

V. KẾT LUẬN

- Giun lên đường mật, kết hợp với tình trạng nhiễm trùng đường mật là 1 trong những nguy cơ liên quan đến sỏi mật tái phát (12,4%)

- Ở những bệnh nhân có sỏi lan tỏa trong các đường mật cả 2 gan. Đặc biệt khi có tình trạng hẹp đường mật có tỉ lệ sỏi sỏi và tái phát sỏi cao (56,8% và 65,2%).

- Với việc sử dụng nội soi tán sỏi trong mổ đã giúp cho việc lấy sỏi một cách an toàn và hiệu quả: tỉ lệ biến chứng thấp (12,5% - trong đó chủ yếu là biến chứng nhiễm trùng vết mổ); tỉ lệ sạch sỏi cao (65,5%), tỉ lệ sỏi sỏi giảm xuống còn 34,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Trọng Hải, (1991). "Phẫu thuật điều trị sỏi mật tái phát và sỏi mật sỏi", Hội thảo ngoại khoa. *Apex gan amp và sỏi đường mật, Cần Thơ - Hậu Giang*.

2. Trần Gia Khánh, Đỗ Kim Sơn, Nguyễn Quang Nghĩa và cộng sự (1995). "Thải độc xử trí cấp cứu sỏi mật: Kinh nghiệm trên 628 trường hợp mổ cấp cứu trong 4 năm (1990 - 1993) tại bệnh viện Việt Đức", Ngoại khoa.
3. Trần Bảo Long (2005). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị các trường hợp sỏi mật mổ lại", Luận án tiến sĩ y học, trường đại học y Hà Nội.
4. Đoàn Thanh Tùng, Trần Bảo Long, Đỗ Kim Sơn (1995). "Sỏi mật sỏi ở Việt Nam: Kinh nghiệm của bệnh viện Việt Đức qua 136 trường hợp trong hai năm 1990-1991".
5. Trần Đình Thơ (2009). "Nghiên cứu ứng dụng siêu âm kết hợp với nội soi đường mật trong mổ để điều trị sỏi trong gan", Luận án tiến sĩ y học. Đại học y Hà Nội.
6. Shore J.M, Berci G, (1979). "Cholelithiasis", *Liver and biliary disease. Edited by Ralph Wright - W.B.Saunders company LTD: 529 - 540*.
7. Lee S.K et al, (2001). "Percutaneous transhepatic cholangioscopic treatment for hepatolithiasis: an evaluation of long term result and risk factor for recurrence", *Gast. Endos.* 53,3 : 18 - 23.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHỐNG ĐÔNG BẰNG ENOXAPARIN TRONG LỌC MÁU HẤP PHỤ RENSIN TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Ngô Trung Hải¹, Ngô Đức Ngọc^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả chống đông màng lọc bằng enoxaparin trong lọc máu hấp phụ resin tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả. Bệnh nhân ngộ độc cấp paraquat có chỉ định lọc máu hấp phụ chất độc. Tiến hành lọc hấp phụ nhiều lần theo chỉ định từng trường hợp cụ thể, trong 1 lần lọc, nếu màng lọc đảm bảo lọc 4 tiếng liên tục không đông màng là đạt thành công. Theo dõi tốc độ máu, áp lực xuyên màng (TMP), nếu áp lực xuyên màng >300mmHg được coi là tắc quả lọc. Xét nghiệm anti-Xa để đánh giá hiệu quả chống đông máu. Giá trị kết quả nồng độ anti-Xa được coi là hiệu quả khi nồng độ anti-Xa từ 0,4 đến 1,2 UI/ml [1]. **Kết quả:** 167 bệnh nhân, 91 nam (54,5%) 76 nữ (45,5%), tuổi trung bình là 29,9 ± 13,06 tuổi. Số lần lọc 502 lần, số lần lọc đủ 4 giờ 483 lần (96,2%), số lần tắc quả lọc 7 lần (1,4%). Trước tiêm enoxaparin: 14/30 lần lọc (46,7%) có anti-Xa >0,4UI/ml. Sau tiêm enoxaparin 2 giờ: 98,4% số lần có anti-Xa > 0,4 UI/ml. Sau tiêm 4 giờ: Tỷ lệ số lần anti-Xa <0,4 là 15% (32/214) số lần lọc, anti-Xa >0,4 là 182/214 số lần lọc (85%). Sau tiêm 8 giờ: có 61/76

lần lọc (80,3%): nồng độ anti-Xa >0,4 UI/ml. Chỉ có 19,7% lần lọc nồng độ anti-Xa < 0,4 UI/ml. **Kết luận:** Dùng enoxaparin trong lọc máu hấp phụ resin ở bệnh nhân ngộ độc cấp paraquat là thực sự có hiệu quả chống đông màng lọc, đảm bảo thời gian lọc theo yêu cầu cho bệnh nhân.

Từ khóa: Enoxaparin, lọc máu hấp phụ resin, ngộ độc cấp paraquat, anti-Xa

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF HEMODIALYSIS ANTI-COAGULATION OF ENOXAPARIN IN RESIN HEMOPURIFICATION AT POISON CONTROL CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

Object: Evaluate the effectiveness of hemodialysis anti-coagulation of enoxaparin in resin hemoperfusion at Poison Control Center of Bach Mai hospital. **Subjects and methods:** An observational study on acute paraquat poisoning patients were required hemoperfusion. We conducted 1-3 times of hemoperfusion. The success was considered as 4-hours continuously hemoperfusion without coagulation of dialysis membrane. We tracked the hemodynamic and transmembrane pressure of the patients. Dialyzer occlusion was considered as transmembrane pressure was greater than 300 mmHg. Anti-Xa test was conducted to assess anti-coagulation effect. Anti-Xa value was good effect in a range 0.4 - 1.2 UI/ml. **Results:** 167 patients were included in this study with 91 males (54.5%) and 76 females (45.5%), the average age was 29.9±13.06. Total hemoperfusion times was 502, enough-time

¹Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai

²Bộ môn HSCC Trường Đại học Y Hà Nội

³Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Ngọc

Email: ngoducngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017

Ngày duyệt bài: 7.4.2017

hemoperfusion times was 483 (96.2%), dialyzer occlusion times was 7 (1.4%). Before enoxaparin infusion: Anti-Xa >0.4 UI/ml at 13/30 times (46.7%) . 2 hour-after enoxaparin infusion: anti-Xa>0.4 UI/ml at 98.4% times. 4 hour-after enoxaparin infusion: Anti-Xa <0.4 UI/ml at 32/214 times (15%) and anti-Xa>0.4 UI/ml at 182/214 times (85%). 8 hour-after enoxaparin infusion: anti-Xa >0.4 UI/ml at 61/76 times (80.3%) and anti-Xa <0.4 UI/ml at 15/76 times (19.7%). **Conclusion:** Enoxaparin utilization in resin hemoperfusion for paraquat poisoning patients determined the hemodialysis anti-coagulation effect, guaranteed enough time hemoperfusion.

Keyword: Enoxaparin, resin hemoperfusion, acute paraquat poisoning, anti-Xa

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lọc máu là một biện pháp quan trọng trong cấp cứu bệnh nhân ngộ độc nặng. Để đảm bảo cuộc lọc hiệu quả, tuổi thọ màng lọc đường nhiên là vấn đề then chốt. Nếu không sử dụng các chất chống đông, Hiện nay, trong lọc máu heparin vẫn là thuốc chống đông được sử dụng phổ biến vì dễ dùng, dễ điều chỉnh liều và giá rẻ. Tuy nhiên, khi dùng heparin phải theo dõi xét nghiệm đông máu nhiều lần trong ngày và cũng có một số biến chứng gây chảy máu nặng, thậm chí nguy hiểm đến tính mạng. Enoxaparin có nhiều ưu điểm hơn heparin: an toàn, ít phải theo dõi và dễ sử dụng hơn vì không phải truyền tĩnh mạch liên tục như heparin[1]. Đối với những bệnh nhân không bị suy thận nặng thì hầu như không phải làm xét nghiệm để theo dõi tình trạng đông cầm máu. Chỉ những bệnh nhân bị suy thận có độ thanh thải creatinin dưới 30 ml/phút, bệnh nhân béo phì hoặc phụ nữ có thai mới cần phải theo dõi và điều chỉnh liều [2][3][4]. Sử dụng enoxaparin trong lọc máu thẩm tách đã được nhiều nghiên cứu chứng

minh, tuy nhiên việc sử dụng enoxaparin để chống đông khi sử dụng màng lọc hấp phụ resin vẫn còn là câu hỏi để mở[5]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên với mục tiêu: "**Đánh giá hiệu quả chống đông màng lọc bằng enoxaparin trong lọc máu hấp phụ resin tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai**"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân. Các bệnh nhân ngộ độc paraquat có chỉ định lọc máu hấp phụ tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân rối loạn đông máu nặng (có một trong những tiêu chuẩn sau: INR>2,5; tiểu cầu<60 G/l; APTT>60s).

- Dị ứng với enoxaparin, heparin hoặc một heparin không phân đoạn khác.

- Bệnh nhân đang dùng các thuốc chống đông đường uống như warfarin, aspirin và các thuốc ảnh hưởng đến tác dụng chống đông của heparin (tetracyclin, kháng histamin, digitalis, v.v.).

2.2 Nhập và xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng phần mềm STATA với các test thống kê phù hợp. Lấy $\alpha=0.05$ được coi là mức ý nghĩa thống kê, $\beta=0.2$.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 167 bệnh nhân, trong đó có 91 bệnh nhân nam (54,5%) và 76 bệnh nhân nữ (45,5%). Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 29.9 ± 13.05 tuổi, nhỏ nhất là 13 tuổi, cao nhất là 71 tuổi. Liều paraquat bệnh nhân uống trung bình là $180 \pm 156,7$ mg/kg, liều lớn nhất 870 mg/kg.

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung về cuộc lọc

Đặc điểm	n	($\bar{x} \pm SD$)/%
Số lần lọc máu trung bình (lần)	502	$3,1 \pm 1,66$ [1-9]
Thời gian 1 lần lọc máu (giờ)	502	$3,9 \pm 0,44$ [0,5-4]
Liều enoxaparin trong lọc máu hấp phụ (UI/kg)	502	$68,3 \pm 18,26$
Số lần lọc đủ thời gian 4 giờ	483	96.2%
Số lần kết thúc lọc sớm	19	3.8%

Nhận xét: Tổng số 167 bệnh nhân với 502 lần lọc máu hấp phụ, số lần lọc máu trung bình $3,1 \pm 1,66$ lần; lọc hấp phụ nhiều lần nhất có 1 bệnh nhân với 9 lần lọc, số bệnh nhân chỉ lọc một lần hấp phụ 1 là 35 bệnh nhân. Tỷ lệ đảm bảo thời gian lọc với chống đông bằng enoxaparin là 96,2%. Số lần lọc phải kết sớm là 19 lần chỉ chiếm 3,8%.

Bảng 3.2. Tác động của LMHP resin tới một số chỉ tiêu huyết học

Chỉ số	n	Trước HP	Sau HP	p
Hồng cầu (T/l)	502	$4,4 \pm 0,72$	$4,2 \pm 0,72$	<0,001
Hemoglobin (g/l)	502	$130,9 \pm 19,30$	$124,1 \pm 19,77$	<0,001
Hematocrit (%)	502	$0,38 \pm 0,05$	$0,36 \pm 0,05$	<0,001
Bạch cầu (G/l)	502	$16,8 \pm 7,48$	$17,9 \pm 8,32$	<0,001
Tiểu cầu (G/l)	502	$192,6 \pm 81,00$	$152,1 \pm 65,62$	<0,001

Nhận xét: Đa số các chỉ tiêu huyết học đều giảm sau lọc, giảm rõ nhất là tiểu cầu, riêng bạch cầu có xu hướng tăng lên sau lọc.

Bảng 3.3. Tác động của LMHP resin tới một số chỉ tiêu sinh hóa

Chỉ số	n	Trước HP	Sau HP	p
Ure (mmol/l)	502	4,1 ± 4,27	2,9 ± 1,79	<0,001
Creatinin (μmol/l)	502	110,9 ± 81,57	101,4 ± 54,65	0,01
AST (U/L)	502	61,5 ± 95,54	91,5 ± 159,52	<0,001
ALT (U/L)	502	49,6 ± 87,31	73,5 ± 126,63	<0,001
Na (mmol/l)	502	136,5 ± 3,16	135,9 ± 2,60	<0,001
K (mmol/l)	502	3,13 ± 0,40	3,08 ± 0,38	0,03
Cl (mmol/l)	502	100,6 ± 4,07	100,6 ± 3,81	0,839

Nhận xét: Ure, creatinin giảm rõ rệt sau lọc. Các enzym gan tăng sau lọc. Na giảm nhẹ sau lọc, K thấp cả trước và sau lọc, Cl không thay đổi trước và sau lọc.

Bảng 3.4. Kết quả nồng độ anti-Xa

Thời điểm lấy mẫu	Hấp phụ 1	Hấp phụ 2	Hấp phụ 3	Hấp phụ 4
Trước tiêm	n X ± SD (UI/ml)	6 0,65 ± 0,79 (0,06-1,74)	11 0,55 ± 0,57 (0,01-1,77)	11 0,45 ± 0,45 (0,05-1,72)
Sau tiêm 2 giờ	n X ± SD (UI/ml)	64 1,10 ± 0,55 (0,47-3,41)	59 1,46 ± 0,58 (0,56-2,80)	38 1,18 ± 0,56 (0,25-2,40)
Sau tiêm 4 giờ	n X ± SD (UI/ml)	80 0,66 ± 0,37 (0,18-2,51)	64 0,96 ± 0,42 (0,27-2,17)	43 0,73 ± 0,44 (0,11-1,97)
Sau tiêm 8 giờ	n X ± SD (UI/ml)	4 0,54 ± 0,27 (0,29-0,89)	35 0,87 ± 0,52 (0,03-1,96)	19 0,91 ± 0,66 (0,06-2,26)

Nhận xét: Với tất cả lần lọc: nồng độ anti-Xa trung bình thời điểm 2 giờ sau tiêm enoxaparin là cao nhất so với các thời điểm sau 4 giờ và sau 8 giờ.

Bảng 3.5. Hiệu quả chống đông của enoxaparin theo nồng độ anti-Xa

Nồng độ anti-Xa	< 0,4 UI/ml	0,4 - 1,2 UI/ml	> 1,2 UI/ml
Trước tiêm	n %	16 53,3%	9 30%
Sau tiêm 2 giờ	n %	3 1,6%	104 55,3%
Sau tiêm 4 giờ	n %	32 15%	145 67,8%
Sau tiêm 8 giờ	n %	15 19,7%	41 53,9%

Nhận xét: Trước tiêm enoxaparin: 14/30 lần lọc (46,7%) có anti-Xa > 0,4 UI/ml. Sau tiêm enoxaparin 2 giờ: 98,4% số lần có anti-Xa > 0,4 UI/ml. Sau tiêm 4 giờ: Tỷ lệ số lần anti-Xa < 0,4 là 15% (32/214) số lần lọc, anti-Xa > 0,4 là 182/214 số lần lọc (85%). Sau tiêm 8 giờ: có 61/76 lần lọc (80,3%) nồng độ anti-Xa > 0,4 UI/ml. Chỉ có 19,7% lần lọc nồng độ anti-Xa < 0,4 UI/ml.

Bảng 3.6. Đặc điểm các chỉ số ĐMCB trước lọc hấp phụ resin

Chỉ số	Tắc quả	Không tắc quả
	n X ± SD	n X ± SD
PT (%)	7 85,8 ± 15,94 (70,0 - 113,5)	472 83,4 ± 16,22 (18,1 - 144,60)
INR	7 1,1 ± 0,12 (0,94 - 1,29)	472 1,2 ± 0,21 (0,86 - 3,23)
APTT (giây)	7 27,9 ± 8,96 (20,0 - 47,2)	472 41,5 ± 28,51 (18,3 - 271,9)
Fibrinogen (g/l)	7 2,1 ± 0,59 (1,52 - 3,10)	472 2,4 ± 0,98 (0,60 - 12,80)

Nhận xét: APTT, INR, fibrinogen trước lọc nhóm tắc quả thấp hơn nhóm không tắc quả nhưng không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Hiệu quả chống đông màng qua tuổi thọ màng trên thực tế: Trong nghiên cứu của

chúng tôi, số lần lọc máu trung bình 3,1 lần, thời gian lọc máu trung bình cho 1 cuộc lọc là 3,9 ± 0,44 giờ, thời gian lọc ngắn nhất là 0,5 giờ (có tắc quả), dài nhất là 4 giờ (đủ thời gian theo

yêu cầu). Kết quả này so với một số nghiên cứu về LMHP ở trong nước cho thấy: nghiên cứu của Bệnh Hồng Thu và cộng sự đã lọc trung bình trên một bệnh nhân là 2,5 ± 1,29 lần cho 28 bệnh nhân [6] đều thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Số lần lọc trung bình của chúng tôi cao hơn vì chúng tôi lọc tích cực hơn, cố gắng tối đa rút ngắn khoảng cách giữa hai lần lọc liên tiếp.

Kết quả thời gian lọc của chúng tôi giống với Jin K. và cộng sự [7]. So với nghiên cứu trước đây của Bệnh Hồng Thu và cộng sự thời gian trung bình một lần lọc là $4,3 \pm 0,67$ giờ (3,5 - 6 giờ) [6] dài hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Thời gian một lần lọc của chúng tôi tối đa là 4 giờ còn của Bệnh Hồng Thu và cộng sự tối đa là 6 giờ [6]. Thời gian một lần lọc bao lâu là phù hợp vẫn phải căn cứ vào đặc điểm của quả lọc hấp phụ. Quả lọc hấp phụ HA230 có thể lọc từ 2 đến 4 giờ, nhưng tốt nhất vẫn trong khoảng từ 2 đến 2,5 giờ (120 đến 150 phút) [4]. Với tiêu chí như trên, chúng tôi đã đánh giá kết quả chống đông bằng enoxaparin cho 167 bệnh nhân ngộ độc paraquat với 502 lần lọc máu hấp phụ. Số lần lọc đủ thời gian yêu cầu (4 giờ) là 483 lần lọc HP (chiếm 96,2%). Số lần kết lọc sớm là 19/502 lần lọc HP (3,8%), trong đó số lần kết thúc sớm thực sự do tắc quả là 7/502 lần (1,4%). Còn lại có 12 lần kết lọc sớm khác là do các nguyên nhân khác như: suy hô hấp nặng 7/502 lần (1,4%), đau đầu dữ dội 2/502 lần (0,4%), ngừng tim 2/502 lần (0,4%), tụt huyết áp 1/502 lần (0,2%).

So với một số tác giả khác trong nước về kết quả lọc máu trong điều trị bệnh nhân ngộ độc, Nguyễn Trung Nguyên và cộng sự nghiên cứu về tác dụng phụ và biến chứng của thay huyết tương với chống đông bằng heparin trong bệnh nhân ngộ độc thấy tỷ lệ tắc quả lọc sớm là 1/134 (chiếm 0,8%) [5].

Hồng cầu, hemoglobin, hematocrit nhóm tắc quả cao hơn nhóm không tắc quả, tiểu cầu nhóm tắc quả thấp hơn nhóm không tắc quả tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Về các chỉ tiêu đông máu cơ bản trước cuộc lọc giữa hai nhóm tắc quả sớm và không tắc quả kết quả từ bảng 3.6. cho thấy: các chỉ số PT%, INR, fibrinogen tương tự nhau ở cả hai nhóm; chỉ có APTT nhóm tắc quả thấp hơn so với nhóm không tắc quả nhưng khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên phân tích kỹ số liệu thấy hemoglobin và hematocrit ở nhóm tắc quả lọc sớm có xu hướng tăng hơn so với nhóm không tắc (hemoglobin: $141,1 \pm 20,10$ và $131,0 \pm 19,28$ g/L; (hematocrit: $0,40 \pm 0,05$ và $0,38 \pm 0,05$). Phân tích kết quả cụ thể trên 7 bệnh nhân tắc quả lọc, ở bệnh nhân thứ nhất liều enoxaparin

thấp < 60 mg/kg, nồng độ anti-Xa thời điểm 2 giờ cũng ở mức thấp là 0,4 UI/ml, tuy nhiên bệnh nhân này thời gian lọc đạt 3h (nếu theo khuyến cáo nhà sản xuất HA 230 cũng có thể coi là đạt yêu cầu trong khoảng 120 đến 150 phút).

Mặc dù số liệu so sánh là chưa đảm bảo độ mạnh bằng chứng, nhưng qua phân tích ở trên chúng tôi cho rằng, trên thực tế làm sàng để hạn chế tối đa tắc quả lọc, một trong những yếu tố cần chú ý là cần tăng bù dịch, làm loãng máu, giảm hematocrit (tránh để hematocrit tăng) sẽ góp phần không nhỏ vào việc làm giảm nguy cơ tắc quả lọc.

Diễn biến nồng độ anti-Xa: Enoxaparin có tác dụng chống đông do gắn với antithrombin III, làm ức chế yếu tố X hoạt hóa và ức chế hình thành thrombin (IIa). Do cơ chế tác dụng của enoxaparin ức chế Xa nhiều hơn IIa, vì vậy trên lâm sàng trên bệnh nhân cần được theo dõi bằng anti-Xa [1].

Kết quả của nghiên cứu tại bảng 3.4 cho thấy: với tất cả các cuộc lọc, nồng độ anti-Xa 2 giờ sau tiêm là cao nhất so với nồng độ anti-Xa sau 4 giờ và 8 giờ. Nồng độ anti-Xa sau tiêm 2 giờ lần lọc hấp phụ thứ 2 là cao nhất $1,46 \pm 0,580$ UI/ml so với các lần lọc thứ nhất, thứ 3 và thứ tư lần lượt là $1,10 \pm 0,550$; $1,18 \pm 0,559$; $1,16 \pm 0,490$ (UI/ml). Lý giải điều này chúng tôi cho rằng đó là kết quả của tích lũy liều enoxaparin ở lần lọc 2 do khoảng cách giữa hai lần lọc hấp phụ 1- hấp phụ 2 là ngắn nhất $4,6 \pm 6,42$ giờ so với các lần lọc khác. Như vậy thời gian giữa hai lần lọc ngắn có liên quan với tích lũy liều enoxaparin, biểu hiện bằng tăng nồng độ anti-Xa 2 giờ sau lần lọc hấp phụ 2. Nồng độ anti-Xa sau tiêm 8 giờ có kết quả trung bình từ 0,54 UI/ml đến 0,95 UI/ml, diễn biến kết quả anti-Xa 8 giờ cũng có dao động nhiều giữa các lần lọc, nhiều lần kết quả này vẫn còn rất cao tương đương với thời điểm sau tiêm 4 giờ.

Kết quả nghiên cứu từ bảng 3.5 của chúng tôi thống kê được tại thời điểm sau khi tiêm enoxaparin 2 giờ có 185/188 (98,4%) số lần xét nghiệm đảm bảo anti-Xa trên 0,4 UI/ml, tại thời điểm sau khi tiêm 4 giờ có 182/214 (85%) số lần xét nghiệm đảm bảo anti-Xa trên 0,4 UI/ml, tại thời điểm sau khi tiêm 8 giờ vẫn có 76/81 (80,2%) số lần xét nghiệm anti-Xa trên 0,4 UI/ml. Như vậy đa số trong thời gian cuộc lọc (sau 2 giờ và 4 giờ) đã đảm bảo được anti-Xa trên 0,4 UI/ml, giúp đảm bảo thời gian lọc. Bởi vì nồng độ anti-Xa thời điểm 8 giờ sau tiêm còn có tỷ lệ cao trên 0,4 UI/ml nên cần nhiều nghiên cứu thêm để có thể giảm liều enoxaparin trong lần hấp phụ tiếp theo nếu khoảng cách đến thời gian kết thúc lọc lần trước là nhỏ hơn 8 giờ.

Như vậy so sánh với các nghiên cứu trước đó về lọc máu hấp phụ resin, thì đây là lần đầu tiên tại Việt Nam chúng tôi công bố tỷ lệ lần lọc thành công về thời gian lọc máu hấp phụ với chống đông bằng enoxaparin. Chúng tôi cho rằng tỷ lệ lần lọc thành công về thời gian lọc như vậy là rất tốt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên chúng tôi kết luận sử dụng chống đông màng lọc hấp phụ resin bằng enoxaparin trong điều trị bệnh nhân ngộ độc cấp là có hiệu quả cao, đảm bảo thời gian lọc máu 4 giờ (96,2%). Sau tiêm 4 giờ: Tỷ lệ số lần anti-Xa <0,4 là 15% (32/214) số lần lọc, anti-Xa >0,4 là 182/214 số lần lọc (85%). Sau tiêm 8 giờ: có 61/76 lần lọc (80,3%): nồng độ anti-Xa >0,4 UI/ml. Chỉ có 19,7% lần lọc nồng độ anti-Xa < 0,4 UI/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guillet B, Simon B et al (2003). Pharmacokinetics of the low molecular weight heparin enoxaparin during 48 h after bolus

administration as an anticoagulant in haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 18: 2348-2353

2. Nutescu E.A, Spinler S.A et al (2009). Low-molecular-weight heparins in renal impairment and obesity: available evidence and clinical practice recommendations across medical and surgical settings. *Ann Pharmacother*. 43(6):1064-1083.
3. Lim W, Dentali F et al (2006). Meta-analysis: low-molecular-weight heparin and bleeding in patients with severe renal insufficiency. *Ann Intern Med*. 144(9):673-684
4. Jafro Biomedical company. HA230 resin hemoperfusion cartridge. http://en.jafro.com/Home/product_info/id/20
5. Nguyễn Trung Nguyên, Lê Quang Thuận, Phạm Duệ (2012). Nhận xét một số kỹ thuật, biến chứng trong quá trình thay huyết tương ở bệnh nhân ngộ độc nặng. *Tạp chí Thông tin Y Dược* Số 4, 25-29.
6. Bế Hồng Thu, Lê Quang Thuận, Phạm Duệ (2013). Đánh giá hiệu quả lọc máu hấp phụ than hoạt và resin trong ngộ độc paraquat. *Kỷ yếu hội nghị Chống độc quốc tế Hà Nội*. 52 - 56
7. Jin K, Guo L.H et al (2015). Intensity of hemoperfusion in acute paraquat-poisoned patients and analysis of prognosis. *Chin Crit Care Med*. 27 No.4

NGHIÊN CỨU CÁC BIẾN CHỨNG TRONG PHẪU THUẬT PHACO PHỐI HỢP CẮT BÈ CÙNG GIÁC MẠC

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Phẫu thuật phaco, phối hợp với cắt bè cùng giác mạc ngày nay rất phổ biến. Nghiên cứu chia các biến chứng phẫu thuật làm 3 giai đoạn: trong lúc phẫu thuật, trong thời gian hậu phẫu và sau khi xuất viện. Mục tiêu: Tổng hợp các biến chứng gặp phải trong các giai đoạn và theo dõi diễn tiến của các biến chứng. Phương pháp: mô tả tiến cứu can thiệp lâm sàng. Kết quả: trong thời gian 2 năm, từ 2/2012 đến 2/2014, đã có 159 mắt của 142 bệnh nhân được tiến hành nghiên cứu. Các biến chứng trong mổ bao gồm: xé bao trước không hoàn chỉnh có 20 mắt (12,6%); tổn thương mỏng có 13 mắt (8,2%); rách bao sau có 5 mắt (3,1%); xuất huyết tiền phòng có 6 mắt (3,8%). Biến chứng hậu phẫu gồm phù giác mạc có 47 mắt (29,55%); xẹp tiền phòng 8 mắt (5,05%); viêm màng bồ đào phản ứng có 23 mắt (14,46%); tăng nhãn áp có 2 mắt (1,25%). Các biến chứng muộn sau khi xuất viện 1-3 tháng: chủ yếu là đục bao sau, mỏng mắt dính sau, đồng tử biến dạng với tỷ lệ thấp. Kết luận: Đây là những trường hợp khó phẫu thuật, cần chuẩn bị kỹ chống viêm trước mổ và không chần chừ các biến chứng viêm sau mổ.

Từ khóa: Phaco phối hợp với cắt bè, phaco trên mắt nhãn áp cao.

SUMMARY

RESEARCH ON SURGICAL COMPLICATIONS IN PHACO COMBINED TO TRABECULECTOMY

The operation of phaco combined to trabeculectomy, nowadays, are very common. The research divided the complications into three stages: intraoperation, postoperation and hospital-leaved times. Purpose: Overview the complications noted in the stages and evaluate the severity and process of the complications. Method: prospective description with clinical trial. Results: During the time of two years, from Feb 2012 to Feb 2014, the study recruited 159 eyes of 142 patients. The intraoperative complications included: inadequate anterior capsulorhexis 20 eyes (12.6%), iris damage 13 eyes (8.2%), posterior capsular tear 5 eyes (3.1%), anterior chamber hemorrhage 6 eyes (3.8%). The postoperative stage: corneal edema 47 eyes (29.55%), anterior chamber collapse 8 eyes (5.05%), hypersensitive uveitis 23 eyes (14.46%), high intraocular pressure 2 eyes (1.25%). The late complications were mainly posterior capsule opacification, synechia malformed pupil with the low rate. Conclusion: These are the difficult cases of surgery, need to be carefully prepared preoperatively inflammation and good control postoperative complications.

Keywords: Phaco combined to trabeculectomy, phaco on high IOP eyes.

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017