

7. Wedell A., Thilén A., Ritzén E.M. và cộng sự. (1994). Mutational spectrum of the steroid 21-hydroxylase gene in Sweden: implications for genetic diagnosis and association with disease manifestation. *J Clin Endocrinol Metab*, **78**(5),

1145–1152.

8. Narasimhan M.L. and Khattab A. (2019). Genetics of congenital adrenal hyperplasia and genotype-phenotype correlation. *Fertil Steril*, **111**(1), 24–29

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC YẾU TỐ THỨC ĐẨY VÀ MỨC ĐỘ BỆNH NÃO GAN LÂM SÀNG THEO TIÊU CHUẨN WEST HAVEN

Võ Duy Thông^{1,2}, Hồ Thị Vân Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố thúc đẩy và mức độ bệnh não gan (BNG) lâm sàng theo tiêu chuẩn West Haven. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến cứu được tiến hành trên 146 bệnh nhân xơ gan có biến chứng BNG lâm sàng (BNG độ II, độ III và độ IV theo tiêu chuẩn West Haven). Tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan bao gồm hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa; siêu âm bụng hoặc chụp cắt lớp vi tính (CT scan) bụng cho thấy tổn thương gan mạn (cấu trúc thô, nhiều nốt tân sinh, bờ không đều...). Tiêu chuẩn chẩn đoán BNG lâm sàng bao gồm dựa vào đặc điểm lâm sàng của BNG và loại trừ các nguyên nhân khác gây rối loạn tâm thần kinh. Các yếu tố thúc đẩy gồm: Xuất huyết tiêu hoá, nhiễm trùng (Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, nhiễm trùng hô hấp, nhiễm trùng tiểu...), hạ kali máu, hạ natri máu, táo bón, tiêu chảy và thuốc an thần. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $51,24 \pm 13,37$, giới tính nam (71,2%) nhiều hơn nữ (28,8%). Tỷ lệ BN viêm gan vi rút B mạn chiếm phần lớn với 40,4%, tiếp theo là rượu (21,9%) và viêm gan vi rút C mạn (19,2%). Yếu tố nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao nhất (54,1%), tiếp theo là hạ natri máu, xuất huyết tiêu hoá và hạ kali máu chiếm lần lượt là 37,0%, 36,3% và 33,2%. Yếu tố nhiễm trùng và hạ natri máu có mối liên quan với mức độ bệnh não gan ($p = 0,002$ và $p = 0,001$). **Kết luận:** Yếu tố nhiễm trùng và hạ natri máu có mối liên quan với bệnh não gan và mức độ nặng của bệnh lý.

Từ khóa: bệnh não gan, xơ gan, yếu tố thúc đẩy, nhiễm trùng

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE FACTORS RELATED TO THE SEVERITY OF CLINICAL HEPATIC ENCEPHALOPATHY BASED ON WEST HAVEN CRITERIA

Objective: To investigate the factors associated with the severity of clinical hepatic encephalopathy (BNG) based on West Haven criteria. **Methods:** A

descriptive cross-sectional study was conducted on 146 cirrhotic patients with clinical complications of BNG (BNG grade II, III and IV according to West Haven criteria). Diagnostic criteria for cirrhosis include hepatocellular insufficiency syndrome and portal hypertension syndrome; abdominal ultrasound or computed tomography (CT scan) of the abdomen with chronic liver damage (rough structure, many neoplastic nodules, irregular margins...). Diagnostic criteria for clinical BNG include clinical characteristics of BNG with excluding other causes of psychosis. The factors including gastrointestinal bleeding, infection (primary infectious peritonitis, respiratory infection, urinary tract infection...), hypokalemia, hyponatremia, constipation, diarrhea and anesthetics were analyzed.

Results: The mean age was 51.24 ± 13.37 , the male gender rate was 71.2%, higher than that of the female (28.8%). The proportion of patients with chronic hepatitis due to hepatitis B virus accounted for 40.4%, followed by alcohol (21.9%) and hepatitis C virus (19.2%). Infectious factor accounted for the highest proportion (54.1%), followed by hyponatremia (37%), gastrointestinal bleeding (36.3%) and hypokalemia (32.3%). Infectious factors and hyponatremia were associated with the severity of hepatic encephalopathy ($p = 0.002$ and $p = 0.001$).

Conclusion: Infectious factors and hyponatremia were associated with hepatic encephalopathy and the severity of the disease.

Keywords: hepatic encephalopathy, cirrhosis, predisposing factor, infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh não gan (BNG) ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (BN), gây rối loạn hành vi và cảm xúc, rối loạn giấc ngủ, giảm sự tương tác với gia đình và xã hội, giảm khả năng thực hiện các công việc hằng ngày dễ dẫn đến tai nạn [1]. Bên cạnh đó, sự suy giảm nhận thức ở BN BNG dẫn đến việc sử dụng những nguồn lực chăm sóc y tế nhiều hơn so với những biến chứng khác của bệnh gan [2]. Tại Hoa Kỳ, BNG là nguyên nhân nhập viện thường gặp thứ 2 ở BN xơ gan (XG) và tỷ lệ hiện mắc của BNG lâm sàng ở thời điểm chẩn đoán XG là 10-14% [3]. Trong 5 năm sau chẩn đoán XG, nguy cơ xảy ra đợt BNG lâm sàng đầu tiên là 5%-25% và

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Thông

Email: duythong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2021

Ngày duyệt bài: 26.3.2021

tùy thuộc vào những yếu tố thúc đẩy (YTTĐ) [4]. Những BN đã từng có BNG lâm sàng một lần trước đây sẽ có nguy cơ tái phát BNG lâm sàng là 40% trong một năm, những BN đã có hai đợt BNG lâm sàng thì nguy cơ tái phát đợt thứ ba là 40% trong 6 tháng, mặc dù được điều trị bằng lactulose [3]. Ngoài ra, BNG ảnh hưởng rất quan trọng lên sự sống còn của BN XG. Tiên lượng sống ở BN bị BNG lần đầu là 42% sau 1 năm và 23% sau 3 năm theo dõi [4]. Ở BN XG, BNG thường xảy ra do một hoặc nhiều YTTĐ. Các YTTĐ BNG thường được tìm thấy và nếu các yếu tố này được điều trị thích hợp thì BN BNG sẽ hồi phục tốt hơn. Do đó, việc phòng ngừa, xác định và điều trị các YTTĐ BNG là rất cần thiết giúp giảm tỷ lệ mắc BNG và cải thiện tiên lượng sống còn ở BN BNG [3]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố thúc đẩy và mức độ bệnh não gan lâm sàng theo tiêu chuẩn West Haven.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn chọn bệnh nghiên cứu: Bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xơ gan và BNG trên lâm sàng (BNG độ II, độ III và độ IV theo tiêu chuẩn West Haven) tại khoa Nội Tiêu hoá bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2019 đến tháng 06/2020. Tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan: hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa; siêu âm bụng hoặc chụp cắt lớp vi tính (CT scan) bụng cho thấy tổn thương gan mạn (cấu trúc thô, nhiều nốt tân sinh, bờ không đều...). Tiêu chuẩn chẩn đoán BNG lâm sàng: dựa vào đặc điểm lâm sàng của BNG (rối loạn nhận thức, rối loạn giấc ngủ, thay đổi nhân cách, thay đổi hành vi, suy giảm ý thức, lời nói, dấu run vẩy...) và loại trừ các nguyên nhân khác gây rối loạn tâm thần kinh. Người thân của BN đồng ý tham gia nghiên cứu. Các yếu tố thúc đẩy gồm: Xuất huyết tiêu hoá, nhiễm trùng (Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, nhiễm trùng hô hấp, nhiễm trùng tiểu...), hạ kali máu, hạ natri máu, táo bón, tiêu chảy và thuốc an thần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân xơ gan có biểu hiện rối loạn tâm thần kinh do các nguyên nhân khác như bệnh lý ở não (xuất huyết não, nhồi máu não, viêm màng não, viêm não, áp xe não), nhiễm ceton acid, hạ đường huyết, bệnh lý tâm thần kinh.

Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.

Các bước tiến hành và phân tích số liệu.

Bệnh sử chi tiết của từng BN được thu thập từ việc hỏi người chăm sóc BN. Các thông tin được thu thập bao gồm: Hỏi thông tin hành chính, bệnh sử, tiền căn và khám lâm sàng từng bệnh nhân. Ghi nhận các thông tin lâm sàng của bệnh nhân.

Kiểm soát sai lệch thông tin: Định nghĩa rõ và cụ thể các biến số trong nghiên cứu. Nghiên cứu viên hiểu rõ bản chất dữ liệu và nắm vững phương pháp thu nhập dữ liệu. Đối với mỗi loại thông số, chỉ sử dụng thống nhất 1 thiết bị cân đo (máy xét nghiệm, siêu âm,..). Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.

Vấn đề y đức: Nghiên cứu tiến hành đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu Y học và được Hội đồng nghiên cứu khoa học của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Tổng cộng có 146 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và được đưa vào nghiên cứu. Đặc điểm dân số nghiên cứu được thể hiện tại Bảng 1. Kết quả nghiên cứu có tuổi trung bình là $51,24 \pm 13,37$ (nhỏ nhất là 29 và lớn nhất là 85 tuổi). Phân bố giới tính nam (71,2%) nhiều hơn nữ (28,8%) trong kết quả nghiên cứu. Khi khảo sát các nguyên nhân trong nghiên cứu, tỷ lệ BN viêm gan vi rút B mạn chiếm phần lớn với 40,4%, tiếp theo là rượu (21,9%) và viêm gan vi rút C mạn (19,2%). Khi khảo sát mức độ xơ gan theo thang điểm Child-Pugh, kết quả cho thấy mức độ Child-Pugh C chiếm 78,1% và 20,5% có phân loại Child-Pugh B.

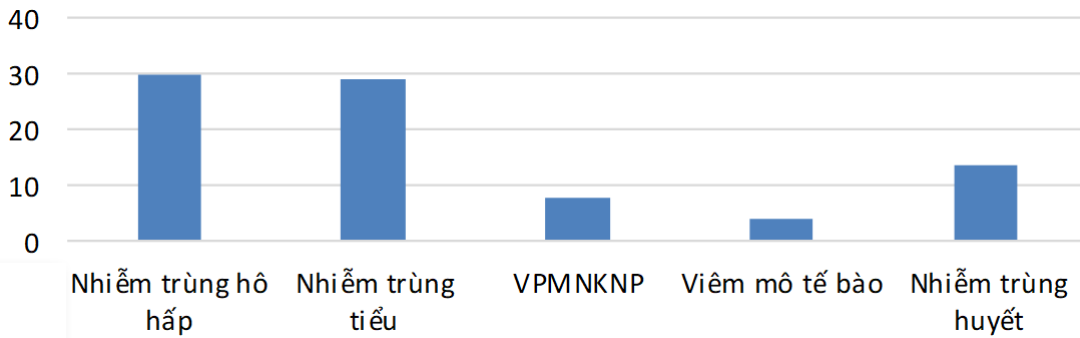
Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n = 146)
Tuổi (năm)	51,24 ± 13,37
Giới tính [n (%)]: Nam	104 (71,2%)
Nữ	42 (28,8%)
Nguyên nhân: HBV	59 (40,4%)
Rượu	32 (21,9%)
HCV	28 (19,2%)
NAFLD/NASH	15 (10,3%)
Khác	12 (8,2%)
Phân độ Child-Pugh: A	2 (1,4%)
B	30 (20,5%)
C	114 (78,1%)

Các yếu tố thúc đẩy bệnh não gan

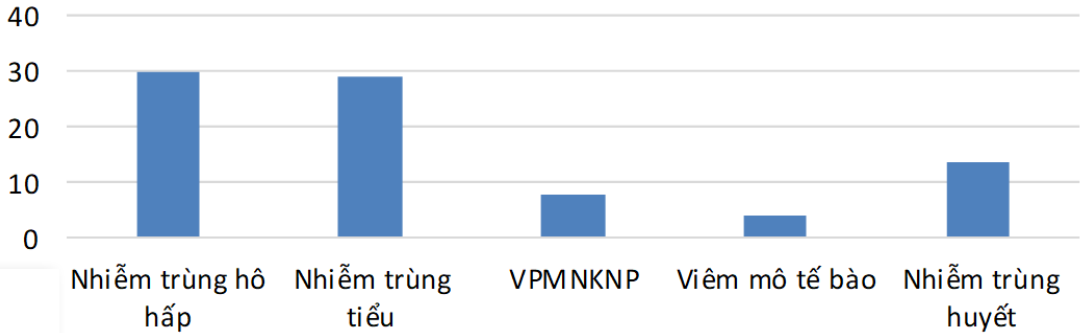
Kết quả nghiên cứu cho thấy, yếu tố nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao nhất trong các yếu tố thúc đẩy (54,1%). Tiếp theo là hạ natri máu, xuất huyết tiêu hoá và hạ kali máu chiếm lần lượt là 37,0%, 36,3% và 33,2%. Các yếu tố thúc đẩy

khác như táo bón, tiêu chảy và thuốc an thần 14,2% và 5,8%. Tỷ lệ các yếu tố thúc đẩy được chiếm tỷ lệ thấp hơn với tỷ lệ lần lượt là 19,2%, thể hiện ở Hình 1.



Hình 1. Tỷ lệ các yếu tố thúc đẩy.

Yếu tố nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao, do đó khi phân tích các yếu tố nhiễm trùng, kết quả được thể hiện tại Hình 2. Chúng tôi ghi nhận, yếu tố nhiễm hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất (29,8%), sau đó là nhiễm trùng tiểu với tỷ lệ là 29,1%. Nhiễm trùng huyết, viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát và nhiễm trùng mô mềm chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 13,6%, 7,5% và 3,8%.



VPMNKNP: Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát.

Hình 2. Các nguyên nhân của yếu tố nhiễm trùng.

Khi khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố thúc đẩy và mức độ bệnh não gan, kết quả được thể hiện tại Bảng 2. Kết quả nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận nhiễm trùng và hạ natri máu có mối liên quan với mức độ bệnh não gan ($p = 0,002$ và $p = 0,001$).

Bảng 2. Mối liên quan giữa các yếu tố thúc đẩy và mức độ bệnh não gan.

Các yếu tố	Mức độ bệnh não gan (n=146)			p
	Độ II(n = 14)	Độ III(n=90)	Độ IV(n=42)	
Nhiễm trùng: Có	4 (28,6%)	41 (45,6%)	34 (81,0%)	0,002
Không	10 (71,4%)	49 (54,4%)	8 (19,0%)	
Xuất huyết tiêu hoá: Có	2 (14,3%)	31 (34,4%)	20 (47,6%)	0,061
Không	12 (85,7%)	59 (65,6%)	22 (52,4%)	
Hạ Natri máu: Có	2 (14,3%)	25 (27,8%)	27 (64,3%)	0,001
Không	12 (85,7%)	65 (72,2%)	15 (35,7%)	
Hạ Kali máu: Có	3 (21,4%)	29 (32,2%)	16 (38,1%)	0,287
Không	11 (78,6%)	61 (67,8%)	26 (61,9%)	
Táo bón: Có	5 (35,7%)	18 (20,0%)	5 (11,9%)	0,154
Không	9 (64,3%)	72 (80,0%)	37 (88,1%)	
Tiêu chảy: Có	1 (7,1%)	11 (12,2%)	9 (21,4%)	0,209
Không	13 (92,9%)	79 (87,8%)	33 (78,6%)	
Thuốc an thần: Có	1 (7,1%)	7 (7,8%)	1 (2,4%)	0,683
Không	13 (92,9%)	83 (92,2%)	41 (97,6%)	

Khi đánh giá số lượng các yếu tố thúc đẩy và mức độ bệnh não gan, kết quả cho thấy có mối liên quan với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nam cao hơn nữ tương tự như nhiều nghiên cứu trước đây, điều này có thể giải thích do việc uống rượu và chăm sóc sức khỏe khác nhau giữa hai nhóm. Tỷ lệ các nguyên nhân gây xơ gan cũng thay đổi theo gian, nghiên cứu của Lê Hà Xuân Sơn cho thấy các nguyên nhân gây xơ gan theo thứ tự là HBV, HCV và rượu [5]. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây cho thấy các nguyên nhân theo thứ tự là HBV, rượu và HCV. Điều này có thể do tỷ lệ sử dụng rượu ngày càng cao, và các phác đồ điều trị HCV đạt hiệu quả cao. Trong các yếu tố thúc đẩy liên quan đến mức độ bệnh não gan, nghiên cứu của Lê Hà Xuân Sơn [5] ghi nhận có mối liên quan giữa yếu tố nhiễm trùng với mức độ bệnh não gan ($p = 0,014$). Trong nghiên cứu của Mumtaz [6], tác giả tìm thấy yếu tố rối loạn điện giải có mối liên quan với mức độ nặng của bệnh não gan. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy yếu tố nhiễm trùng và hạ natri máu có mối liên quan với mức độ bệnh não gan ($p = 0,002$ và $p = 0,001$). Bệnh nhân xơ gan dễ bị nhiễm trùng và khi nhiễm trùng thường diễn tiến nặng hơn do tình trạng suy giảm miễn dịch. Nghiên cứu của Shawcross trên bệnh nhân xơ gan cho thấy tình trạng viêm và các chất trung gian gây viêm có thể điều chỉnh đáng kể ảnh hưởng của NH₃ lên hệ thần kinh trung ương, gây suy giảm đáng kể tâm thần kinh và cải thiện sau khi giải quyết tình trạng viêm [7]. Tình trạng đáp ứng viêm toàn thân hoặc nhiễm trùng được ghi nhận là góp phần làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh não gan. Hệ thống miễn dịch ngoại biên thường sản xuất các cytokine gây viêm khác nhau, bao gồm interleukin- 1β (IL- 1β), interleukin-6 (IL-6) và yếu tố hoại tử khối u (TNF- α) khi nhiễm trùng. Các cytokine này có thể trực tiếp đi qua hàng rào máu não hoặc tạo ra các tín hiệu gián tiếp lên não để tương tác với các cơ quan quanh não thất và kích hoạt các tế bào thần kinh hướng tâm của dây thần kinh phế vị thông qua các chất dẫn truyền thần kinh khác nhau [8]. Một nghiên cứu khác đã cho thấy việc xóa gen quy định thụ thể IL-1 hoặc TNF- α làm trì hoãn khởi phát bệnh não và làm giảm phù não trong suy gan cấp. Ngoài ra, hạ thân nhiệt nhẹ dẫn đến giảm biểu hiện các cytokine tiền viêm lưu hành, cải thiện chức năng thần kinh, mức độ glutathione về bình thường và giảm tổn thương gan [4]. Điều này cho thấy nhiễm trùng hoặc đáp ứng viêm toàn thân là một yếu tố quan trọng góp phần vào mức độ nặng của bệnh não gan. Nhiễm

trùng hô hấp và nhiễm trùng tiêu là các yếu tố thường gặp nhất trong nhóm yếu tố nhiễm trùng.

Các yếu tố thúc đẩy như xuất huyết tiêu hoá, biến chứng dẫn tĩnh mạch thực quản có tỷ lệ cao ở một số nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ yếu tố thúc đẩy của xuất huyết tiêu hoá chiếm 36,3%. Việc sử dụng lợi tiểu không hợp lý hoặc không theo dõi điện giải đồ, có thể dẫn đến tình trạng rối loạn điện giải đồ. Bệnh nhân thường xuyên táo bón, dẫn đến việc tăng NH₃ và thúc đẩy bệnh não gan được trình bày ở nhiều nghiên cứu, và tỷ lệ 19,2%. Hạ natri máu là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân xơ gan tiến triển. Hạ natri máu có thể gây ra sự mất cân bằng thẩm thấu ở nhiều tế bào, bao gồm các tế bào não, sự giảm áp lực thẩm thấu của dịch ngoại bào sẽ làm các tế bào trương lên do nước từ ngoại bào di chuyển vào nội bào. Ở bệnh nhân xơ gan, tăng NH₃ máu sẽ gây tăng glutamine trong các tế bào hình sao dẫn đến tăng áp lực thẩm thấu nội bào nên dịch sẽ di chuyển từ ngoại bào vào trong nội bào. Hạ natri máu lại góp phần làm tăng thêm sự mất cân bằng thẩm thấu nên gây ra thêm một lượng nước từ ngoại bào vào nội bào làm nặng thêm tình trạng phù tế bào. Các tế bào hình sao trương lên sẽ dẫn đến rối loạn chức năng tế bào hình sao, tạo điều kiện cho sự phát triển bệnh não gan. Các nghiên cứu thực nghiệm cho thấy những con chuột tăng NH₃ máu và hạ natri máu phát triển phù não nặng hơn những con chuột tăng NH₃ máu và natri máu bình thường. Nghiên cứu ở người cho thấy cả nồng độ NH₃ máu và natri máu là những yếu tố chính quyết định bất thường điện não đồ ở bệnh nhân xơ gan [3], [7]. Trong các trường hợp hạ natri máu, mức độ natri máu từ 130 mmol/L đến dưới 135 mmol/L, bệnh nhân thường không có triệu chứng lâm sàng nên các bác sĩ cần lưu ý theo dõi điện giải đồ để không bỏ sót và phòng ngừa natri máu tiếp tục hạ thấp ở những bệnh nhân này. Các bác sĩ cần phòng ngừa nhiễm trùng cho bệnh nhân nằm viện, kiểm soát tốt khi nhiễm trùng xảy ra, thận trọng khi sử dụng thuốc lợi tiểu, theo dõi lượng nước xuất nhập và điện giải đồ thường xuyên. Bệnh nhân và người thân cần nhận thức được tầm quan trọng của việc phòng ngừa nhiễm trùng, thực hiện đúng hướng dẫn hạn chế muối nước, sử dụng thuốc và tái khám theo đúng chỉ định. Ngoài ra, bệnh nhân và người thân cần được hướng dẫn về các yếu tố thúc đẩy có thể phòng tránh được, người chăm sóc cần chú ý các bất thường ở bệnh nhân từ đó

đưa bệnh nhân đi khám để chẩn đoán, phát hiện và điều trị sớm các yếu tố thúc đẩy.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận càng nhiều yếu tố thúc đẩy, bệnh não gan càng nặng. Do đó, số lượng các yếu tố thúc đẩy có mối liên quan đến mức độ bệnh não gan ($p = 0,0001$). Nghiên cứu của Muntaz, kết quả cho thấy số lượng từ hai yếu tố thúc đẩy trở lên có mối liên quan đến mức độ bệnh não gan ($p = 0,025$), và những bệnh nhân có từ hai yếu tố thúc đẩy trở lên sẽ có bệnh não gan độ III hoặc độ IV lúc nhập viện [6]. Tương tự với nghiên cứu của Lê Hà Xuân Sơn [5], kết quả cũng tìm thấy mối liên quan giữa số lượng yếu tố thúc đẩy và mức độ bệnh não gan ($p = 0,019$).

V. KẾT LUẬN

Yếu tố nhiễm trùng và hạ natri máu có mối liên quan với bệnh não gan và mức độ nặng của bệnh lý. Nghiên cứu cho thấy có sự liên quan giữa số lượng yếu tố thúc đẩy với mức độ bệnh não gan, do vậy phòng ngừa cũng như tầm soát các yếu tố thúc đẩy là cần thiết để hạn chế diễn tiến của bệnh não gan lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Agrawal S, Umapathy S, Dhiman RK.** Minimal Hepatic Encephalopathy Impairs Quality of Life. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology.* 2015; 5:42-48.
2. **Quero Guillen JC, Herrerias Gutierrez JM.** Diagnostic methods in hepatic encephalopathy. *Clinica Chimica Acta.* 2006; 365: 1-8.
3. **Jepsen P, Ott P, Andersen PK, Soresen HT, Vilstrup H.** The clinical course of alcoholic liver cirrhosis: a Danish population-based cohort study. *Hepatology.* 2010; 51: 1675-1682.
4. **Sharma BC, Sharma P, Agrawal A, Sarin SK.** Secondary prophylaxis of hepatic encephalopathy: an open-label randomized controlled trial of lactulose versus placebo. *Gastroenterology.* 2009; 137: 885-891.
5. **Lê Hà Xuân Sơn.** Khảo sát mối tương quan giữa các yếu tố thúc đẩy và tử vong trên bệnh nhân Bệnh não gan loại C. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. 2015. tr. 1-70.
6. **Mumtaz K, Ahmed US, Abid S, Baig N, Hamid S, Jafri W.** Precipitating Factors and The Outcome of Hepatic Encephalopathy in Liver Cirrhosis. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan.* 2010; 20(8):514-518.
7. **Shawcross DL, Davies NA, Williams R, Jalan R.** Systemic inflammatory response exacerbates the neuropsychological effects of induced hyperammonemia in cirrhosis. *Journal of Hepatology.* 2004; 40(2):247-254.
8. **Atluri DK, Prakash R, Mullen KD.** Pathogenesis, diagnosis, and treatment of hepatic encephalopathy. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology.* 2011; 1(2): 77-86.

KHẢO SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ VIỆC SỬ DỤNG KHÁNG SINH VANCOMYCIN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Đinh Thị Thúy Hà¹

TÓM TẮT

Kháng vancomycin đã làm dấy lên mối lo ngại về triển vọng hiệu quả trong điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn Gram dương. Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai từ tháng 3/2019 đến tháng 6/2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu để đánh giá việc kê đơn và sử dụng vancomycin tại bệnh viện. Kết quả được xác định và biểu thị bằng các liệu trình vancomycin trên 98 bệnh nhân nhập viện. Thông tin về bệnh nhân được thu thập bao gồm: nhân khẩu học, căn nguyên và vị trí của nhiễm trùng, dữ liệu vi sinh, chế độ liều lượng, cách dùng và thời gian điều trị, độc tính trên thận của vancomycin. **Kết quả:** Tuổi trung bình và thời gian điều trị vancomycin lần lượt là 56 tuổi và 9 ngày. Nhiễm trùng da mô mềm (44%) là nguyên nhân phổ biến nhất. Can thiệp y tế chủ yếu là

thở máy (28,6%). Số lượng bệnh nhân có kết quả khỏi, đỡ, giảm chiếm tỉ lệ cao (66,3%). Chế độ liều nạp được áp dụng ở 13,3 % bệnh nhân với liều nạp theo cân nặng 25,6mg/kg. Đa số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu dùng chế độ liều ban đầu 1g/12 giờ (78,6%) khi chức năng thận bình thường. 100% bệnh nhân được sử dụng đường truyền tĩnh mạch ngắt quãng, 96,9% trường hợp có dung môi pha truyền hợp lý, 100% phù hợp về thời gian truyền và 63,2% phù hợp về nồng độ truyền. 7 bệnh nhân có sự thay đổi creatinine huyết thanh (tăng >50% so với giá trị ban đầu), đều xuất hiện ít nhất sau 7 ngày, muộn nhất sau 14 ngày sử dụng vancomycin. **Kết luận:** Cần có các chương trình toàn diện để cải thiện việc sử dụng vancomycin trong các bệnh viện. Việc sử dụng Vancomycin nên được theo dõi để tối ưu hóa việc sử dụng thuốc.

Từ khóa: vancomycin, sử dụng thuốc

SUMMARY

EVALUATION OF VANCOMYCIN USE AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL

Objectives: Vancomycin resistance has raised concerns about outcome prospects in the treatment of

¹Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Thúy Hà

Email: Dinhthuyha85@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2021

Ngày duyệt bài: 23.3.2021