3% in differentiate between SBA and MA.

Keywords: single adhesive band, matted adhesion, adhesive small bowel obstruction.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật khẩn với bệnh lý tắc ruột non có tỉ lệ có biến chứng phức tạp vào khoảng 10 – 40% và tỉ lệ tử vong trung bình của bệnh nhân là 4%^[1]. Hướng dẫn của Bologna năm 2017 khuyến cáo điều trị bảo tồn trong vòng 72h đối với tắc ruột non do dính trong trường hợp không có các dấu hiệu cần thiết cho việc mổ bụng thăm dò khẩn^[11].

Trường hợp bệnh nhân không có dấu hiệu mổ bụng thăm dò khẩn, các nghiên cứu gần đây cho rằng phẫu thuật sớm sau khi chẩn đoán có thể được cân nhắc để làm giảm tỉ lệ tắc ruột tái phát, giảm tỉ lệ tử vong do phẫu thuật và giảm giá thành chung của điều trị^[2].

Theo góc nhìn này, cơ chế của tắc ruột do dính có thể ảnh hưởng đến bác sĩ. Thật vậy, tắc ruột do dây dính (SBA) đại diện cho phần lớn các bệnh nhân phẫu thuật tắc ruột non do dính (ASBO)^[10]. Chính vì lý do này, tắc ruột non do dây dính được xem là yếu tố tiên lượng điều trị nội thất bại. Song, theo Duron và CS^[5] báo cáo rằng các trường hợp điều trị phẫu thuật đối với những bệnh nhân tắc ruột non do mảng dính (MA) có tỉ lệ tái phát cao hơn tắc ruột non do dây dính (SBA) và Fevang cùng CS báo cáo rằng MA có thể làm tăng rủi ro tương đối lên đến 1,13^[6].

Hiện có rất ít các nghiên cứu cho phép chẩn đoán cơ chế tắc ruột bằng hình ảnh^[4,8,9]. Tắc ruột non do dây dính thường bị chẩn đoán “quá tay”^[12], dẫn đến chỉ định phẫu thuật không cần thiết.

Mục tiêu đặt ra là xác định các dấu hiệu XQ cắt lớp vi tính để phân biệt giữa tắc ruột non gây ra bởi dây dính và mảng dính; phát triển thành một thang điểm CTscore dự đoán nguyên nhân tắc ruột non do dính.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán xuất viện là tắc ruột non do dính sau phẫu thuật bụng có chụp XQCLVT trước đó, được điều trị bằng phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi gỡ dính ruột từ ngày 01/01/2019 đến 30/07/2021 tại Bệnh viện Bình Dân.

Tiêu chí loại trừ: Bệnh nhân không có hình ảnh lưu trữ hoặc bệnh nhân không được chụp XQCLVT có tiêm thuốc thì tính mạch.

2. Cỡ mẫu

Thu thập được 102 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu để đưa vào phân tích, trong đó có 62 trường hợp tắc ruột non do dây dính (TRNDDD), 40 trường hợp tắc ruột non do màng dính (TRNDMD).

Phân tích một số dấu hiệu hình ảnh sau: đường kính quai ruột non dẫn lớn nhất (được đo từ bờ ngoài bề mặt thanh mạc đến bờ ngoài bề mặt thanh mạc đối diện, trên mặt phẳng vuông góc với trục quai ruột), dấu hiệu mỏ chim, dấu khuyết mỡ, giả phân trong lòng ruột, dấu hiệu cuộn xoáy, dày thành ruột, tăng đậm độ tự phát trên thì không thuốc, hình ảnh quai kín, giảm/không bắt thuốc thành ruột (GBTTR/KBTTR), thâm nhiễm mỡ mạc treo (TNMMT), dịch mạc treo và dịch ổ bụng.

KẾT QUẢ

Về đường kính quai ruột non dẫn lớn nhất: TRNDDD có trung bình đường kính quai ruột non dẫn lớn nhất là $35,0 \pm 5,2$ (mm), trong khi đó, đối với TRNDMD là $40,0 \pm 4,3$ (mm). Trung bình đường kính quai ruột non dẫn lớn nhất ở nhóm TRNDDD nhỏ hơn nhóm TRNDMD, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 1. Liên gian giữa một số đặc điểm hình ảnh và phân nhóm bệnh nhân

| Chỉ số | TRNDDD | TRNDMD | p |
|-------------------|--------|--------|--------|
| Mỏ chim | 85,5 | 40 | <0,001 |
| Khuyết mỡ | 67,7 | 27,5 | <0,010 |
| Hình ảnh quai kín | 42 | 7,5 | <0,001 |
| GBTTR/ KBTTR | 16,1 | 2,5 | <0,050 |
| TNMMT | 75,8 | 27,5 | <0,001 |

Các giá trị được thể hiện dưới dạng tỉ lệ %, Giá trị p giữa hai nhóm TRNDDD và TRNDMD

Giữa hai nhóm bệnh TRNDDD và TRNDMD, các dấu hiệu mỏ chim, khuyết mỡ, hình ảnh quai kín, giảm/không bắt thuốc thành ruột, thâm nhiễm mỡ mạc treo có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Dấu hiệu mỏ chim và khuyết mỡ là đặc điểm gợi ý chẩn đoán TRNDDD. Giảm/không bắt thuốc thành ruột và hình ảnh quai kín có độ đặc hiệu rất cao lần lượt là 97,5%, 92,5% nhưng có độ nhạy thấp theo thứ tự 16,1% và 40%. Các dấu hiệu mỏ chim, khuyết mỡ, thâm nhiễm mỡ mạc treo và dịch ổ bụng có độ nhạy và đặc hiệu cao lần lượt là 85,5%; 67,7%; 75,8%; 64,5% và 60%; 72,5%; 72,5%; 85%. Các dấu hiệu tăng đậm độ tự phát thì không thuốc, thành ruột dày, giả phân trong lòng ruột, không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa hai nhóm.

Bằng phương pháp hồi quy logistic đơn biến và đa biến, chúng tôi thu được các tỉ số chênh OR của các đặc điểm liên quan và thành lập

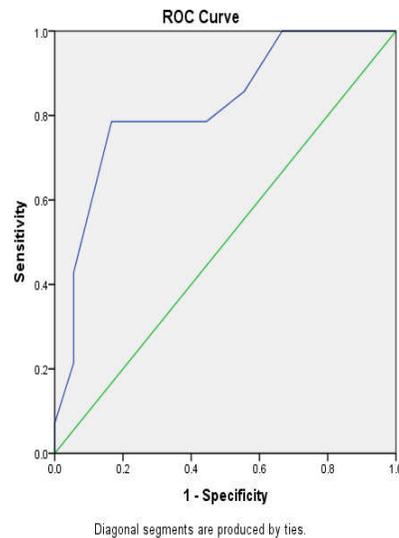
thang điểm CTscore phân biệt TRNDDD và TRNDMD. Hệ số hồi quy của các biến số trong mô hình hồi quy logistic được sử dụng để xây dựng thang điểm CTscore dự đoán nguyên nhân của tắc ruột non do dính (Các hệ số hồi quy sẽ được làm tròn để tiện cho vấn đề tính toán)

Bảng 2: Tỉ số chênh của các đặc điểm hình ảnh được đưa vào

| Dấu hiệu hình ảnh | OR | P | p |
|---------------------|--------|--------|---------|
| ĐKQRN giãn lớn nhất | 0,084 | -0,124 | 0,033 |
| Mỏ chim | 35,1 | 3,557 | <0,0001 |
| Khuyết mỡ | 7,005 | 1,947 | 0,009 |
| Hình ảnh quai kín | 8,966 | 2,193 | 0,042 |
| TNMMT | 13,005 | 2,565 | 0,001 |
| Dịch ổ bụng | 6 | 1,702 | 0,003 |
| Dịch mạc treo | 0,129 | -2,045 | 0,004 |

Bảng 3: Thang điểm Ctscore

| Chỉ số | Thang điểm | |
|-----------------------------------|------------|---------|
| Đường kính quai ruột dẫn | ≤ 40mm | 0 điểm |
| | >40mm | -1 điểm |
| Dấu hiệu mỏ chim | Có | 4 điểm |
| | Không | 0 điểm |
| Dấu hiệu hình ảnh quai kín | Có | 3 điểm |
| | Không | 0 điểm |
| Dấu hiệu “khuyết mỡ” | Có | 2 điểm |
| | Không | 0 điểm |
| Dấu hiệu “thâm nhiễm mỡ mạc treo” | Có | 3 điểm |
| | Không | 0 điểm |
| Dấu hiệu “dịch ổ bụng” | Có | 2 điểm |
| | Không | 0 điểm |
| Dấu hiệu “dịch mạc treo” | Có | -3 điểm |
| | Không | 0 điểm |



Hình 1. Đường cong ROC giá trị của thang điểm CTscore trong phân biệt TRNDDD và TRNDMD

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị trung bình đường kính quai ruột non dẫn lớn nhất của nhóm tắc ruột non do dây dính là 35mm nhỏ hơn so với nhóm tắc ruột non do màng dính là 40mm, sự khác biệt về giá trị này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,0001$. Giá trị trung bình đường kính quai ruột non dẫn lớn nhất của 2 nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đương với tác giả Pierre Berge là 35mm và 39mm^[3]. Nguyên nhân chủ yếu là do TRNDDD gây triệu chứng sớm hơn.

Các dấu hiệu mô chim, dấu khuyết mỡ, thâm nhiễm mỡ mạc treo, giảm/không bắt thuốc thành ruột, dịch ổ bụng là dấu hiệu hình ảnh có độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao trong chẩn đoán TRNDDD. Số liệu của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Millet (2017)^[7] và Berge (2021)^[3]. Với việc đa số các dấu hiệu cảnh báo có thiếu máu ruột đều xuất hiện thì có thể thấy được có một mối liên quan khá mật thiết giữa TRNDDD và biến chứng thiếu máu ruột.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi phân lập được các dấu hiệu mô chim, dấu khuyết mỡ, dấu thâm nhiễm mỡ mạc treo, dấu hiệu hình ảnh quai kín và dịch ổ bụng có giá trị dự đoán TRNDDD. Ngược lại, dấu hiệu dịch mạc treo và đường kính các quai ruột non dẫn lớn nhất càng lớn thì có liên quan đến TRNDMD.

Chúng tôi xây dựng thang điểm CTscore dự đoán nguyên nhân của tắc ruột non do dính. Sau khi tính toán với đường cong ROC, thì trị số diện tích dưới đường cong thu được là 82,1% cho thấy có giá trị chẩn đoán và vị trí điểm cắt tối ưu của thang điểm CTscore để phân biệt TRNDDD và TRNDMD là 6 điểm.

Tương ứng, độ nhạy và độ đặc hiệu của thang điểm CTscore trong nghiên cứu này là 78,6% và 83,3%. Số liệu của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Berge^[3].

KẾT LUẬN

Dấu hiệu mô chim, dấu khuyết mỡ, thâm nhiễm mỡ mạc treo, hình ảnh quai kín và dịch ổ bụng có giá trị dự đoán TRNDDD. Ngược lại, dịch mạc treo và đường kính các quai ruột non dẫn lớn nhất càng lớn thì có liên quan đến TRNDMD. Thang điểm CTscore được xây dựng dựa trên hệ số hồi quy của các dấu hiệu có khả năng dự đoán cơ chế tắc ruột non do dính có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột non do dính (78,6%, 83,3%); tức là trong số các bệnh nhân tắc ruột non do màng dính, thì hơn 80% có tổng điểm "CTscore" < 6 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Behman R., Nathens A.B., Byrne J.P., et al.** (2017). "Laparoscopic Surgery for Adhesive Small Bowel Obstruction Is Associated With a Higher Risk of Bowel Injury: A Population-based Analysis of 8584 Patients". *Ann Surg*, 266 (3), 489-498.
2. **Behman R., Nathens A.B., Look Hong N., et al.** (2018). "Evolving Management Strategies in Patients with Adhesive Small Bowel Obstruction: a Population-Based Analysis". *J Gastrointest Surg*, 22 (12), 2133-2141.
3. **Berge P., Delestre M., Paisant A., et al.** (2021). "Diagnosis of single adhesive bands versus matted adhesions in small bowel obstructions: a radiological predictive score". *Eur J Trauma Emerg Surg*.
4. **Delabrousse E., Lubrano J., Jehl J., et al.** (2009). "Small-bowel obstruction from adhesive bands and matted adhesions: CT differentiation". *AJR Am J Roentgenol*, 192 (3), 693-7.
5. **Duron J.J., Silva N.J., du Montcel S.T., et al.** (2006). "Adhesive postoperative small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a multicenter prospective study". *Ann Surg*, 244 (5), 750-7.
6. **Fevang B.T., Fevang J., Lie S.A., et al.** (2004). "Long-term prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction". *Ann Surg*, 240 (2), 193-201.
7. **Millet I., Boutot D., Faget C., et al.** (2017). "Assessment of Strangulation in Adhesive Small Bowel Obstruction on the Basis of Combined CT Findings: Implications for Clinical Care". *Radiology*, 285 (3), 798-808.
8. **Millet I., Ruyet A., Alili C., et al.** (2014). "Adhesive small-bowel obstruction: value of CT in identifying findings associated with the effectiveness of nonsurgical treatment". *Radiology*, 273 (2), 425-32.
9. **Osada H., Watanabe W., Ohno H., et al.** (2012). "Multidetector CT appearance of adhesion-induced small bowel obstructions: matted adhesions versus single adhesive bands". *Jpn J Radiol*, 30 (9), 706-12.
10. **Tabchouri N., Dussart D., Giger-Pabst U., et al.** (2018). "Only Surgical Treatment to Be Considered for Adhesive Small Bowel Obstruction: A New Paradigm". *Gastroenterology research and practice*, 2018, 9628490-9628490.
11. **ten Broek R.P.G., Krielen P., Di Saverio S., et al.** (2018). "Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group". *World Journal of Emergency Surgery*, 13 (1), 24.
12. **Vibert E., Regimbeau J.M., Panis Y., et al.** (2002). "[Post-operative small bowel obstruction: spiral computed tomography]". *Ann Chir, Occlusions du grêle sur bride : le scanner spirale surestime la gravité des lésions.*, 127 (10), 765-70.

NỒNG ĐỘ SẮT, FERRITIN HUYẾT TƯƠNG VÀ CÁC MỨC ĐỘ XƠ HOÁ GAN Ở BỆNH NHÂN LẠM DỤNG RƯỢU TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

BÙI THỊ PHẤN¹, DƯƠNG HỒNG THÁI^{1,2}

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa sự thay đổi nồng độ sắt và ferritin huyết tương với các mức độ xơ hoá gan theo siêu âm đàn hồi mô.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (BVTWTN) từ tháng 7/2020 đến tháng 7/2021.

Đối tượng nghiên cứu: 65 bệnh nhân lạm dụng rượu có xơ gan hoặc xơ hóa gan.

Kết quả: Có mối liên quan giữa nồng độ sắt và ferritin huyết tương và các mức độ xơ hoá gan, bệnh nhân xơ hoá gan càng nặng thì nồng độ sắt huyết tương giảm, ferritin huyết tương càng tăng ($p < 0,05$).

Kết luận: Nồng độ ferritin huyết tương có thể dự đoán tiên lượng của bệnh nhân xơ gan mất bù, phản ánh tình trạng quá tải sắt dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong sớm. Theo dõi nồng độ sắt và ferritin huyết tương thường xuyên có thể giúp theo dõi quá trình tiến triển bệnh, giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong.

Từ khoá: Sắt, ferritin, xơ hoá gan.

SUMMARY

PLASMA IRON AND FERRITIN LEVELS AND DEGREES OF LIVER FIBROSIS IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC CIRRHOSIS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: Analysis of the relationship between changes in plasma iron and ferritin levels and degrees of liver fibrosis.

Method: A cross - sectional descriptive study was conducted at Thai Nguyen central hospital from July 2020 to July 2021. The study subjects included 65 patients with alcoholic fibrosis and cirrhosis.

Chịu trách nhiệm: Bùi Thị Phấn

Email: buiphphan27091993@gmail.com

Ngày nhận: 17/8/2021

Ngày phản biện: 06/10/2021

Ngày duyệt bài: 15/10/2021

Results: There is relationship between plasma iron and ferritin levels and degrees of liver fibrosis, the more severe the cirrhosis, the lower the plasma iron concentration, the higher the plasma ferritin ($p < 0,05$).

Conclusion: Plasma ferritin level can predict the prognosis, reflecting iron overload leading to early morbidity and mortality. Regular monitoring of plasma iron and ferritin levels can help monitor disease progression and reduce morbidity and mortality.

Keywords: Iron, ferritin, liver fibrosis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh tương đối phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới, xơ gan được xác định là bệnh hiểm nghèo và có tiên lượng tử vong cao^[4]. Bệnh xơ gan ở Việt nam trước đây có nguyên nhân chính là virus viêm gan B, C nhưng hiện nay do lạm dụng rượu ngày càng nhiều nên bệnh nhân nhập viện vì bệnh gan do rượu ngày càng tăng, biến chứng xơ hóa gan và xơ gan do rượu gặp nhiều hơn. Quá trình xơ gan được trải qua nhiều giai đoạn gọi là xơ hóa gan, giai đoạn cuối cùng là xơ gan mất bù.

Chẩn đoán các mức độ xơ hoá gan góp phần quan trọng trong điều trị bệnh và các biến chứng gây tử vong của xơ gan. Cho đến nay, sinh thiết gan vẫn là tiêu chuẩn vàng để đánh giá xơ hoá gan^[6], tuy nhiên đây là kỹ thuật xâm lấn và có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm. Ngày càng nhiều phương pháp đánh giá xơ hoá gan không xâm lấn ra đời nhằm hạn chế và giải quyết các nhược điểm của sinh thiết gan. Siêu âm đàn hồi mô là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn được sử dụng rộng rãi nhất để đánh giá mức độ xơ hoá gan trong thực hành lâm sàng^[5].

Sắt là một chất cần thiết cho sự sống của con người nhưng đồng thời nó cũng là chất gây độc khi cơ thể chứa một lượng sắt vượt quá nhu cầu cần thiết. Sắt được dự trữ nhiều nhất ở gan, vì một lý do nào đó đặc biệt là rượu có thể làm sắt tích tụ lại quá nhiều tại gan và từ đó gây tổn thương tế bào gan, xơ hoá gan. Ferritin là

protein dự trữ sắt trong cơ thể, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng ferritin huyết tương có thể được sử dụng như một yếu tố dự báo tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù [2]. Để tìm hiểu nồng độ sắt ở người lạm dụng rượu có xơ gan hoặc đang xơ hóa gan, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên với mục tiêu tìm hiểu mối liên quan giữa sự thay đổi nồng độ sắt và ferritin huyết tương và các mức độ xơ hoá gan theo siêu âm đàn hồi mô.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Có lạm dụng rượu theo tiêu chuẩn ICD - 10
 - Có các triệu chứng của xơ gan, xơ hóa gan:
 Có 2 hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa và suy tế bào gan.

- Không có các yếu tố khác gây xơ gan, HbsAg (-), Anti HCV (-)

- Không có tiền sử dùng thuốc kéo dài

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu

- Xơ gan đang mắc bệnh nhiễm khuẩn.
 - Xơ gan mắc thêm các bệnh khác gây thiếu máu: Suy tim, Thalassemia...
 - Tiền sử truyền máu (<120 ngày).
 - Đang dùng thuốc có chế phẩm sắt.
 - Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang tiến cứu

3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 07/2020 - 07/2021

4. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

5. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới.
 - Tiền sử uống rượu.
 - Các mức độ xơ hoá gan theo siêu âm đàn hồi mô gan (ARFI).

- Nồng độ sắt và ferritin huyết tương.

6. Kỹ thuật thu thập số liệu

Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất.

7. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý, làm sạch, mã hoá bằng phần mềm thống kê y học SPSS phiên bản 20.0.

8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Người bệnh tham gia vào nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật, không tiết lộ bất cứ thông tin gì

về tên và các đặc điểm các nhân liên quan đến người bệnh.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | | Số lượng n = 65 | Tỷ lệ (%) | X ± SD |
|---------------------|-------------|--------------------|--------------|------------------|
| Tuổi | < 30 | 0 | 0 | 50,88 ± 9,499 |
| | 30 - 39 | 7 | 10,8 | |
| | 40 - 49 | 23 | 35,4 | |
| | 50 - 59 | 21 | 32,3 | |
| | ≥ 60 | 14 | 21,5 | |
| Giới | Nam | 65 | 100 | |
| | Nữ | 0 | 0 | |
| Thời gian uống rượu | < 10 năm | 13 | 20 | 16,23 ± 7,518 |
| | 10 - 15 năm | 16 | 24,6 | |
| | 16 - 20 năm | 23 | 35,4 | |
| | > 20 năm | 13 | 20 | |

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 50,88 ± 9,499, chủ yếu là nhóm tuổi từ 40 - 59 tuổi. 100% bệnh nhân là nam giới, không có bệnh nhân nữ. Thời gian uống rượu trung bình là 16,23 ± 7,518 năm.

Bảng 2. Mức độ xơ hoá gan theo siêu âm đàn hồi mô

| Chỉ số ARFI | Tần suất | n | Tỷ lệ % |
|-------------|----------|----|---------|
| F0 | | 0 | 0 |
| F1 | | 0 | 0 |
| F2 | | 10 | 15,4 |
| F3 | | 9 | 13,8 |
| F4 | | 46 | 70,8 |
| Tổng | | 65 | 100 |

Nhận xét:

- Không có bệnh nhân ở giai đoạn F0, F1; tất cả các bệnh nhân vào viện khi gan đã bị xơ hoá ở giai F2 đến F4;

- Xơ gan (F4) chiếm 70,8%.

1. Mối liên quan giữa sự thay đổi nồng độ sắt, ferritin huyết tương và các mức độ xơ hoá gan

Bảng 4. Mối liên quan giữa nồng độ sắt huyết tương và các mức độ xơ hoá gan

| Chỉ số ARFI | n | Sắt huyết tương (µmol/l) | | | p |
|-------------|----|--------------------------|------|--------------|--------|
| | | Xmin | Xmax | X ± SD | |
| F2 | 10 | 7,3 | 35,1 | 21,22 ± 8,38 | < 0,05 |
| F3 | 9 | 16,5 | 39,7 | 25,41 ± 7,82 | |
| F4 | 46 | 2,6 | 40,1 | 15,49 ± 9,11 | |

Nhận xét:

Nồng độ sắt huyết tương thấp ở nhóm bệnh nhân có mức độ xơ hoá gan F4 thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có mức xơ hoá gan F3 và F2 với p < 0,05.

Bảng 5. Mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết tương và các mức độ xơ hoá gan

| Chỉ số ARFI | n | Ferritin huyết tương (ng/ml) | | | p |
|-------------|----|------------------------------|--------|-----------------|--------|
| | | Xmin | Xmax | X ± SD | |
| F2 | 10 | 21,1 | 663,5 | 257,28 ± 198,98 | < 0,01 |
| F3 | 9 | 204,3 | 589,29 | 350,28 ± 130,95 | |
| F4 | 46 | 21,04 | 1099,6 | 616,28 ± 278,21 | |

Nhận xét: Nồng độ ferritin huyết tương ở những bệnh nhân có mức xơ hoá gan F4 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có mức xơ hoá gan F3 và F2 với $p < 0,01$.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân xơ gan do rượu có độ tuổi trung bình là $50,88 \pm 9,499$ chủ yếu là nhóm tuổi từ 40 - 50 tuổi, thời gian uống rượu trung bình là $16,23 \pm 7,518$ năm. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Đặng Thị Kim Oanh [1], Rakhi Mawall [3]. Có thể thấy rằng xơ gan có lạm dụng rượu thường gặp ở lứa tuổi trung niên 40 - 50 tuổi, ít gặp ở người trẻ, thời gian uống rượu trung bình phải từ trên 10 - 15 năm trở lên nếu bệnh nhân uống rượu từ thời trẻ thì mới tiến triển thành xơ gan.

100% bệnh nhân là nam giới và không có bệnh nhân nào là nữ giới. Điều này có thể lý giải là do thói quen nam giới hay uống rượu hơn nữ giới, Việt Nam chủ yếu là nam giới uống rượu, tỷ lệ nữ giới sử dụng rượu là rất ít.

Bệnh nhân vào viện khi ở giai đoạn muộn của bệnh: Có đến 70,8% bệnh nhân ở giai đoạn xơ hoá nặng - xơ gan (F4), đây có lẽ là thói quen của đa số người Việt Nam, khi bệnh đã ở giai đoạn muộn xuất hiện nhiều biến chứng mới nhập viện điều trị.

2. Mối liên quan giữa nồng độ sắt, ferritin huyết tương và các mức độ xơ hoá gan

Mối liên quan giữa nồng độ sắt huyết tương và các mức độ xơ hoá gan: Những bệnh nhân có mức xơ hoá gan nặng (F4) có nồng độ sắt huyết tương $15,49 \mu\text{mol/l}$ thấp hơn hẳn bệnh nhân xơ hoá F3 và F2. ($21,22 \mu\text{mol/l}$ và $25,41 \mu\text{mol/l}$ với $p < 0,05$). Điều này cũng dễ hiểu khi xơ gan nặng có thể xuất huyết tiêu hóa do vỡ tĩnh mạch thực quản hoặc do việc hấp thu kém sắt trong thức ăn ở người xơ gan đã làm giảm lượng sắt huyết tương đáng kể. mặt khác trong

tình trạng viêm gan mạn song song với quá trình xơ hóa cũng làm sắt huyết thanh giảm.

Mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết tương và các mức độ xơ hoá gan: Bệnh nhân càng có mức xơ hoá gan nặng thì nồng độ ferritin càng tăng cao ($p < 0,01$). Điều này có lẽ do tổn thương gan đã ảnh hưởng đến chuyển hoá sắt trong cơ thể. Khi gan bị tổn thương nó không còn khả năng giải phóng ferritin nữa, bên cạnh đó một lượng sắt từ các mô khác vận chuyển đến gan. Hậu quả là làm tăng ferritin trong gan cũng như trong máu. Một số nghiên cứu khác cho rằng người lạm dụng rượu cũng làm cho ferritin tăng ngay từ giai đoạn đầu của xơ gan [7].

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa sự thay đổi nồng độ sắt và ferritin huyết tương với các mức độ xơ hoá gan. Xơ gan càng nặng, nồng độ sắt huyết tương càng giảm ($p < 0,05$), ferritin huyết tương càng tăng ($p < 0,01$). Ferritin có thể dự đoán tiên lượng của bệnh nhân xơ gan mất bù, phản ánh tình trạng quá tải sắt dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đặng Thị Kim Oanh (2007). "Nhận xét sự thay đổi sắt và ferritin huyết thanh ở bệnh nhân xơ gan". Tạp chí Khoa học Tiêu hoá Việt Nam, 2 (5), 291 - 295.
- Theodora Oikonomou, et (2017). "High serum ferritin is associated with worse outcome of patients with decompensated cirrhosis". Ann Gastroenterol, 30 (2), 217 - 224.
- Rakhi Mawall, et Suman Kuma (2014). "Serum ferritin predicts early mortality in patients with decompensated cirrhosis". Journal of Hepatology, 61 (1), 43 - 50.
- G. B. D. Cirrhosis Collaborators (2020). "The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017". Lancet Gastroenterol Hepatol, 5 (3), 245 - 266.
- Shujing Li, Xicui Sun, Minjie Chen, et al (2019). "Liver fibrosis conventional and molecular imaging diagnosis update". Journal of liver 8 (1).
- Don C Rockey, Stephen H Caldwell, Zachary D Goodman, et al (2009). "Liver biopsy". Journal of Hepatology 49 (3), 1017 - 1044.
- Kosha J Mehta, Sebastien Je Farnaud, Paul A Sharp. Iron and liver fibrosis: Mechanistic and clinical aspects; World J Gastroenterol, 2019 Feb 7;25(5):521 - 538.

VAI TRÒ CỦA CHỈ SỐ VD/VT TRONG DỰ ĐOÁN RÚT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN THẤT BẠI Ở BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP ĐỦ ĐIỀU KIỆN CAI THỞ MÁY

PHÙNG VĂN PHƯƠNG, NGUYỄN CÔNG TẤN
¹Bệnh viện Đa khoa Gia Lâm, Hà Nội
²Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá giá trị chỉ số VD/VT trong dự đoán rút ống nội khí quản thất bại ở bệnh nhân suy hô hấp cấp đã trải qua nghiệm pháp thở tự nhiên và đủ tiêu chuẩn rút ống nội khí quản.

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 66 bệnh nhân suy hô hấp cấp thở máy xâm nhập bằng máy thở AVEA có bộ đo CO₂ Capnostat 5, được cai thở máy, rút ống nội khí quản tại Khoa Hồi sức Tích cực - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 02 năm 2021 đến tháng 09 năm 2021.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là $58,9 \pm 19,6$ (20-102), tập trung nhiều ở độ tuổi trên 60 (56,1%), tỷ lệ nam 57,6%. Có 5 nhóm nguyên nhân suy hô hấp trong nghiên cứu là viêm phổi 32 (48,5%), sốc nhiễm khuẩn 10 (15,2%), phù phổi cấp huyết động 9 (13,6%), bệnh lý thần kinh cơ 8 (12,1), đợt cấp COPD 7 (10,6%). Chỉ số VD/VT ở nhóm rút ống nội khí quản thành công là $0,46 \pm 0,08$ ở nhóm rút ống nội khí quản thất bại là $0,59 \pm 0,06$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chỉ số VD/VT có mối liên quan độc lập dự đoán rút ống nội khí quản thất bại với OR 1,33 KTC 95% 1,08-1,63 $p = 0,008$. Chỉ số VD/VT có giá trị rất tốt trong dự đoán rút ống nội khí quản thất bại ở những bệnh nhân suy hô hấp cấp đã trải qua nghiệm pháp thở tự nhiên thành công, đủ tiêu chuẩn rút ống NKQ theo đường cong ROC với diện tích dưới đường cong AUC 0,922 (KTC95% 0,83-1,0) $p < 0,001$, điểm Cut-off 0,56, độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 91%, giá trị tiên đoán dương 69%, tiên đoán âm 96%.

Từ khóa: Chỉ số VD/VT, rút ống nội khí quản.

Chịu trách nhiệm: Phùng Văn Phương
Email: phungvanphuong.bvgl@gmail.com
Ngày nhận: 21/9/2021
Ngày phản biện: 25/10/2021
Ngày duyệt bài: 10/11/2021

SUMMARY

THE ROLE OF VD/VT INDEX IN PREDICTING EXTUBATION FAILURE IN PATIENTS WITH RESPIRATORY FAILURE ELIGIBLE FOR WEANING FROM MECHANICAL VENTILATION

Objective: To evaluate the value of VD/VT index in predicting extubation failure in patients with acute respiratory failure who have undergone spontaneous breathing trial and are eligible for extubation.

Subjects: A prospective descriptive study on 66 patients with acute respiratory failure receiving invasive mechanical ventilation using an AVEA ventilator with a Capnostat 5 CO₂ meter, being weaned from mechanical ventilation and extubated at the Intensive Care Unit - Bach Mai Hospital from February 2021 to September 2021.

Result: The average age of the group of patients in the study was 58.9 ± 19.6 (20-102), with a high concentration in those over 60 years old (56.1%), the percentage of men was 57.6%. There were 5 groups of causes of respiratory failure in the study: pneumonia 32 (48.5%), septic shock 10 (15.2%), acute hemodynamic pulmonary edema 9 (13.6%), mental illness myoclonus 8 (12.1), exacerbation of COPD 7 (10.6%). The VD/VT index in the successful extubation group was 0.46 ± 0.08 in the failed extubation group was 0.59 ± 0.06 , the difference was statistically significant with $p < 0.001$. VD/VT index was independently associated with predicting extubation failure with OR 1.33 (95%CI 1.08-1.63) $p = 0.008$. The VD/VT index has a very good value in predicting extubation failure in patients with acute respiratory failure who have undergone successful spontaneous breathing and are eligible for ROC extubation according to the ROC curve. AUC 0.922 (95%CI 0.83-1.0) $p < 0.001$, Cut-off 0.56, sensitivity 85%, specificity 91%, positive predictive value 69%, negative predictive value 96%.

Keywords: VD/VT index, extubation.