

kỹ thuật động học enzyme, sử dụng máy quang phổ Keysys (Nguyễn Thị Xuyên 2002).

3. Ảnh hưởng của hóa chất kim loại nặng đối với enzyme peroxidase

Ngoài việc xác định nồng độ các enzyme chống oxy hóa có bản chất là enzyme như SOD, GPx chúng tôi còn xác định thêm nồng độ enzyme peroxidase. Peroxidase là enzyme có bản chất hemoglobin, oxy hóa cơ chất hữu cơ để chuyển hóa chất độc nội sinh H₂O₂ thành H₂O. Peroxidase là enzyme chống oxy hóa quan trọng đối với cơ thể, có mặt trong tế bào chất và màng ty thể của hầu hết tế bào sinh vật, đặc biệt hoạt động mạnh ở gan và hồng cầu, những cơ quan có vai trò quan trọng trong quá trình giải độc và vận chuyển O₂ trong cơ thể. Sự thay đổi hàm lượng và hoạt độ các enzyme chống oxy hóa trong đó có peroxidase là biểu hiện không bình thường của trạng thái sinh lý, cân bằng nội bào khi cơ thể đáp ứng với các chất ngoại sinh.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ xác định nồng độ peroxidase ở huyết tương mà không xác định hàm lượng và bằng phương pháp Elisa. Vì cơ thể còn có một số peroxidase giả như hemoglobin và myoglobin có hoạt độ như peroxidase, ngay cả catalase cũng là enzyme xúc tác chuyển hóa H₂O₂ thành nước và nhiều chất khác có ảnh hưởng đến hoạt độ peroxidase.

Bảng 3. Nồng độ các enzyme peroxidase giữa hai nhóm tiếp xúc hóa chất kim loại nặng (Pb, Hg, Asen, Benzen) và nhóm không tiếp xúc n=400

Chỉ tiêu xét nghiệm	Nồng độ enzyme peroxidase ($\bar{X} \pm SD$) (µg/ml)	Sự thay đổi giữa hai nhóm nghiên cứu (%)	p
Nhóm chứng (n= 100)	184,57 ± 10,9		
Nhóm nghiên cứu (n= 300)	224,02 ± 10,1	↑21,37	<0,05

Kết quả bảng 2 cho thấy nồng độ enzyme peroxidase ở nhóm đối chứng chỉ đạt 184,57 ± 109,39µg/ml, trong khi đó nhóm tiếp xúc với hóa chất kim loại nặng nồng độ enzyme peroxidase đã tăng 224,02±101,32 µg/ml, tăng 21,37 %. Nồng độ peroxidase ở các nhóm bị nhiễm độc hóa chất kim

loại nặng đều tăng lên so với nhóm đối chứng. Điều này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới. Lý do có thể là do cơ thể bị nhiễm độc sinh ra nhiều gốc tự do, do đó cơ thể có khả năng cảm ứng tổng hợp enzyme làm tăng hoạt độ enzyme. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Bằng và cộng sự (2013), khi nghiên cứu trên các nhóm công nhân tiếp xúc với TNT, hoạt độ enzyme peroxidase tăng ở nhóm 3 nhóm có nồng độ chì ≥ 40 µg/dL so với nhóm đối chứng (Nguyễn Văn Bằng and cs 2007). Theo Hunaiti and Soud (2000) cho rằng hoạt độ peroxidase tăng như một phản ứng tự vệ của cơ thể (Hunaiti and Soud 2000).

KẾT LUẬN

Từ những số liệu thu được cho thấy hệ thống enzyme chống oxy hóa đã có sự biến đổi phù hợp để đáp ứng với sự nhiễm độc của cơ thể giúp cân bằng các gốc tự do của cơ thể khi cơ thể bị nhiễm độc. Nồng độ enzyme superoxide, peroxidase tăng tương ứng tăng từ 23,7% và 21,37% ở nhóm tiếp xúc so với nhóm đối chứng. Trong khi đó nồng độ Gpx giảm mạnh, giảm 29,6%. Đây là cơ sở khoa học giúp nghiên cứu sâu hơn về hệ thống enzyme chống oxy hóa sau khi điều trị can thiệp bằng các sản phẩm chống oxy hóa để tăng cường sức khỏe cho những nhóm công nhân làm việc trong điều kiện tiếp xúc với hóa chất kim loại nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Bằng, cs (2007) *Nhận xét tình trạng sức khỏe, bệnh tật của công nhân tiếp xúc nghề nghiệp với chì vô cơ tại một số xí nghiệp Quốc Phòng*. Tạp chí Y-dược học lâm sàng 108 4: 53-57
2. Samir AM, Aref WM (2011) *Impact of occupational exposure to elemental mercury on some antioxidative enzymes among dental staff*. Toxicology & Industrial Health 27(9):779-786
3. Zeneli L, Sekovanic A, Ajvazi M, Kurti L, Daci N (2016) *Alterations in antioxidant defense system of workers chronically exposed to arsenic, cadmium and mercury from coal flying ash*. Environmental Geochemistry and Health 38(1):65-72

ĐẶC ĐIỂM LYMPHO T CD4 VÀ CD8 TRONG MÁU NGOẠI VI Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

PHẠM KIM LIÊN¹, ĐỖ QUYẾT²

¹Đại học Y Dược Thái Nguyên, ²Bệnh viện 103 - Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm: Phạm Kim Liên
Email: lientnvn@gmail.com
Ngày nhận: 30/5/2017
Ngày phản biện: 23/6/2017
Ngày duyệt bài: 11/7/2017
Ngày xuất bản: 20/8/2017

TÓM TẮT

Nghiên cứu “Sự biến đổi số lượng tế bào Lympho T CD4 và CD8 trong máu ngoại vi của bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính” với mục tiêu: Mô tả sự biến đổi số lượng tế bào Lympho T CD4 và CD8 trong máu ngoại vi của bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Đối tượng nghiên cứu:

Nhóm nghiên cứu: bệnh nhân BPTNMT được chẩn đoán theo GOLD 2010. Loại khỏi đối tượng nghiên cứu khi có kèm theo các bệnh lý khác: lao phổi, ung thư phế quản, viêm khớp dạng thấp, HIV, đái tháo đường, hoặc bệnh nhân quá nặng không thực hiện được việc đo thông khí phổi. Nhóm chứng: Gồm 30 người bình thường có độ tuổi tương ứng, không hút thuốc lá. Thời gian và địa điểm: từ 2009-2010 tại Bệnh viện 103. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, lượng thuốc lá tiêu thụ (bao/năm), chỉ số khối cơ thể (BMI), thể bệnh (thể hồng thoi, thể xanh phi), số lượng tế bào lympho T CD4 và CD8 trong và ngoài đợt bùng phát. Kỹ thuật thu thập số liệu: Khám lâm sàng, đo thông khí phổi bằng máy Chesgraphy HI-101 của Nhật. Đếm số lượng tế bào TCD4 và TCD8 ở máu ngoại vi trong 6 giờ đầu sau khi lấy 2,5ml máu tĩnh mạch có chống đông bằng EDTA, trên hệ thống thống Flow citiontly FC 500 của hãng Beckmanculter tại Khoa miễn dịch Viện Huyết học truyền máu Trung ương. Kết quả: 61 bệnh nhân BPTNMT có tuổi trung bình $69,44 \pm 8,16$, số bao/năm trung bình là $40,7 \pm 14,11$, thời gian mắc bệnh $11,52 \pm 5,74$ (năm), số đợt bùng phát/năm: $3,16 \pm 1,25$, FEV₁ (lit) là $1,21 \pm 0,26$ và FEV₁/FVC là $57,17 \pm 6,58$ (%). Chúng tôi thấy số lượng tế bào TCD4 và TCD8 ở trong và ngoài đợt bùng phát đều thấp hơn ở nhóm chứng với $p < 0,05$. Số lượng trung bình TCD4 và TCD8 giảm hơn ở trong đợt bùng phát so với ngoài đợt bùng phát nhưng chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$: (CD4: $470,61 \pm 409,23$ so với $482,67 \pm 361,30$; CD8: $433,70 \pm 285,572$ so với $489,59 \pm 300,104$). Giảm số lượng CD4 gặp nhiều nhất ở đợt bùng phát nặng 11/18 (61,1%). Trong đợt bùng phát số lượng TCD4 cao hơn ở nhóm bệnh nhân thể xanh phi. Kết luận: Số lượng tế bào TCD4 và TCD8 trong máu ngoại vi của bệnh nhân BPTNMT thấp hơn so với người bình thường và không có sự khác biệt khi so sánh trong và ngoài đợt bùng phát. Tuy nhiên số lượng T CD4 thấp nhất ở nhóm có ĐBP mức độ nặng. Trong đợt bùng phát số lượng tế bào T CD4 cao hơn ở thể xanh phi so với thể hồng thoi.

Từ khóa: BPTNMT, TCD4, TCD8.

SUMMARY

Study Characteristics TCD4, TCD8 lymphocytes in peripheral blood of patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Objective:** describe changes in the quantity of CD4 and CD8 T lymphocytes in peripheral blood of patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Subjects: 61 patients with COPD, exclusions: together with other diseases: Tuberculosis, bronchitis cancer, rheumatoid arthritis, HIV, diabetes. 30 normal age respectively, do not smoke. **Methods:** A cross-sectional descriptive. **Research Contents:** Age, gender, cigarette consumption (packs / year), BMI, typ disease, number of cells CD4 and CD8 T lymphocytes within exacerbation and stable. **Data collection techniques:** Clinical examination.

Check out the lungs ventilated in stable by Chesgraphy HI-101 of Japanese. Count TCD8 TCD4 cell in peripheral blood and in the first 6 hours after venous blood with EDTA

anticoagulant, by Flow system citiontly FC 500, at the Department of Institute of Hematology Immune central blood. **Results:** 61 patients with COPD: mean age 69.44 ± 8.16 , average cigarette consumption was 40.7 ± 14.11 bags per year, average duration of illness was $11.52 \pm 5, 74$ (years), average ECOPD / year: 3.16 ± 1.25 , Mean FEV₁: 1.21 ± 0.26 , FEV₁ / FVC was 57.17 ± 6.58 (%). We found that the mean number of TCD4 and TCD8 cells in ECOPD and stable was less than the control group, $p < 0.05$. Mean numbers of TCD4 and TCD8 decreased more with ECOPD than with stable, but not statistically significant with $p > 0.05$: (CD4: 470.61 ± 409.23 versus 482.67 ± 361.30 ; CD8: $433.70 \pm 285,572$ vs. $489.59 \pm 300,104$). The proportion of patients with CD4-depletion was highest in group patients with severe exacerbations 11/18 (61.1%). In ECOPD, TCD4 was higher in patients with type Blue bloatter than in type Pink Puffer. **Conclusion:** Numbers TCD4 and TCD8 cell in peripheral blood of patient with COPD lower than control group and there is no difference when comparing in the exacerbation and stable. However the number of CD4 T lowest in the group with exacerbation severity.. In the exacerbation count CD4 T cell of type BB more than type PP.

Keywords: COPD, TCD4, TCD8.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (PBNTMT) là bệnh phổ biến và ngày càng gia tăng trên toàn cầu, nó đã trở thành nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 4 trên thế giới. BPTNMT được khái niệm là tình trạng bệnh tắc nghẽn phế quản không hồi phục hay hồi phục không hoàn toàn do hiện tượng viêm mạn tính đường thở. Trong quá trình diễn biến mạn tính, các đợt bùng phát (ĐBP) xảy ra với biểu hiện đặc trưng là sự gia tăng các triệu chứng hô hấp, suy giảm chức năng thông khí và thường gây suy hô hấp, nó liên quan mật thiết với hiện tượng tăng cường tình trạng viêm ở đường hô hấp, làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh và đó là lý do cơ bản buộc bệnh nhân phải nhập viện và chịu nguy cơ tử vong cao trong đợt này.

Sự hoạt động của các tế bào lympho T được cho là có vai trò trung tâm của khả năng hoạt động viêm qua trung gian miễn dịch tế bào, gần đây một số bằng chứng cho thấy tập con của tế bào lympho T như TCD4 và TCD8 đã được phát hiện với nhiều chức năng chuyên biệt khác nhau. Thông qua việc đếm tế bào TCD4, TCD 8 trong đờm, trong dịch rửa phế quản phế nang nhiều nhà nghiên cứu thấy rằng chúng có hiện tượng tích tụ trong phổi của bệnh nhân BPTNMT tham gia vào cơ chế bệnh sinh của BPTNMT, tuy nhiên tiềm năng của chúng trong BPTNMT vẫn là điều đang cần được khám phá. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục

tiêu sau: Mô tả sự biến đổi số lượng tế bào Lympho T CD4 và CD8 trong máu ngoại vi của bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nhóm nghiên cứu: 61 bệnh nhân BPTNMT được chẩn đoán theo GOLD 2010 [1]: FEV1/FCV < 70%, test phục hồi phế quản âm tính sau khi xịt salbutamol 400µg. Loại khỏi đối tượng nghiên cứu khi có kèm theo các bệnh lý khác: lao phổi, ung thư phế quản, viêm khớp dạng thấp, HIV, đái tháo đường, hoặc bệnh nhân quá nặng không thực hiện được việc đo thông khí và chụp cắt lớp.

Nhóm chứng: Gồm 30 người bình thường có độ tuổi tương ứng, không hút thuốc lá.

Thời gian và địa điểm: Từ 2009-2010 tại Bệnh viện 103.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Xử lý số liệu: Theo phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

Vấn đề đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự nhất trí của hội đồng khoa học.

KẾT QUẢ

Một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu: 61 bệnh nhân BPTNMT có độ tuổi trung bình là 69,44 ± 8,16, thời gian mắc bệnh trung bình 11,52 ± 5,74 năm, số lượng thuốc lá tiêu thụ trung bình trên 40 bao/năm, chỉ số BMI trung bình 18,13 ± 3,2, FEV1% trung bình là 52,94 ± 7,69; 30 đối tượng nhóm chứng có cùng độ tuổi.

Bảng 1. Số lượng trung bình TCD4, TCD8 trong và ngoài ĐBP của nhóm nghiên cứu và của nhóm chứng

	Trong ĐBP (n=61) (1)	Ngoài ĐBP (n=61) (2)	Nhóm chứng (n=30) (3)
TCD4 (Tb/ul)	464,02 ± 246,08	450,80 ± 255,86	742,50 ± 335,12
TCD8 (Tb/ul)	449,72 ± 215,46	470,85 ± 251,84	756,10 ± 503,49

p (1-2) >0,05; p (1-3) <0,05; p (2-3) <0,05

Nhận xét: Số lượng TCD4 và TCD8 trong máu ngoại vi giảm so với người bình thường với p<0,05, số lượng các tế bào này đều giảm hơn ở trong đợt bùng phát, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Liên quan số lượng trung bình TCD4, TCD8 trong ĐBP với mức độ đợt bùng phát

Mức độ ĐBP	Nhẹ (n = 5)	Trung bình (n = 38)	Nặng (n = 18)	p
TCD4 (tb/ul)	347,60 ± 115,70	504,32 ± 258,19	411,28 ± 234,38	>0,05
TCD8 (tb/ul)	401,20 ± 196,30	469,61 ± 230,68	421,22 ± 191,12	>0,05

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan số lượng trung bình TCD4 và CD8 với mức độ đợt bùng phát.

Bảng 3. Liên quan sự biến đổi số lượng TCD4 và TCD8 trong ĐBP ở các mức độ của ĐBP

Mức độ ĐBP	CD4		CD8	
	Tăng	Giảm	Tăng	Giảm
Nhẹ	2 (40%) 18	3 (60%) 20	3 (60,05) 13	2 (40%) 25(65,8%)
Trung bình	7 (38,8%) 27	11 (61,2%) 34	9 (50,0%) 25	9 (50,0%) 36
Tổng	(44,2%)	(55,8%)	(40,9%)	(59,1%)
p	>0,05		>0,05	

Nhận xét: Giảm CD4 gặp nhiều nhất bệnh nhân có đợt bùng phát mức độ nặng, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Liên quan số lượng TCD4 và CD8 với các thể bệnh ở trong và ngoài đợt bùng phát

	Trong đợt bùng phát			Ngoài đợt bùng phát		
	Hồng thổi	Xanh phị	p	Hồng thổi	Xanh phị	p
TCD4 (tb/ul)	398,69 ± 238,48	523,22 ± 241,30	<0,05	389,52 ± 255,07	506,34 ± 247,47	>0,05
TCD8 (tb/ul)	438,21 ± 194,32	460,16 ± 235,61	>0,05	483,66 ± 249,12	459,25 ± 257,69	>0,05

Nhận xét: Trong ĐBP số lượng TCD4 cao hơn ở thể xanh phi so với thể hồng thổi có ý nghĩa thống kê, nhưng ngoài ĐBP sự khác biệt số lượng 2 loại tế bào này theo thể bệnh không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Liên quan số lượng trung bình TCD4, TCD8 ngoài đợt bùng phát với giai đoạn bệnh (n=61)

Giai đoạn bệnh	II (n=32)	III (n=21)	IV (n=8)
Chỉ tiêu ($\bar{X} \pm SD$)			
TCD4 (tb/ul)	437,60 ± 243,27	475,95 ± 282,81	481,72 ± 265,14
TCD8 (tb/ul)	407,90 ± 228,27	503,90 ± 260,00	516,43 ± 211,31
P	>0,05		

Nhận xét: Không thấy mối liên quan giữa số lượng tế bào CD4 và CD8 với giai đoạn bệnh.

BÀN LUẬN

61 bệnh nhân BPTNMT có độ tuổi trung bình là 69,44 ± 8,16, thời gian mắc bệnh trung bình 11,52 ± 5,74 năm, số lượng thuốc lá tiêu thụ trung bình trên 40 bao/năm, chỉ số BMI trung bình 18,13 ± 3,2, FEV1% trung bình là 52,94 ± 7,69. Những đặc điểm trên có sự phù hợp với các nghiên cứu trong nước. Ở bệnh nhân BPTNMT số lượng TCD4 và TCD8 trong máu ngoại vi giảm so với người bình thường với p<0,05. Trong khi đó ở một số nghiên cứu nước ngoài thấy số lượng tế bào CD4 và CD8 trong máu ngoại vi không có sự thay đổi so với nhóm người bình thường, tuy nhiên họ đã thấy 2 loại tế bào này tăng cao trong dịch rửa phế quản, nhưng với đặc điểm CD4, nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp với nghiên cứu của Zhu, tác giả cũng thấy TCD4 trong máu ngoại vi giảm ở bệnh nhân BPTNMT so

với người bình thường, đối với CD8 Zhu không thấy có sự khác biệt [3]. So sánh sự biến đổi số lượng TCD4 và TCD8 giữa trong và ngoài đợt bùng phát, chúng tôi thấy số lượng các tế bào này đều giảm hơn ở trong đợt bùng phát, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê và không tìm thấy mối liên quan số lượng trung bình TCD4 và CD8 với mức độ đợt bùng phát. Giảm số lượng CD4 có thể là điều có ý nghĩa để tiên lượng cho ĐBP ở bệnh nhân BPTNMT, hiện tượng giảm CD4 phản ánh khả năng đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào, đã có xu hướng giảm thì khả năng nhiễm khuẩn trong đợt bùng phát là cao, tạo điều kiện cho bệnh diễn biến nặng. Còn hiện tượng CD8 giảm gặp nhiều hơn ở ĐBP mức độ trung bình. Đặc điểm này chúng tôi chưa tìm thấy trong các nghiên cứu khác, tuy nhiên có lẽ những đối tượng không bị ĐBP nặng thì khả năng đáp ứng miễn dịch còn tốt, làm tăng thu hút các tế bào viêm đến phổi để thực hiện quá trình đáp ứng miễn dịch tại chỗ, mà CD8 là một trong các tế bào đã được thấy tăng cao trong nhu phổi của bệnh nhân BPTNMT. Trong ĐBP số lượng TCD4 cao hơn ở thể xanh phị so với thể hồng thối có ý nghĩa thống kê, nhưng ngoài ĐBP số lượng 2 loại tế bào này không có sự khác biệt theo thể bệnh. Phải chăng những bệnh nhân thể xanh phị, sự gia tăng TCD4 làm tăng cường các cytokine IL-4, IL-5, thúc đẩy sản xuất IgE, có liên quan với hiện tượng tăng tính phản ứng phế quản, với biểu hiện triệu chứng lâm sàng thuộc hội chứng phế quản như khó thở rít, khạc nhiều đờm, phổi có nhiều ran phế quản. Nghiên cứu của chúng tôi không

thấy mối liên quan số lượng tế bào CD4 và CD8 với giai đoạn bệnh. Nghiên cứu của Toshihiro Shirai (2010) thấy rằng số lượng tế bào TCD8 không liên quan với chỉ số FEV₁, cũng như tỷ lệ FEV₁/FVC, ngược lại TCD4 lại có mối liên quan này, đặc biệt là với các tế bào TCD4 sản xuất IL-4 [2].

KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu sự biến đổi số lượng tế bào TCD4 và TCD8 trong máu ngoại vi của 61 bệnh nhân BPTNMT ở trong và ngoài đợt bùng phát chúng tôi đưa ra kết luận sau:

1. Số lượng tế bào TCD4 và TCD8 trong máu ngoại vi của bệnh nhân BPTNMT thấp hơn so với người bình thường và không có sự khác biệt khi so sánh trong và ngoài đợt bùng phát. Tuy nhiên số lượng T CD4 thấp nhất ở nhóm có ĐBP mức độ nặng.

2. Trong đợt bùng phát số lượng tế bào T CD4 cao hơn ở thể xanh phị so với thể hồng thối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GOLD (2010), *Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.*

2. Shirai T, Suda T (2010), "Correlation between peripheral blood T-cell profiles and clinical and inflammatory parameters in stable COPD." *Allergol Int*, 59 (1): 75-82.

3. Zhu X, Gadgil AS, Givelber R et al (2009), "Peripheral T cell functions correlate with the severity of chronic obstructive pulmonary disease", *J Immunol.*, 182 (5): 3270-3277.

ĐỐI CHIẾU LÂM SÀNG VỚI PHÂN ĐỘ CHẤN THƯƠNG GAN BẰNG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

NGUYỄN KHẮC ĐỨC

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đối chiếu lâm sàng với phân độ chấn thương gan bằng chụp cắt lớp vi tính ở 166 bệnh nhân. Phương pháp nghiên cứu: phương pháp mô tả tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2009 đến 12/2014. Kết quả: 142 bệnh nhân điều trị bảo tồn (78,1%), 24 bệnh nhân (21,9%) được mổ cấp cứu. Độ tuổi hay gặp nhất từ 20 – 49 tuổi (75,3%), tuổi trung bình: 30 ± 0,96 tuổi. Chấn thương gan độ I (1,2%), độ II (18,1%), độ III (44%), độ IV (28,3%), độ V (8,4%), không có vỡ gan độ VI. Tần số mạch càng nhanh thì mức độ chấn thương gan càng nặng. Bụng càng chướng thì mức độ chấn thương gan càng nặng

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Khắc Đức

Email: khacducmd@gmail.com

Ngày nhận: 15/6/2017

Ngày phân biện: 05/7/2017

Ngày duyệt bài: 27/7/2017

Ngày xuất bản: 20/8/2017

và nguy cơ điều trị bảo tồn thất bại càng cao. Bệnh nhân mất máu càng nặng thì mức độ chấn thương gan càng trầm trọng. Men gan tăng tỷ lệ thuận với mức độ chấn thương gan. Tổn thương đưng dập, tụ máu (97%), đường vỡ gan (85,5%), thoát thuốc động mạch (4,8%). Kết luận: Chấn thương gan càng nặng thì lượng dịch phát hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính càng nhiều.

Từ khóa: chấn thương gan, chụp cắt lớp vi tính

SUMMARY

COMPARE CLINICAL SIGNS WITH LIVER TRAUMA GRADING BASED ON COMPUTED TOMOGRAPHY

Objective: this study was to analyze the clinical characterizes and grade of hepatic trauma based on CT scanner. Method: We retrospectively reviewed demographics of patients with documented hepatic injury from 1/2009 to 12/2011 at Viet Duc University Hospital. Results: A total of 166 patients were treated. Nonsurgery therapy used in 85.5% (142 patients) of