

bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt 49,3%, bệnh nhân tuân thủ trung bình là 32,2%, bệnh nhân tuân thủ kém là 18,5%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt của chúng tôi cao hơn so với kết quả của Nguyễn Hoài Thu khi nghiên cứu tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân COPD tại Bệnh viện Bạch mai năm 2016, tuân thủ tốt 37,9%, tuân thủ trung bình 41,2%, tuân thủ kém 20,9% [4].

Bệnh nhân cần hiểu được bệnh của họ và tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị, qua đó giúp họ tuân thủ điều trị tốt hơn, nâng cao sức khỏe và chất lượng điều trị. Tìm hiểu kỹ hơn về các trường hợp không tuân thủ điều trị chúng tôi nhận thấy: có 25,5% bệnh nhân quên sử dụng thuốc, có 23,5% trong 2 tuần có ngày không dùng thuốc, có 17,8% cảm thấy khó khăn khi phải nhớ dùng tất cả các loại thuốc, đây là 3 nguyên nhân phổ biến dẫn tới bệnh nhân tuân thủ điều trị kém. Điều này có thể các bệnh nhân cao tuổi thường mắc nhiều bệnh tính cùng một lúc trong đó có bệnh sa sút trí tuệ, số lượng thuốc hàng ngày bệnh nhân phải uống trung bình lên đến 4- 5 loại thuốc. Những nguyên nhân này làm cho bệnh nhân cao tuổi khó khăn trong việc tuân thủ tốt phác đồ điều trị, vì vậy cần có sự hỗ trợ của người nhà, sự nhắc nhở thường xuyên của nhân viên y tế trực tiếp hay qua các phương tiện truyền thông như tin nhắn điện thoại định kỳ mới giúp cho bệnh nhân tuân thủ tốt phác đồ điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân chưa tuân thủ điều trị tốt trong nghiên cứu của chúng tôi còn khá cao 50,7%, mà nguyên nhân chính là do bệnh nhân

quên dùng thuốc hoặc quên nhớ tất cả các loại thuốc phải dùng. Để khắc phục tình trạng này cần có sự hỗ trợ nhắc nhở thường xuyên của người nhà, của nhân viên y tế để giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh học nội khoa tập 1**- Đại học Y Hà nội, "Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính", Nhà xuất bản y học 2018, tr 42-58.
2. **Phạm Thắng, Đỗ Thị Khánh Hỷ (2009)**, "Báo cáo tổng quan về chính sách chăm sóc người già thích ứng với thay đổi cơ cấu tuổi tại Việt Nam".
3. **Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Văn Thành, Nguyễn Việt Nhung và CS (2016)** "Tăng cường tuân thủ quản lý và điều trị Hen và COPD ở cộng đồng" Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam (2016).
4. **Nguyễn Hoài Thu (2016)**, Đánh giá tuân thủ điều trị và kỹ thuật sử dụng các thuốc dạng hít trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sỹ Dược học.
5. **Trần Thị Thủy Nhi (2021)**, Nghiên cứu tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky (MMAS-8) và hiệu quả tư vấn trên bệnh nhân Đái tháo đường typ 2.
6. **Lam WY, Fresco P:** Medication adherence measures: an overview. BioMed research international 2015, **2015**.
7. **Nguyen T, Cao HT, Quach DN, Le KK, Au SX, Pham ST, Nguyen TH, Pham TT, Taxis K:** The Vietnamese Version of the Brief Illness Perception Questionnaire and the Beliefs about Medicines Questionnaire: Translation and Cross-cultural Adaptation. Tropical Medicine & International Health 2019, **24**(12):1465-1474.
8. **GOLD (2018)**, "Global Strategy for diagnosis management and prevention of COPD", <http://w.w.w.goldcopd.org/Guideline>, 2018 revision.
9. **Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H (2008)**, "Predictive Validity of a Medication Adherence Measure for Hypertension Control", Journal of Hypertension, 10(5), pp. 348-354.

CẮT XƠ RỖN GAN RỘNG RÃI TRONG PHẪU THUẬT KASAI ĐIỀU TRỊ TEO ĐƯỜNG MẬT BẨM SINH

Nguyễn Huy Toàn¹, Phạm Duy Hiền², Vũ Tiên Tùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật Kasai có cắt xơ rỗn gan rộng rãi trong điều trị teo đường mật bẩm sinh tại bệnh viện nhi Trung Ương giai đoạn

2016-2020. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca bệnh bao gồm 172 bệnh nhân được chẩn đoán teo đường mật bẩm sinh, được điều trị bằng phẫu thuật Kasai có cắt xơ rỗn gan rộng rãi tại bệnh viện Nhi trung ương từ 01/2016 đến 12/2020. Các tiêu chuẩn nghiên cứu bao gồm các đánh giá chi tiết phẫu thuật, các biến chứng sau mổ, tỷ lệ tử vong và một số yếu tố liên quan. **Kết quả:** Thời gian mổ trung bình là 152.1 ± 28.9 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 11,4 ± 2,69 ngày. Đánh giá tại thời điểm ra viện kết quả tốt chiếm 77,3%, kết quả trung bình chiếm 22,1%. Các biến chứng thường gặp là nhiễm trùng đường mật, suy gan sau mổ, rối loạn điện giải. Tại thời điểm kết thúc

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình.

²Bệnh viện Nhi trung ương.

³Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Toàn

Email: huytoan080884@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.10.2021

Ngày duyệt bài: 20.10.2021

nguyên cứu có 57,6% bệnh nhân dẫn lưu mật thành công. 23 bệnh nhân tử vong với thời gian theo dõi trung bình là $13,9 \pm 13,6$ tháng. Tuổi, bilirubin toàn phần trước mổ là những yếu tố liên quan đến kết quả cũng như tỷ lệ sống. Phân tích mối liên quan giữa chỉ số PELD và APRI tại thời điểm trước và sau mổ 6 tháng với tỷ lệ sống cho thấy mối liên quan mật thiết với $p < 0,05$. **Kết luận:** Điều trị teo đường mật bẩm sinh bằng phẫu thuật Kasai có cắt xơ rốn gan rộng rãi mang lại kết quả dẫn lưu mật khả quan sau mổ với tỷ lệ bệnh đạt kết quả tốt cao.

Từ khóa: Teo đường mật bẩm sinh, cắt xơ rốn gan rộng rãi, phẫu thuật Kasai

SUMMARY

EXTENDED KASAI PORTOENTEROSTOMY FOR BILIARY ATRESIA

Aim: To evaluate the results of extended Kasai portoenterostomy for biliary atresia at the National Children's Hospital in the period 2016-2020. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study of 172 patients diagnosed with biliary atresia, treated with extended Kasai portoenterostomy at the National Children's Hospital since January 2016 to December 2020. The study criteria included detailed surgical evaluation, postoperative complications, mortality and some related factors. **Results:** The average operative time was 152.1 ± 28.9 minutes. The average postoperative hospital stay was 11.4 ± 2.69 days. Good results evaluated at time of discharge accounted for 77.3%, average results accounted for 22.1%. Common complications include biliary tract infections, postoperative liver failure, electrolyte disorder. At the end of the study, 57.6% of patients had normal restoration of bile flow. 23 patients died with a mean follow-up time of 13.9 ± 13.6 months. Operative age, pre-operative total bilirubin are related to outcome as well as survival rate after surgery. The link between PELD index and APRI at the time before and after 6 months of surgery with survival rate was statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** Extended Kasai portoenterostomy for biliary atresia resulted in high rates of normal restoration of bile flow after surgery.

Keywords: Congenital biliary atresia, extended Kasai portoenterostomy, Kasai procedure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo đường mật bẩm sinh (TĐMBS) là một bệnh lý đặc trưng bởi sự viêm, xơ hóa hoàn toàn của một phần hoặc toàn bộ đường mật trong và ngoài gan dẫn đến sự cản trở lưu thông đường mật. Bệnh lý này gặp trong thời kỳ sơ sinh với biểu hiện vàng da dai dẳng, phân bạc màu và gan to. Là nguyên nhân gây tử vong nếu không được điều trị với tỷ lệ sống dưới 10% ở trẻ dưới 3 tuổi[1]. Phẫu thuật điều trị TĐMBS typ III được Morio Kasai (Nhật Bản) báo cáo lần đầu tiên vào năm 1959, ông đã thực hiện nối rốn gan với hồng tràng để điều trị các trường hợp teo đường mật bẩm sinh mà trước đây vẫn coi là không chữa được[2]. Tại Việt Nam phẫu thuật

Kasai được thực hiện từ năm 1994 và được Nguyễn Thanh Liêm, Đỗ Sơn Hà báo cáo năm 1997[1]. Cho đến nay phẫu thuật Kasai vẫn được coi là phương pháp điều trị đầu tiên qui chuẩn cho các bệnh nhi teo đường mật typ III [2]. Từ năm 2016, bệnh viện Nhi trung ương đã áp dụng cắt xơ rốn gan rộng rãi và nối rốn gan hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y cho các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật Kasai điều trị TĐMBS. Tuy nhiên tới thời điểm hiện nay cũng chưa có nghiên cứu nào đầy đủ về phương pháp này, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật Kasai có cắt xơ rốn gan rộng rãi trong điều trị TĐMBS tại bệnh viện nhi trung ương giai đoạn 01/2016-12/2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 172 bệnh nhân được chẩn đoán teo đường mật bẩm sinh tuýp III, được điều trị bằng phẫu thuật Kasai có cắt xơ rốn gan rộng rãi tại bệnh viện Nhi trung ương từ 01/2016 đến 12/2020.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán là TĐMBS tuýp 3 được phẫu thuật bằng phương pháp Kasai tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Nhi Trung ương, có đầy đủ hồ sơ theo dõi.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán TĐMBS các tuýp khác, bệnh nhân không có đủ thông tin hồ sơ bệnh án, mất tin hoặc bỏ theo dõi.

2. Phương pháp nghiên cứu:

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca bệnh.

***Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện tất các các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

***Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:** thời gian phẫu thuật, các tai biến, biến chứng trong và sau mổ, thời gian nằm viện, tình trạng lưu thông mật sau mổ, tỷ lệ tử vong, các biến chứng xa sau mổ. Các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật.

Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2020 có 172 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu với tuổi trung bình khi phẫu thuật là $81,1 \pm 25,5$ ngày (12-153 ngày), tỷ lệ Nam/Nữ $\sim 1/1,2$.

Bảng 1: Đánh giá trong mổ

| Hình ảnh túi mật, dịch mật | Số lượng | Tỷ lệ % |
|---|----------|---------|
| Túi mật có lòng ≥ 2 mm | 61 | 35,5 |
| Túi mật có lòng < 2 mm | 67 | 38,9 |
| Túi mật không có lòng (di tích túi mật) | 44 | 25,6 |

| | | |
|---|-----|------|
| Dịch màu vàng nhạt | 20 | 11,6 |
| Dịch trong, không màu | 152 | 88,4 |
| Chụp đường mật trong mổ (n=102) | | |
| Không thấy đường mật | 68 | 66,7 |
| Thấy di tích ống mật chủ (thuốc xuống tá tràng) | 18 | 17,7 |
| Đám mờ rốn gan | 12 | 11,7 |
| Có đám mờ rốn gan và thuốc xuống tá tràng | 4 | 3,9 |

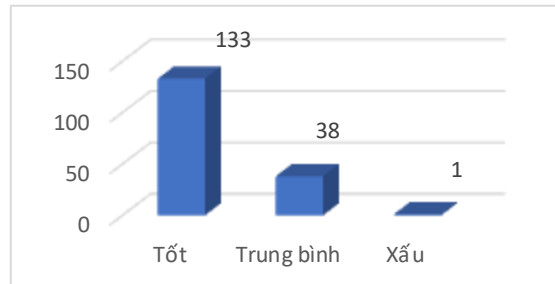
Đánh giá trong mổ có 25,6% bệnh nhân có di tích túi mật với 11,6% bệnh nhân có dịch mật màu vàng nhạt. Thời gian mổ trung bình là 152.1 ± 28.9 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 11,4 ± 2,69 ngày.

Bảng 2. Biến chứng sớm sau mổ

| Các biến chứng sớm | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ % |
|----------------------------------|------------------|---------|
| Nhiễm trùng đường mật sớm sau mổ | 22 | 12,8% |
| Xuất huyết tiêu hóa sớm | 6 | 3,5% |
| Suy gan, cổ chướng | 7 | 4,4% |
| Rối loạn điện giải | 5 | 2,9% |

Biến chứng sớm sau 1 tháng sau phẫu thuật ghi nhận chủ yếu bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật.

Đánh giá tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 57,6% bệnh nhân có dẫn lưu mật thành công. 23 bệnh nhân tử vong với thời gian theo dõi trung bình là 13,9 ± 13,6 tháng.



Biểu đồ 1. Kết quả đánh giá tại thời điểm ra viện

Thời điểm ra viện có 133 bệnh nhân đạt kết quả tốt, không có biến chứng chiếm 77,3%. Có 1 bệnh nhân có kết quả xấu do suy gan cấp sau mổ, xuất huyết tiêu hóa nặng và được gia đình xin về sau mổ 7 ngày.

Bảng 3. Mối liên quan giữa nhóm tuổi mổ và kết quả dẫn lưu mật

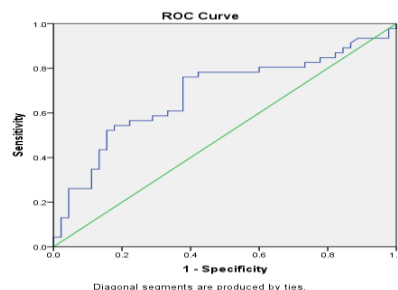
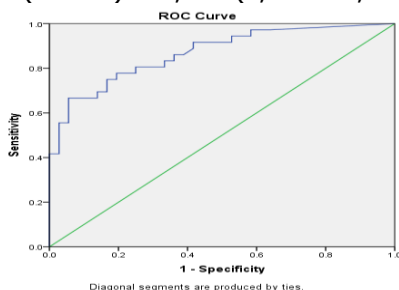
| Nhóm tuổi phẫu thuật | Đánh giá kết quả | | p |
|----------------------|----------------------------|--------------------------|-------------|
| | Dẫn lưu mật thành công (n) | Dẫn lưu mật thất bại (n) | |
| Dưới 30 ngày tuổi | 4 | 2 | 0,02 |
| 30-60 ngày tuổi | 29 | 21 | |
| 60 – 90 ngày tuổi | 49 | 28 | |
| Trên 90 ngày tuổi | 17 | 22 | |
| Tổng số | 99 | 73 | |

Đa số bệnh nhân được phẫu thuật ở giai đoạn dưới 90 ngày tuổi và có mối liên quan giữa nhóm tuổi phẫu thuật và kết quả dẫn lưu mật với p= 0,02.

Bảng 4. Mối liên quan giữa chỉ số bilirubin toàn phần trước phẫu thuật với kết quả phẫu thuật

| Đánh giá PT | Dẫn lưu mật thành công (n) | Dẫn lưu mật thất bại (n) | p | OR (95%CI) |
|------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| BilTP ≤ 170 μmol/L | 71 | 38 | 0,004 | 1,438 (1,104 – 1,873) |
| BilTP > 170 μmol/L | 28 | 35 | | |

Ở nhóm bệnh nhân có bilirubin toàn phần trước mổ từ dưới 170 μmol/L có kết quả dẫn lưu mật thành công cao hơn so với nhóm bệnh nhân có bilirubin toàn phần trước mổ trên 170 μmol/L với p = 0,004, OR (95%CI) = 1,438 (1,104 – 1,873).



Điểm PELD

Điểm APRI

Biểu đồ 2. Đường cong ROC về mối liên quan giữa điểm PELD và APRI sau mổ 6 tháng và tỷ lệ tử vong

Chỉ số PELD sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân tử vong cao hơn so với nhóm còn sống với diện tích dưới đường cong ROC đạt 0,869 (0,788-0,950) với $p=0,006$, tại ngưỡng $PELD \geq 3$ với độ nhạy 91,7% và độ đặc hiệu 63,9%. Chỉ số

APRi sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân tử vong cao hơn ở nhóm bệnh nhân còn sống với diện tích dưới đường cong ROC đạt 0,684 (0,572-0,796) với $p=0,045$, tại ngưỡng $APRi \geq 2,0$ với độ nhạy đạt 76,1% và độ đặc hiệu đạt 62,2%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa điểm PELD và APRi đến tử vong sau mổ

| Thang điểm | Tình trạng sau phẫu thuật | Tử vong | Còn sống | p |
|--------------------------------|---------------------------|------------|-----------|-------|
| PELD trung bình trước mổ | | 10,65±21,9 | 4,56±2,36 | 0,006 |
| APRi trung bình trước mổ | | 2,45±2,41 | 1,66±1,19 | 0,013 |
| PELD trung bình sau mổ 6 tháng | | 13,01±23,0 | 4,50±3,41 | 0,006 |
| APRi trung bình sau mổ 6 tháng | | 3,2±7,02 | 1,47±1,28 | 0,045 |

Điểm PELD và APRi trước mổ và sau mổ 6 tháng có liên quan tới tỷ lệ tử vong sau mổ với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Teo đường mật bẩm sinh là bệnh lý gây ứ mật và hủy hoại tế bào gan, hậu quả gây ra tình trạng xơ gan và các rối loạn chức năng gan, Cho tới ngày nay, phẫu thuật Kasai vẫn được coi là phẫu thuật tiêu chuẩn điều trị cho bệnh lý này trên toàn thế giới, tuy nhiên tỷ lệ dẫn lưu mật thành công sau phẫu thuật còn khác nhau ở nhiều trung tâm[3]. Tại bệnh viện Nhi trung ương, chúng tôi tiến hành phẫu thuật Kasai với cắt xơ rốn gan rộng rãi, sử dụng kéo phẫu tích giải phóng túi mật, phẫu tích bộc lộ di tích đường mật ngoài gan và các các mạch máu động mạch gan phải, tĩnh mạch cửa phải và động mạch gan trái, tĩnh mạch cửa trái. Luồn dây kéo động tĩnh mạch gan phải và gan trái sang 2 bên để bộc lộ tối đa diện xơ rốn gan. Sau đó tiến hành cắt bỏ rộng rãi tổ chức xơ nằm giữa hai cuống mạch gan phải và trái. Về phía sau cắt ra đến khi nhìn thấy hạ phân thùy 1, về phía bên cắt đến vị trí động mạch gan chui vào nhu mô gan. Cắt xơ rốn gan vừa hết bao Glisson và khi nhu mô gan bắt đầu lộ rõ. Chúng tôi không dùng dao điện do gây bỏng vi quản mật, cầm máu bằng bông cầm máu. Chúng tôi tạo miệng nối hồng tràng – rốn gan với kiểu nối Roux-en-Y, tạo quai hồng tràng Roux – en – Y cách gốc treiz khoảng 20cm với chiều dài 25cm. Đưa quai Roux – en – Y mới tạo qua mạc treo đại tràng ngang. Nối gan – hồng tràng theo kiểu tận bên 1 lớp khâu mũi rời đảm bảo kín miệng nối (Từ năm 2016 đến nay tại bệnh viện Nhi Trung Ương thực hiện nối mũi rời trên miệng nối gan – hồng tràng ở tất cả các bệnh nhân phẫu thuật Kasai). Khâu mạc treo ruột chân quai Y và khe đưa ruột qua mạc treo đại tràng ngang. Với cách nối này chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng rò mật sau mổ.

Đánh giá túi mật trong mổ không có lòng hoặc chỉ là dải xơ chiếm tỷ lệ 25,6%, 11,6%

bệnh nhân thấy có dịch mật màu vàng nhạt, 88,4% bệnh nhân thấy dịch không màu hoặc dịch trong. Trong mổ khi thấy túi mật teo nhỏ, thành dày khi mở ra không có lòng hoặc chỉ là dải xơ thì có thể khẳng định chắc chắn BN bị teo mật. Một số trường hợp nghi ngờ khi mở túi mật vẫn có dịch màu vàng nhạt (không điển hình của dịch mật) có thể tiến hành chụp đường mật trong mổ để chẩn đoán xác định. Những trường hợp này chẩn đoán là teo đường mật bẩm sinh. Chụp mật được thực hiện ở những bệnh nhân khi phẫu thuật viên mở túi mật thấy có lòng, có dịch túi mật và đặt vừa sonde số 6. Trong những năm đầu khi phẫu thuật teo mật đường mật bẩm sinh, chụp mật được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân túi mật có lòng, có dịch túi mật nhưng sau đó chỉ thực hiện những bệnh nhân đặt vừa sonde số 6 và bơm thử nước thấy nước thông được. Màu sắc dịch túi mật có vai trò rất lớn trong việc chẩn đoán teo mật bẩm sinh khi túi mật có dịch trong không màu. Khi mở vào túi mật thấy có 88,4% BN không có dịch mật (dịch trong, không màu), 11,6% không thấy dịch mật không điển hình. Dịch mật trong hay có dịch mật không điển hình thể hiện tình trạng mất lưu thông giữa đường mật trong gan và đường mật ngoài gan.

Kết quả khi ra viện ghi nhận 133 bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm 77,3%, những bệnh nhân đạt kết quả tốt sau mổ là những bệnh nhân sau phẫu thuật đánh giá tình trạng tiết mật đến thời điểm ra viện được cải thiện rõ rệt, không có các biến chứng sau mổ. Những bệnh nhân đạt kết quả trung bình là những bệnh nhân sau mổ có biến chứng, tuy nhiên các biến chứng này được điều trị nội khoa ổn định, kết quả dẫn lưu mật sau mổ được cải thiện. Có 1 bệnh nhân tử vong sớm sau mổ, đánh giá kết quả xếp loại kém do suy gan cấp và xuất huyết tiêu hóa sau mổ. Kết quả này của chúng tôi có phần cao hơn tác giả

Davenport khi báo cáo kết quả phẫu thuật tốt đạt tỷ lệ 58% và trung bình đạt 32% [4].

Biến chứng nhiễm trùng đường mật sớm sau mổ gặp ở 22 bệnh nhân với tỷ lệ 12,8%, trong nhiễm trùng đường mật, cơ chế nhiễm trùng ngược dòng được chấp nhận rộng rãi nhất tuy nhiên cơ chế chính xác vẫn chưa thực sự rõ ràng. Nhiễm trùng đường mật thường xảy ra trong năm đầu tiên sau phẫu thuật, tần suất được ghi nhận từ 40 - 93%, trước đây, một số yếu tố được cho là nguyên nhân gây ra tình trạng này bao gồm: sự giảm lưu thông hệ bạch huyết ở cửa gan, nhiễm trùng tĩnh mạch cửa, giảm dòng chảy của dịch mật hay nhiễm trùng ngược dòng từ ống tiêu hóa.

Đánh giá kết quả tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, có 42,4% bệnh nhân dẫn lưu mật thất bại và 57,6% bệnh nhân được phẫu thuật dẫn lưu mật thành công. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Davenport khi báo cáo tỷ lệ thành công của phẫu thuật dao động từ 50 - 60%[4]. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu này cao hơn so với một số nghiên cứu khác Serinet (34%), Schneider (40%), Lampela (42%)[5-7], tuy nhiên thấp hơn so với nghiên cứu của Nio có thể do tuổi phẫu thuật của chúng tôi thấp hơn so với của Nio[2]. Tuổi thời điểm phẫu thuật là một yếu tố có ảnh hưởng đến các biến chứng sau phẫu thuật, các nghiên cứu trên thế giới đưa ra các mốc phân chia lứa tuổi phẫu thuật khác nhau như ở các mốc 75 ngày, 90 ngày hay 100 ngày tuổi... Các bệnh nhân được phẫu thuật ở độ tuổi trên 90 ngày thường đạt kết quả thấp do các biến chứng của việc tăng bilirubin, ASL, ALT kéo dài[7].

Tính đến thời điểm nghiên cứu có 86,6% bệnh nhân còn sống trong nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ tử vong ở thời điểm nghiên cứu là 13,4% với thời gian theo dõi trung bình là $13,9 \pm 13,6$ tháng (1-45 tháng). Nguyên nhân chính gây ra tử vong sau mổ là các biến chứng xơ gan nặng kết hợp với biến chứng của tình trạng nhiễm trùng đường mật sau mổ. Phẫu thuật Kasai là bước điều trị ban đầu cho những bệnh nhân mắc TĐMBS, tuy nhiên đây chưa phải là điều trị triệt để nhất cho TĐMBS, đối với các bệnh nhân phẫu thuật không thành công hoặc những bệnh nhân có những biến chứng nặng sau phẫu thuật thì ghép gan là lựa chọn cuối cùng để điều trị. Tuy nhiên do điều kiện tại Việt Nam nên chưa có bệnh nhân nào sau mổ Kasai được ghép gan. Điều này nói lên vai trò quan trọng của phẫu thuật Kasai đối với bệnh nhân TĐMBS. Mặc dù phẫu thuật Kasai chỉ ở giai đoạn đầu tiên nhưng

lại rất có ý nghĩa.

Thang điểm PELD được sử dụng như một công cụ theo dõi giúp đánh giá và tiên lượng bệnh nhân sau mổ. Theo các nghiên cứu trên thế giới, chỉ định ghép gan ở bệnh nhân TMBS được xem là phương pháp điều trị tối ưu nhất khi phẫu thuật Kasai thất bại và thang điểm PELD tạo nên hệ dữ liệu bệnh nhân cần ghép gan theo tình trạng nặng của bệnh. Trong nghiên cứu này, chúng tôi xác định mối liên quan giữa điểm PELD ở thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 6 tháng và xác suất sống sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy có sự liên quan chặt chẽ giữa chỉ số PELD ở thời điểm trước phẫu thuật cũng như sau phẫu thuật 6 tháng với xác suất sống sót sau PT với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Lampela khi cho dự đoán xác suất sống sót sau PT có độ nhạy 83%, độ đặc hiệu 84% với điểm PELD < 3 [5]. Từ năm 2003 các nghiên cứu đưa ra chỉ số APRI khi mô tả mối liên hệ giữa AST, tiểu cầu và mức độ xơ gan của bệnh nhân trưởng thành bị viêm gan C. Năm 2007, chỉ số APRI được sử dụng để đánh giá mức độ xơ gan ở bệnh nhân sau mổ teo mật. Đã có nhiều nghiên cứu chứng tỏ mối liên quan chặt chẽ giữa tình trạng xơ gan sau mổ và chỉ số APRI thời điểm phẫu thuật[2]. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá mối liên quan giữa APRI tại các thời điểm trước mổ, sau mổ 6 tháng và kết quả sau phẫu thuật. Chỉ số APRI có liên quan đến xác suất tử vong sau phẫu thuật, nhưng sự liên quan này không thực sự chặt chẽ. Ở nhóm có chỉ số APRI thấp xác suất sống cao hơn so với nhóm có chỉ số APRI cao hơn với $p < 0,05$. Các nghiên cứu chỉ ra rằng tình trạng vàng da sẽ dai dẳng ở những bệnh nhân có chỉ số APRI > 3 và cần phải ghép gan để sống sót[2].

V. KẾT LUẬN

Điều trị teo đường mật bẩm sinh bằng phẫu thuật Kasai có cắt xơ rốn gan rộng rãi mang lại kết quả dẫn lưu mật khả quan sau mổ. Các biến chứng sau mổ thường gặp là nhiễm trùng đường mật, suy gan sau mổ và rối loạn điện giải. Tuổi khi được phẫu thuật, chỉ số bilirubin toàn phần trước mổ, điểm PELD và APRI là các yếu tố có liên quan tới tỷ lệ dẫn lưu mật thành công cũng như tử vong sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thanh Liêm.** Teo đường mật bẩm sinh: Nhà xuất bản Y học; 2000.
2. **Nio M, Ohi R.** Historical Overview of Biliary Atresia. Introduction to Biliary Atresia: Springer; 2021. p.1-6.

3. **Scottoni F, Davenport M.** Biliary atresia: Potential for a new decade. *Seminars in Pediatric Surgery*; Elsevier; 2020. p.150940.
4. **Davenport M.** Biliary atresia: clinical aspects. *Seminars in pediatric surgery*; Elsevier; 2012. p.175-84.
5. **Lampela H, Kosola S, Heikkilä P, Lohi J, Jalanko H, Pakarinen MP.** Native liver histology after successful portoenterostomy in biliary atresia. *Journal of clinical gastroenterology* 2014;48:721-8.
6. **Shneider BL, Brown MB, Haber B, Whittington PF, Schwarz K, Squires R, et al.** A multicenter study of the outcome of biliary atresia in the United States, 1997 to 2000. *The Journal of pediatrics* 2006;148:467-74. e1.
7. **Serinet M-O, Wildhaber BE, Broué P, Lachaux A, Sarles J, Jacquemin E, et al.** Impact of age at Kasai operation on its results in late childhood and adolescence: a rational basis for biliary atresia screening. *Pediatrics* 2009;123:1280-6.
8. **De Vries W, De Langen ZJ, Groen H, Scheenstra R, Peeters PM, Hulscher JB, et al.** Biliary atresia in the Netherlands: outcome of patients diagnosed between 1987 and 2008. *The Journal of pediatrics* 2012;160:638-44.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ DIỄN BIẾN TỔN THƯƠNG THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CẤP METHANOL

Bùi Hồng Giang¹, Đặng Thị Xuân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, diễn biến tổn thương thận cấp ở bệnh nhân ngộ độc cấp methanol. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả 93 bệnh nhân (BN) ngộ độc cấp methanol điều trị tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai từ 01/2017 đến 06/2021. **Kết quả:** 93,5% là BN nam, tuổi trung bình 48,39 ± 13,41. Có 41 (44,1%) BN tổn thương thận cấp (AKI): mức độ 1 (61%), mức độ 2 (29,3%), mức độ 3 (9,7%). Ở nhóm AKI: APACHE II là 28,61±6,17 điểm, SOFA 9,51±3,47 điểm, Glasgow 5,8± 3,74, mạch nhanh 60,3%; sốc 75%, thiếu dịch 69,8%, thiếu niệu 72,5%, suy hô hấp 57,6%, tăng kali máu 73,7%, tiêu cơ vân 90,9%, toan chuyển hóa nặng 100%, lactat 9,72 ± 4,49, khoảng trống anion 43,34 ± 7,87. Tổn thương thận nặng nhất là thời điểm vào viện, trung bình sau ngộ độc 34,29 ± 13,24 giờ, hồi phục sau điều trị 10,51±0,54 giờ. Tử vong ở nhóm AKI là 63,4% cao gấp 9,53 lần nhóm không AKI. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, diễn biến AKI ở BN ngộ độc cấp methanol.

Từ khóa: Tổn thương thận cấp, ngộ độc cấp methanol

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF AKI IN PATIENTS WITH ACUTE METHANOL POISONING

Objects: to describe the clinical features, laboratory characteristics, progression of AKI in patients with acute methanol poisoning. **Subjects and Methods:** A descriptive study included 93 methanol poisoned patients treated at Poison Control

Center of Bach Mai Hospital from 01/2017 to 6/2021. **Results:** The study patients were mainly male (93.5%), the mean age were 48.39 ± 13.41 years old. There were 41 patients with AKI (44.1%) of which AKI level 1 (61%), level 2 (29.3%) and level 3 (9.7%). In the AKI group: APACHE II score 28.61±6.17, SOFA 9.51±3.47, Glasgow 5.8± 3.74, tachycardia 60.3%, shock 75%, systemic volume depletion 69.8%, oliguria 72.5%, respiratory failure 57.6%, hyperkalemia 73.7%, rhabdomyolysis 90.9%, severe metabolic acidosis 100%, lactate 9.72 ± 4.49, anion gap 43.34 ± 7.87. The most severe kidney damage was at the time of admission, on average after poisoning 34.29 ± 13.24 hours, recovery after treatment 10.51 ± 0.54. Mortality rate in AKI patients was 63.4%, 9.53 times higher than the group without AKI. **Conclusion:** The study showed clinical features, laboratory, progression of AKI in patients with acute methanol poisoning.

Keywords: Acute kidney injury, acute methanol poisoning

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc methanol đang là vấn nạn của nhiều quốc gia trong đó có Việt Nam. Trong những năm gần đây ngày càng có nhiều vụ ngộ độc methanol xảy ra, tỷ lệ tử vong chung lên tới hơn 30%. Tại Việt Nam, theo Bộ Y tế hàng năm có khoảng trên 1000 ca ngộ độc methanol. Ngộ độc methanol để lại hậu quả nặng nề và tỷ lệ tử vong cao từ 40% đến 60%^{1,2}. Bệnh nhân tử vong do ngộ độc cấp methanol thường trong bệnh cảnh nặng có tổn thương nhiều cơ quan. Tổn thương thận cấp là một trong những bệnh cảnh thường gặp trong ngộ độc cấp methanol. Tỷ lệ mắc tổn thương thận cấp ở bệnh nhân ngộ độc cấp methanol cao từ 30 – 66%, tỷ lệ tử vong từ 20 – 30% và có liên quan giữa mức độ tổn thương thận cấp với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng như tình trạng tụt huyết áp, thiếu dịch, rối loạn ý thức, toan chuyển hóa nặng, tăng nồng độ

¹Bệnh viện Giao thông Vận tải

²Trung tâm chống độc – Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hồng Giang

Email: bhgiangdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.10.2021

Ngày duyệt bài: 19.10.2021