

Phần lớn các bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết trong nghiên cứu có công thức bạch cầu bình thường (61,9%). Đa số dịch màng phổi trong nghiên cứu của chúng tôi đều có màu vàng chanh (77,3%), có 30,9% có xuất hiện tế bào lạ trong dịch màng phổi và tỷ lệ PCR dịch màng phổi âm tính cao (92,8%). Trong 97 trường hợp được tiến hành cell-block và sinh thiết thì có 49,5% trường hợp có tế bào carcinoma trong dịch màng phổi và kết quả sinh thiết phần nhiều ra carcinoma (48,5%), tiếp đến là mô viêm lao (41,2%) và mô viêm mạn (10,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Thị Hương, Ngô Quý Châu** (2007), "Đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng và kết quả điều trị 768 bệnh nhân tràn dịch màng phổi", Nghiên cứu y học - Chuyên đề Hội nghị chuyên đề nội khoa, 53, (5), tr. 72-79.
2. **Nguyễn Xuân Kiên** (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tràn dịch màng phổi hai bên tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Vũ Văn Kiều** (2020), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết tại Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Ferreiro L., Toubes M. E., San Jose M. E., Suarez-Antelo J., Golpe A., Valdes L.** (2020), "Advances in pleural effusion diagnostics", Expert Rev Respir Med, 14, (1), p. 51-66.
5. **Jany B, Welte T** (2019), "Pleural Effusion in Adults-Etiology, Diagnosis, and Treatment", Dtsch Arztebl Int, 116, (21), p. 377-386.
6. **Light R.W.** (2007), "Tuberculous pleural effusion", Pleural Disease, Lippincott Williams and Wilkins, p. 211-224.
7. **Rachana Krishna, Marsha H Antoine, Mohan Rudrappa** (2023), Pleural Effusion, StatPearls, Treasure Island (FL), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448189/>.
8. **Nidhi Sanwalka, Ramesh Kumar, Madhvi Sanwalka** (2020), "Role of pleural biopsy in patients of undiagnosed exudative pleural effusion", International Journal of Medical Research and Review, 8, (3), p. 265-268.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM GAN DO THUỐC

Seng Leangchhay¹, Trần Ngọc Ánh^{1,2}, Trần Duy Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm gan do thuốc đông y tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 58 bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan do thuốc điều trị nội trú tại Khoa Nội Tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2019 đến năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam: 67,2%/ 32,8%, Tuổi trung bình: 52,09 ± 13,75. Lý do vào viện chủ yếu là vàng da: 43,1% và mệt mỏi: 17,2%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là mệt mỏi: 65,5% và hoàng đả: 60%. AST/ALT trung bình: 450 ± 42,74/670,22 ± 57,10 (U/L), Bilirubin toàn phần trung bình: 112,20 ± 16,84 μmol/l, bệnh nhân có chỉ số PT < 70%: 8,62%, bệnh nhân có INR ≥ 1.2: 15,52%. Thể bệnh: hoại tử 84,50%/tắc mật 3,45%/hỗn hợp 12,05%. Mức độ bệnh: nhẹ: 43,1%/trung bình: 10,3%/nặng: 39,7%/suy gan cấp: 6,9%/nguy kịch: 0%. Nguyên nhân DILI: thuốc đông y là: 67,23%. **Từ khóa:** tổn thương gan do thuốc (DILI), Roussel Uclaf Causality Assessment Method (RUCAM), Viêm gan do thuốc đông y

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DRUG-INDUCED HEPATITIS

Objectives: Survey on the clinical, paraclinical characteristics of the patients with hepatitis by traditional medicine at the Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 58 patients diagnosed with Hepatitis is caused by Traditional medicine at the Department Of Internal Medicine, Hanoi Medical University Hospital from 2019 to 2024. **Results:** Female/male ratio: 67,2%/32,8%, mean age: 52,09 ± 13,75. Reason for admission: jaundice was the most common: 43,1%, followed by fatigue: 17,2%. Common clinical symptoms are: fatigue: 65,5%, jaundice: 60%. The mean AST/ALT: 450 ± 42,74/670 ± 57,10 (U/L), the mean total Billirubin: 112,20 ± 16,84 μmol/l, the patient with PT < 70%: 8,62%, the patients with INR ≥ 1.2: 15,52%. Types of liver injury: Necrotic: 84,50%, Cholestatic: 3,45%, Mixed form: 12,05%. Causes of the Hepatitis is caused by traditional medicine: 67,23%.

Keywords: Drug-induced liver injury (DILI), Roussel Uclaf Causality Assessment Method (RUCAM), Hepatitis is caused by Traditional Medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gan là một tạng lớn, được coi là một tuyến lớn nhất của cơ thể, có nhiều chức năng phức tạp: là cơ quan dự trữ, có chức năng tổng hợp,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Seng leangchhay

Email: leangchhay1804@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

chuyển hóa chất, chức năng bảo vệ cơ thể. Gan là cơ quan bảo vệ chính của cơ thể khi các chất độc, và thuốc vào cơ thể thông qua các phản ứng liên hợp hay phá hủy hoàn toàn¹. Nhiều loại thuốc bao gồm cả thuốc đông y và tây y, các sản phẩm thảo dược hoặc chất độc có thể gây nhiễm độc gan thông qua nhiều cơ chế². Viêm gan do thuốc đặc biệt là các loại thuốc nguồn gốc đông y là một trong những phản ứng không mong muốn hay gặp³. Với mong muốn có thông tin cập nhật về viêm gan do thuốc đông y tại Khoa Nội Tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi tiến hành đề tài: "Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm gan do thuốc đông y" nhằm mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm gan do thuốc đông y*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan do thuốc đông y tại Khoa Nội Tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Chẩn đoán viêm gan do thuốc khi: thang điểm RUCAM ≥ 3

- Loại trừ các nguyên nhân gây viêm gan khác: AUDIT C >7 , HBsAg dương tính, anti HCV dương tính, anti ANA và anti SLM dương tính, viêm gan A, E dương tính, rối loạn chuyển hoá sắt, đồng.

2.1.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

+ Các chỉ số AST, ALT, GGT, ALP, bilirubin toàn phần, trực tiếp, gián tiếp, albumin máu, PT, INR: đánh giá theo hằng số sinh học của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

+ Tính chỉ số R = (ALT/ULN)/(ALP/ULN). Phân thể bệnh theo chỉ số R: thể tắc mật: R <2 , thể hỗn hợp: 2 \leq R <5 , và thể hoại tử: R ≥ 5 .

+ Phân mức độ nặng theo bảng phân loại của Hội gan Trung Quốc

2.2. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả: tính tỷ lệ phần trăm, trung bình, so sánh trung bình, tỷ lệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân viêm gan do thuốc. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 23, nhiều tuổi nhất là 89, trung bình là 52,09 \pm 13,75 tuổi. Số bệnh nhân dưới 55 tuổi là 33, chiếm 56,90%. Số bệnh nhân từ 55 tuổi trở lên là 25, chiếm 43,10%.

Có 10 bệnh nhân vào viện vì mệt mỏi (17,2%), có 25 bệnh nhân vào viện vì vàng da (43,2%), có 6 bệnh nhân vào viện vì đau bụng (10,3%), có 17 bệnh nhân vào viện vì các lý do

khác (29,3%).

Trong số 58 bệnh nhân nghiên cứu, có 44 bệnh nhân dùng thuốc vì có bệnh nền (75,9%), có 14 bệnh nhân không có bệnh nền (24,1%).

Trong 58 bệnh nhân nghiên cứu, có 39 bệnh nhân dùng đông y (67,23%), có 19 bệnh nhân dùng thuốc tây y (32,77%).

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng

| Triệu chứng | Có triệu chứng | |
|--------------------|----------------|---------|
| | n | Tỷ lệ % |
| Mệt mỏi | 38 | 65,5 |
| Hoàng đả | 35 | 60 |
| Đau khớp | 6 | 10,3 |
| Xuất huyết dưới da | 1 | 1,7 |
| Hội chứng não gan | 0 | 0 |
| Sốt | 9 | 15,5 |
| Gan to | 0 | 0 |
| Dị ứng da | 6 | 10,3 |
| Phù | 1 | 1,7 |

Nhận xét: Có 38 bệnh nhân có triệu chứng mệt mỏi (65,5%), có 35 bệnh nhân có triệu chứng hoàng đả (60%), có 9 bệnh nhân có triệu chứng sốt (15,5 %), có 6 bệnh nhân bị dị ứng (10,3%), có 6 bệnh nhân có đau khớp (10,3%), có 1 bệnh nhân bị phù (1,7%), có 1 bệnh nhân bị xuất huyết dưới da (1,7%), số bệnh nhân có triệu chứng gan to, cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ và hội chứng não gan là 0 bệnh nhân (0%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Có 5 bệnh nhân có thời gian PT dưới 70% (8,62%), có 9 bệnh nhân có chỉ số INR $\geq 1,2$ (15,52%). Có 15 bệnh nhân có lượng albumin máu dưới 35 g/l (25,86%).

Bảng 3.2. Tình trạng tăng transaminase máu

| Mức độ tăng | AST | | ALT | |
|-------------|---------------------|---------|-----------------------|---------|
| | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % |
| < 3 ULN | 4 | 6,9 | 2 | 3,45 |
| 3-5 ULN | 3 | 5,18 | 4 | 6,90 |
| 5-10 ULN | 18 | 31,04 | 3 | 5,17 |
| 10-20 ULN | 21 | 36,20 | 25 | 43,10 |
| > 20 ULN | 12 | 20,68 | 24 | 41,38 |
| Tổng | 58 | 100 | 58 | 100 |
| Trung bình | 450 \pm 42,74 U/L | | 670,22 \pm 57,10U/L | |

Nhận xét: Chỉ số AST: Số bệnh nhân có chỉ số AST lớn hơn 20 lần giới hạn trên của mức bình thường là 12 (20,68%), số bệnh nhân có AST tăng 10-20 lần là 21 (36,20%), số bệnh nhân có AST tăng 5-10 lần là 18 bệnh nhân (31,04%), số bệnh nhân có AST tăng 3 đến 5 lần và dưới 3 lần lần lượt là 3 và 4 (5,18% và 6,9%) và không có bệnh nhân AST ở mức bình thường. Trung bình là 450 \pm 42,74 U/L.

Chỉ số ALT: Số bệnh nhân có chỉ số ALT cao hơn 20 lần giới hạn trên của mức bình thường là 24 bệnh nhân (41,38%), số bệnh nhân có ALT là tăng 10-20 lần là 25 bệnh nhân (43,10%), số bệnh nhân tăng 5-10 lần là 3 bệnh nhân (5,17%), số bệnh nhân tăng 3- 5 lần và < 3 lần lần lượt là 4 và 2 bệnh nhân (6,90% và 3,45%) và không có bệnh nhân có ALT ở mức bình thường. Trung bình là $670 \pm 57,10$ U/L.

Bảng 3.3. Tình trạng GGT và ALP máu

| Chỉ số | GGT | | ALP | |
|-------------|---------------------|---------|------------------------|---------|
| | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % |
| Tăng | 57 | 88,2 | 43 | 74,14 |
| Bình thường | 1 | 1,8 | 15 | 25,86 |
| Tổng | 58 | 100 | 58 | 100 |
| Trung bình | $366,59 \pm 40$ U/L | | $185,89 \pm 13,80$ U/L | |

Nhận xét: Số bệnh nhân có tăng GGT là 57 (88,2%). Số bệnh nhân có tăng ALP là 43 (74,14%). GGT trung bình là $366,59 \pm 40$ U/L, ALP trung bình là $185,89 \pm 13,80$ U/L.

Bảng 3.4. Phân bố thể bệnh (theo chỉ số R)

| Thể bệnh (chỉ số R) | N | Tỷ lệ % |
|----------------------------|----|---------|
| Hoại tử ($R \geq 5$) | 49 | 84,50 |
| Tắc mật ($R < 2$) | 2 | 3,45 |
| Hỗn hợp ($2 \leq R < 5$) | 7 | 12,05 |
| Tổng | 58 | 100 |

Nhận xét: Có 49 bệnh nhân thuộc thể bệnh hoại tử (84,50%), có 2 bệnh nhân thuộc thể tắc mật (3,45%), có 7 bệnh nhân thuộc thể hỗn hợp (12,05%).

Bảng 3.5. Tình trạng Billirubin máu toàn phần

| Số bệnh nhân | n | Tỷ lệ % |
|---|----|---------|
| Billirubin máu tp ($\mu\text{mol/l}$) | | |
| <15 (bình thường) | 15 | 25,86 |
| 15 - 37,5 (1-2,5 ULN) | 10 | 17,24 |
| 37,5-75 (2,5-5 ULN) | 6 | 10,34 |
| 75-150 (5-10 ULN) | 10 | 17,24 |
| >150 (10 ULN) | 17 | 29,32 |
| Tổng | 58 | 100 |

Nhận xét: Số bệnh nhân có chỉ số Bilirubin toàn phần cao hơn 10 lần giới hạn trên của mức bình thường là 17 bệnh nhân (29,32%), số bệnh nhân có Bilirubin toàn phần cao từ 5-10 lần là 10 bệnh nhân (17,24%), số bệnh nhân tăng từ 2,5 đến 5 lần là 6 bệnh nhân (10,34%), số tăng dưới 2,5 lần là 10 bệnh nhân (17,24%), có 15 bệnh nhân không tăng Bilirubin toàn phần. Bilirubin toàn phần trung bình là $112,20 \pm 16,84$ $\mu\text{mol/l}$.

Bảng 3.6. Phân loại mức độ nặng của bệnh

| Mức độ | N | Tỷ lệ % |
|--------|----|---------|
| Nhẹ | 25 | 43,1 |

| | | |
|-------------|-----------|------------|
| Trung bình | 6 | 10,3 |
| Nặng | 23 | 39,7 |
| Suy gan cấp | 4 | 6,9 |
| Nguy kịch | 0 | 0 |
| Tổng | 58 | 100 |

Nhận xét: Có 25 bệnh nhân thuộc mức độ nhẹ (43,1%), có 6 bệnh nhân thuộc mức độ trung bình (10,3%), có 23 bệnh nhân thuộc mức độ nặng (39,7%), có 4 bệnh nhân bị suy gan cấp (6,9%) và không có bệnh nhân nguy kịch (0%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân ít tuổi nhất là 23, nhiều tuổi nhất là 89, trung bình là $52,09 \pm 13,75$ tuổi. Số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 55 trở lên (43,10%). Phân bố tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga: tuổi trung bình là $56,1 \pm 13,1$ tuổi⁴. Phân bố tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phùng Thị Hằng tuổi trung bình là $47,8 \pm 13,8$ tuổi⁵. Nghiên cứu của chúng tôi về tuổi cũng tương đương với kết quả của Einar S Björnsson và cộng sự tại Iceland là 55 tuổi⁶, tương tự độ tuổi trung bình trong nghiên cứu tại Tây Ban Nha là 54 ± 18 tuổi⁷. So với tại Hàn Quốc, Mỹ, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn: $48,2 \pm 13,1$ tuổi tại Hàn Quốc⁸ và 48 tuổi tại Mỹ⁹.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Lí do khiến người bệnh vào viện nhiều nhất là vàng da: 43,2%; tiếp theo là mệt mỏi: 17,2%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga: vàng da 60% và mệt mỏi 22%⁴. Cũng thấp hơn nghiên cứu của Phùng Thị Hằng: tỷ lệ vào viện vì vàng da (67,4%) và mệt mỏi (24%)⁵. Trên thực tế hầu hết bệnh nhân có triệu chứng mệt mỏi khi bị DILI, nhưng nếu chỉ có mệt mỏi thì người bệnh ít khi đi khám bệnh, mà họ chỉ đi khám khi quá mệt mỏi hoặc bị vàng da.

Về biểu hiện lâm sàng, triệu chứng phổ biến nhất là mệt mỏi (65,5%), tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga (96%)⁴ và nghiên cứu của Phùng Thị Hằng là 100%, tỷ lệ vàng da là 60%-thấp hơn nghiên cứu của Phùng Thị Hằng là 95,7%⁵ và nghiên cứu Nguyễn Thị Phương Nga (78%)⁴. Tỷ lệ triệu chứng gan to, dị ứng và sốt 25,8%, triệu chứng xuất huyết dưới da: 1,7%.

Về chỉ số PT < 70% chiếm 8,62%, tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga (31,5%) và cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Phùng Thị Hằng (41,3%)¹⁰. Tỷ lệ bệnh nhân có INR $\geq 1,2$ là 15,52%, thấp hơn

nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga (18,5%), và cao hơn nghiên cứu của Phùng Thị Hằng (13%)¹⁰.

Giá trị trung bình của AST và ALT là $450 \pm 42,74$ U/L và $670,22 \pm 57,10$ U/L thấp hơn với giá trị AST và ALT trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga là 652 ± 746 U/L và 845 ± 891 U/L và của nghiên cứu của Phùng Thị Hằng là 644 ± 623 và 807 ± 936 U/L. Kết quả AST/ALT của chúng tôi cao hơn giá trị trong nghiên cứu của các tác giả tại Tây Ban Nha (chỉ số AST và ALT là $15 \text{ ULN} \pm 21$ và $19 \text{ ULN} \pm 22$)¹¹, và các tác giả ở Trung Quốc (ALT $\geq 5 \text{ ULN}$ lần chiếm 49,47%, tỷ lệ bệnh nhân có ALT từ 3-5 ULN chiếm 16,72% và ALT $< 3 \text{ ULN}$ là 33,81%)¹².

Bilirubin toàn phần trung bình là $112,20 \pm 16,84$ $\mu\text{mol/l}$ thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga ($197,5 \pm 140,7$) và thấp hơn nghiên cứu của Phùng Thị Hằng ($218,1 \pm 163,1$ $\mu\text{mol/l}$)¹⁰.

Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thể hoại tử tế bào gan, thể tắc mật và thể hỗn hợp lần lượt là 84,50%, 3,45%, và 12,05%. Sự phân bố này tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga (66,6%, 16,7% và 16,7%). So sánh với kết quả nghiên cứu của Phùng Thị Hằng thì kết quả là (71,7%, 6,5%, 21,8%).

Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng phân mức độ bệnh theo hướng dẫn của Hội gan Trung Quốc (Chinese Society of Hepatology)¹³ đa số bệnh nhân có tổn thương gan mức độ nhẹ 43,1%, mức độ trung bình 10,3%, mức độ nặng 39,7%, bệnh nhân suy gan cấp 6,9%. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga đa số bệnh nhân có tổn thương gan mức độ nặng (60%), có 12% bệnh nhân suy gan cấp, một bệnh nhân nguy kịch có chỉ định ghép gan được chuyển Bệnh viện trung ương quân đội 108 và có 26% bệnh nhân ở mức độ nhẹ và trung bình. Nghiên cứu của Phùng Thị Hằng 3: đa số bệnh nhân ở thể trung bình (82,6%), không có bệnh nhân thể nhẹ và có 17,4% thể nặng. Như vậy: tỷ lệ bệnh nhân ở thể nặng của chúng tôi cao hơn (39,7%) so với của tác giả Phùng Thị Hằng (17,4%); thấp hơn so với nghiên cứu Nguyễn Thị Phương Nga (60%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 67,23% người bệnh dùng thuốc đông y đều là tự mua hoặc tự lấy thuốc theo lời mách, thậm chí mua theo quảng cáo trên mạng nên đều không được tư vấn về tác dụng không mong muốn của thuốc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phùng Thị Hằng: tỷ lệ dùng thuốc đông y là 50% và nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga (50%). Tại Trung Quốc, nguyên

nhân DILI do các thuốc y học cổ truyền cũng đứng đầu (26,81%)⁸.

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu mô tả nên đối với những bệnh nhân DILI do thuốc đông y, chúng tôi chỉ ghi nhận nguyên nhân DILI là đông y. Đối với các thuốc đông y, một số bệnh nhân dùng đơn thuốc gồm nhiều loại thuốc, dựa vào đánh giá theo thang điểm RUCAM.

Tỷ lệ nguyên nhân sử dụng thuốc đông y để điều trị các bệnh: tiêu hoá: 20,69%, ĐTĐ và chuyển hóa: 15,52%, cơ xương khớp: 10,34%, tâm thần kinh: 3,45%, hô hấp: 1,72%, bệnh tự miễn: 1,72% và ung thư: 1,72%.

V. KẾT LUẬN

Lí do vào viện và biểu hiện chính của viêm gan do thuốc là vàng da và mệt mỏi

Mức độ nặng: nhẹ 43,1%/Trung bình 10,3%/nặng 39,7%/suy gan cấp 6,9%/nguy kịch: 0%.

Thể bệnh: Hoại tử: 84,50%/Thể tắc mật: 3,45%/thể hỗn hợp: 12,05%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Minh, Phạm Thị Minh Đức.** Sinh Lý Học. Nhà Xuất Bản y Học; 2022. Nhà xuất Bản y học; 2022.
2. **Anne M Larson, MD.** Drug-induced liver injury - UpToDate. Accessed June 20, 2023. https://www.uptodate.com/contents/drug-induced-liver-injury?search=relationship%20between%20daily%20dose%20of%20oral%20medications%20and%20idiosyncratic%20Drug-Induced%20Liver%20Injury&source=search_resu&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
3. **Devarbhavi H.** Drug-Induced Liver Injury Unique to India. Clin Liver Dis (Hoboken). 2021;18(3): 108-110. doi:10.1002/cld.1120
4. **Nguyễn Thị Phương Nga.** RESEARCH ON DRUG-INDUCED LIVER DAMAGE AT THE DIGESTIVE HEPAROSCOPIC CENTER - BACH MAI HOSPITAL. Accessed October 3, 2024. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/7628/6747>
5. **Phùng Thị Hằng.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học của tổn thương gan do thuốc. 2011. (luận văn tốt nghiệp).
6. **Björnsson ES, Bergmann OM, Björnsson HK, Kvaran RB, Olafsson S.** Incidence, presentation, and outcomes in patients with drug-induced liver injury in the general population of Iceland. Gastroenterology. 2013;144(7):1419-1425. doi:10.1053/j.gastro.2013.02.006
7. **Stephens C, Robles-Diaz M, Medina-Caliz I, et al.** Comprehensive analysis and insights gained from long-term experience of the Spanish DILI Registry. J Hepatol. 2021;75(1):86-97. doi:10.1016/j.jhep.2021.01.029
8. **Park JH, Hong S, Jun DW, et al.** Prevalence and clinical characteristics of antibiotics

associated drug induced liver injury. Ann Transl Med. 2021;9(8):642. doi:10.21037/atm-20-5144

9. **Leise MD, Poterucha JJ, Talwalkar JA.** Drug-induced liver injury. Mayo Clin Proc. 2014;89(1):95-106. doi:10.1016/j.mayocp. 2013.09.016

10. **Phùng Thị Hằng.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học của tổn thương gan do thuốc. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội. 2011. Published online 2011.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN VEO CỘT SỐNG VÔ CĂN SAU PHẪU THUẬT CHỈNH VEO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2023

Nguyễn Hoàng Long^{1,2}, Bùi Minh Hoàng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân vẹo cột sống vô căn trước và sau phẫu thuật chỉnh vẹo và phân tích các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, theo dõi dọc trên nhóm bệnh nhân vẹo cột sống vô căn được phẫu thuật chỉnh vẹo cột sống lần đầu tiên năm 2023 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Sử dụng thang điểm SRS – 22r để đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh trước và sau phẫu thuật. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 20 bệnh nhân có tỷ lệ nữ/nam là 4/1 và BMI trung bình là 18,7kg/m², với góc Cobb trung bình trước mổ của đường cong chính là 59,1° ± 13,04. Sau phẫu thuật tất cả bệnh nhân đều có góc Cobb của đường cong chính giảm có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ nắn chỉnh trung bình đạt 70,1%. Điểm SRS – 22r trước và sau mổ của phương diện triệu chứng đau, ngoại hình, sức khỏe tinh thần, sự hài lòng và tổng điểm SRS – 22r tăng lên có ý nghĩa thống kê. Có mối liên quan giữa phương diện hài lòng sau mổ và các phương diện còn lại (p<0,01). Có mối liên quan giữa tỷ lệ nắn chỉnh và phương diện chức năng vận động. Không có mối liên quan giữa góc Cobb sau mổ với chất lượng cuộc sống sau mổ (p<0,05). **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của 20 bệnh nhân nghiên cứu đã có sự cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật chỉnh vẹo cột sống được đánh giá qua thang điểm SRS – 22r. **Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, vẹo cột sống vô căn, phẫu thuật

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AFTER CORRECTION SURGERY TREAT FOR ADOLESCENT IDIOPATHIC SCOLIOSIS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2022-2023

Objective: To evaluate the quality of life and related factors of patients with idiopathic scoliosis before and after correction surgery. **Methods:** Retrospective cross-sectional descriptive study with

longitudinal follow-up on a group of patients with idiopathic scoliosis who underwent posterior correction surgery in 2023 at Viet Duc University Hospital.

Results: The study was conducted on 20 patients with a female/male ratio of 4/1 and an average BMI of 18.7 kg/m², with an average preoperative Cobb's angle of the major curve of 59.1° ± 13.04. After surgery, all patients had a statistically significant decrease in the Cobb's angle of the major curve, with an average correction rate of 70.1%. The mean scores of SRS – 22r before and after surgery for pain, appearance, mental health, satisfaction and total score increased significantly. There was a correlation between postoperative satisfaction and the other domain (p<0.01). There was a correlation between the correction rate and the domain of function. There was no correlation between postoperative Cobb's angle and postoperative quality of life (p<0.05). **Conclusion:** The quality of life of 20 patients studied had a significant improvement after surgery as assessed by the SRS – 22r questionnaire. **Keywords:** quality of life, adolescent idiopathic scoliosis, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vẹo cột sống (VCS) là một biến dạng ba chiều của cột sống được đặc trưng bởi đường cong của cột sống trong mặt phẳng trán lớn hơn 10 độ. Vẹo cột sống vô căn chiếm tới 80% tổng số trường hợp vẹo cột sống ở trẻ em và thanh thiếu niên.¹ Theo một phân tích tổng hợp về chứng vẹo cột sống tại các trường học của Fong DY cho thấy tỷ lệ mắc vẹo cột sống vô căn dao động từ 0,4% đến 2,5% ở Châu Á². Nghiên cứu của Trịnh Minh Phong về thực trạng vẹo cột sống ở học sinh tiểu học tỉnh Thái Nguyên cho thấy tỷ lệ vẹo cột sống chung của học sinh tiểu học 9,2%, tỷ lệ trẻ vẹo cột sống mức độ nhẹ chiếm 67,7%, có 30,5% vẹo cột sống mức độ trung bình và 1,8% mức độ nặng.³

Vẹo cột sống nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể tiến triển nặng hơn ngay cả khi hệ xương đã trưởng thành. Những thanh thiếu niên bị vẹo cột sống tiến triển không chỉ ảnh hưởng đến thể chất, sinh hoạt mà còn ảnh hưởng tới thẩm mỹ và tâm sinh lý. Các trường hợp nặng hơn có thể có tình trạng biến dạng

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Long

Email: longptcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024