

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân suy gan cấp trên nền bệnh lý gan mạn do vi rút viêm gan B được điều trị lọc thay thế huyết tương

Clinical features, laboratory data, and related factors for outcomes of acute on chronic liver failure due to HBV and treated with plasma exchange

Nguyễn Xuân Lâm*, Trịnh Văn Sơn*,
Tô Thị Như Huế*, Nguyễn Xuân Chính*,
Phạm Văn Chung*, Lê Văn Nam**, Vũ Việt Sáng*

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
**Học viện Quân Y

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân ở bệnh nhân suy gan cấp trên nền bệnh lý gan mạn do vi rút viêm gan B được điều trị lọc thay thế huyết tương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu kết hợp hồi cứu có theo dõi dọc 70 bệnh nhân viêm gan mạn và xơ gan do vi rút viêm gan B có suy gan được điều trị bằng liệu pháp lọc thay thế huyết tương tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2018-06/2022. **Kết quả:** Trong số 70 bệnh nhân, 58/70 (82,9%) là nam, 43/70 (61,4%) dưới 60 tuổi. 100% ca bệnh có biểu hiện mệt mỏi và vàng da. Phù và xuất huyết ngoài da gặp lần lượt 24,3% và 18,6%. Xét nghiệm bilirubin toàn phần và NH₃ trong máu tăng cao lần lượt là 443,6 ± 120,2 μmol/L và 108,7 ± 70,4 μmol/L; tỷ lệ prothrombin máu 34,4 ± 18,7%. Tỷ lệ prothrombin < 40%, NH₃ ≥ 100 μg/dL và bilirubin toàn phần ≥ 500 μmol/L gặp tỷ lệ tương ứng là 71,4%, 48,6%, 42,9% và 28,6%. Tỷ lệ sống 28 ngày của nhóm viêm gan mạn là 10/27 (37,0%) cao hơn so với nhóm xơ gan 13/43 (30,2%), tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p=0,371. Tỷ lệ prothrombin < 40% và tăng NH₃ ≥ 100 μg/L là những yếu tố có liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong. **Kết luận:** Biểu hiện lâm sàng thường gặp là vàng da, phù và xuất huyết. Đặc điểm xét nghiệm đặc trưng được ghi nhận là prothrombin giảm < 40%; albumin giảm dưới 30g/L; NH₃ máu tăng trên 100 μg/dL. NH₃ và prothrombin là những yếu tố có liên quan đến tỷ lệ tử vong.

Từ khóa: Viêm gan B mạn, suy gan, lọc thay thế huyết tương.

Summary

Objective: This study intended to describe clinical features, laboratory data and related factors for outcomes of chronic hepatitis B with or without cirrhosis who suffered from liver failure and treated with plasma exchange. **Subject and method:** The research is a prospective and retrospective descriptive study, that enrolled 70 participants suffering from liver failure related to hepatitis B virus and treated with therapeutic plasma exchange at 108 Military Central Hospital from January 2018 to June 2022. **Result:** In

Ngày nhận bài: 26/9/2022, ngày chấp nhận đăng: 28/10/2022

Người phản hồi: Vũ Việt Sáng, Email: sangvv@108-icid.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

total, 58/70 (82.9%) of the participants were male and 43/70 (61.4%) of patients were less than 60 years old. All of the patients were fatigue and jaundice. Edema and skin bleeding were 24.3% and 18.6%, respectively. Serum total bilirubin and ammonia increased to $443.6 \pm 120.2 \mu\text{mol/L}$ and $108.7 \pm 70.4 \mu\text{mol/L}$, respectively. The decreasing of prothrombin was $34.4 \pm 18.7\%$. The rates of prothrombin $< 40\%$; albumin $\leq 30\text{g/L}$; $\text{NH}_3 \geq 100 \mu\text{g/dL}$ and total bilirubin $\geq 500 \mu\text{mol/L}$ were 71.4%, 48.6%, 42.9% and 28.6%, respectively. The 28-day survival of the chronic hepatitis cases was 10/27 (37.0%) higher than that of the cirrhosis cases 13/43 (30.2%), however, the difference was not statistically significant ($p=0.371$). A prothrombin less than 40% and an NH_3 over $100 \mu\text{g/L}$ were significantly related to mortality. *Conclusion:* The most common clinical manifestations were jaundice, edema and skin bleeding. Subclinical data was recorded following decreasing of prothrombin, albumin and increasing of NH_3 . Therein, NH_3 and prothrombin were related factors for mortality.

Keywords: Chronic hepatitis B, liver failure, therapeutic plasma exchange.

1. Đặt vấn đề

Viêm gan vi rút B là bệnh truyền nhiễm quan trọng, phổ biến toàn cầu, do vi rút viêm gan B gây ra. Theo báo cáo về viêm gan vi rút của Tổ chức Y tế Thế giới, ước tính năm 2015 toàn cầu có khoảng khoảng 240 triệu đến 350 triệu người viêm gan vi rút B mạn [1]. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ lưu hành cao của bệnh viêm gan vi rút B.

Tại Việt Nam, viêm gan vi rút B là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh viêm gan mạn và tiến triển đến xơ gan và ung thư gan. Suy chức năng gan là một trong những biến chứng nặng của bệnh nhân viêm gan B với tỷ lệ tử vong cao [2]. Hiện chưa có các biện pháp điều trị đặc hiệu với suy gan. Việc điều trị bao gồm điều trị hỗ trợ gan và các cơ quan bị suy, lọc thay thế huyết tương và ghép gan. Lọc thay thế huyết tương là biện pháp điều trị hỗ trợ gan và các cơ quan trong lúc chờ tế bào gan hồi phục hoặc ghép gan [3].

Các biện pháp lọc máu trong đó có lọc thay thế huyết tương đã được triển khai thực hiện thường quy tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Chỉ định điều trị cũng như quy trình lọc thay thế huyết tương cho bệnh nhân suy gan tuân thủ theo hướng dẫn của Hội Lọc máu Hoa Kỳ cũng như của Bộ Y tế [4, 5]. Tuy nhiên, hiệu quả cũng như chỉ định điều trị trên bệnh nhân suy gan do vi rút viêm gan B, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân đã có xơ gan vẫn còn nhiều điểm chưa thống nhất. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân suy gan cấp trên nền bệnh lý gan mạn do vi rút viêm gan B được điều trị hỗ trợ bằng liệu pháp thay thế huyết tương.

Tim hiểu một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân suy gan cấp trên nền bệnh lý gan mạn do vi rút viêm gan B.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

70 bệnh nhân được chẩn đoán là suy gan trên nền viêm gan mạn và xơ gan do vi rút viêm gan B, được điều trị hỗ trợ bằng liệu pháp thay thế huyết tương tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 06 năm 2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan mạn, xơ gan do vi rút viêm gan B theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế năm 2019 [6].

Bệnh nhân được chỉ định lọc thay thế huyết tương để hỗ trợ điều trị suy gan khi có ít nhất 1 trong các biểu hiện [4]:

Rối loạn đông máu với prothrombin $< 40\%$.

Hội chứng não gan hoặc $\text{NH}_3 > 150 \mu\text{mol/l}$.

Bilirubin toàn phần $\geq 250 \mu\text{mol/l}$.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không được theo dõi hoặc không liên hệ lại được để lấy thông tin theo dõi.

Bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu kết hợp hồi cứu mô tả, có theo dõi dọc.

Phương tiện nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án nghiên cứu, máy lọc Prismaflex có chức năng thay huyết tương, huyết tương tươi.

Nội dung nghiên cứu: Bệnh nhân được thu thập số liệu lâm sàng và đánh giá các chỉ tiêu xét nghiệm. Các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng được mô tả, so sánh mức độ biến đổi các chỉ số cận lâm sàng giữa nhóm viêm gan mạn chưa có xơ gan (nhóm viêm gan mạn) và nhóm có xơ gan do vi rút viêm gan B (nhóm xơ gan). Các chỉ tiêu chẩn đoán viêm gan mạn và xơ gan theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế [6]. Bệnh nhân được chỉ định và tiến hành lọc thay thế huyết tương, theo dõi và xử lý các tai biến, biến chứng theo hướng dẫn của Bộ y tế. Các bệnh nhân được chỉ định lọc 3 lần đầu cách ngày, các lần tiếp theo được chỉ định theo đáp ứng điều trị của bệnh nhân.

Kết quả điều trị: Bệnh nhân được đánh giá tiên lượng gần khi theo dõi tỷ lệ sống 28 ngày điều trị, có so sánh giữa nhóm viêm gan mạn và nhóm xơ gan.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22. Xử lý số liệu bằng thuật toán thống kê y học, kiểm định sự khác biệt giữa các giá trị trung bình bằng kiểm định T-test, kiểm định sự khác biệt giữa tỷ lệ phần trăm bằng phương pháp χ^2 , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các yếu tố tiên lượng được phân tích so sánh và chỉ số OR giữa nhóm sống và nhóm tử vong.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng y đức của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Các số liệu nghiên cứu được thu thập độc lập và không ảnh hưởng đến quá trình và kết quả điều trị bệnh nhân.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Qua nghiên cứu 70 bệnh nhân suy gan do vi rút viêm gan B được điều trị hỗ trợ bằng lọc thay thế huyết tương, chúng tôi gặp 58/70 (82,9%) bệnh nhân là nam giới và 43/70 (61,4%) bệnh nhân có xơ gan. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $54,4 \pm 14,8$ tuổi, trong đó gặp 43/70 (61,4%) bệnh nhân dưới 60 tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 18 tuổi và bệnh nhân cao tuổi nhất là 76 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

| Triệu chứng lâm sàng | | n = 70 | Tỷ lệ % |
|-------------------------------|-----------|-----------|---------|
| Chán ăn, sợ mỡ | | 70 | 100 |
| Mệt mỏi | | 70 | 100 |
| Ngủ kém | | 70 | 100 |
| Đau tức hạ sườn phải | | 11 | 15,7 |
| Vàng da | | 70 | 100 |
| Phù | | 17 | 24,3 |
| Gan to | | 8 | 11,4 |
| Xuất huyết ngoài da, niêm mạc | | 13 | 18,6 |
| Hội chứng não gan | Độ I-II | 8 | 11,4 |
| | Độ III-IV | 3 | 4,3 |
| Số lần lọc TPE (lần) | | 2,5 ± 1,0 | |

Ghi chú: TPE: Therapeutic plasma exchange (Liệu pháp lọc thay thế huyết tương).

Nhận xét: Các triệu chứng chán ăn, mệt mỏi, vàng da gặp ở tất cả bệnh nhân, đau tức hạ sườn phải gặp ở (15,7%). Các triệu chứng phù, xuất huyết gặp lần lượt 24,3% và 18,6%, hội chứng não gan gặp 15,7% trong đó độ III-IV gặp 4,3%.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

| Xét nghiệm | Thể bệnh | Viêm gan mạn (n = 27) | Xơ gan (n = 43) | Tổng (n = 70) | p |
|-------------------------|-----------------|----------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------|
| Hồng cầu (T/L) | | 4,5 ± 0,8 | 4,3 ± 0,8 | 4,4 ± 0,8 | 0,421 |
| Hemoglobin (g/L) | | 134,7 ± 21,1 | 132,2 ± 23,8 | 131,1 ± 32,1 | 0,59 |
| Bạch cầu (G/L) | | 14,0 ± 16,3 | 13,0 ± 6,6 | 13,3 ± 11,0 | 0,492 |
| Tiểu cầu (G/L) | | 175,9 ± 62,8 | 122,9 ± 58,9 | 142,6 ± 65,7 | 0,001 |
| Prothrombin (%) | | 36,1 ± 22,6 | 33,2 ± 16,4 | 34,4 ± 18,7 | 0,819 |
| SGOT (IU/L) | | 1026,9 ± 911,7 | 623,1 ± 955,6 | 778,9 ± 953,0 | 0,009 |
| SGPT (IU/L) | | 1461,1 ± 1150,5 | 703,8 ± 1004,0 | 997,4 ± 1118,8 | 0,002 |
| Bilirubin TP(μmo/L) | | 412,9 ± 87,8 | 462,8 ± 134,2 | 443,6 ± 120,2 | 0,091 |
| Albumin (g/L) | | 31,9 ± 5,7 | 30,0 ± 6,0 | 30,7 ± 5,9 | 0,055 |
| NH ₃ (μmo/L) | | 97,7 ± 56,3 | 114,8 ± 77,1 | 108,7 ± 70,4 | 0,291 |
| Urea (mmol/L) | | 5,7 ± 3,8 | 7,5 ± 3,7 | 6,9 ± 3,8 | 0,012 |
| Creatinin (μmo/L) | | 81,0 ± 35,5 | 92,2 ± 49,0 | 88,1 ± 44,7 | 0,509 |
| Natri (mmol/L) | | 133,9 ± 4,2 | 132,71 ± 4,08 | 133,2 ± 4,2 | 0,185 |
| Kali (mmol/L) | | 4,0 ± 0,5 | 4,0 ± 0,7 | 4,0 ± 0,6 | 0,718 |

Ghi chú: SGOT: Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase; SGPT: Serum glutamic pyruvic transaminase; NH₃: Amoniac máu; Bilirubin TP: Bilirubin toàn phần.

Nhận xét: Bilirubin toàn phần và NH₃ trong máu tăng cao lần lượt là 443,6 ± 120,2μmol/L và 108,7 ± 70,4μmol/L; albumin và prothrombin giảm lần lượt là 30,7 ± 5,9g/L và 34,4 ± 18,7%. Enzym transaminase (SGOT và SGPT) tăng cao có ý nghĩa ở nhóm viêm gan so với nhóm xơ gan.

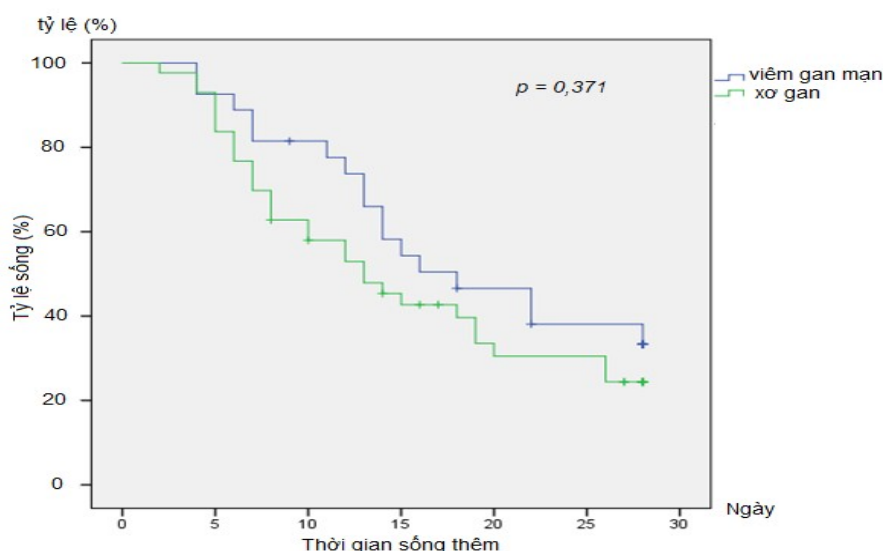
Bảng 3. Biến đổi một số chỉ số cận lâm sàng

| Xét nghiệm n (%) | Thể bệnh | Viêm gan mạn (n = 27) | Xơ gan (n = 43) | Tổng (n = 70) | p |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------|
| Tiểu cầu ≤ 100G/L | | 3 (11,1%) | 15 (34,9%) | 18 (25,7%) | 0,039 |
| Prothrombin < 40% | | 19 (70,3%) | 31 (72,1%) | 50 (71,4%) | 0,877 |
| SGOT | ≥ 1000IU/L | 11 (40,7%) | 7 (16,3%) | 18 (25,7%) | 0,023 |
| | ≥ 400IU/L | 18 (66,7%) | 15 (34,9%) | 33 (47,1%) | 0,01 |
| SGPT | ≥ 1000IU/L | 16 (59,3%) | 8 (18,6%) | 24 (34,3%) | 0,001 |
| | ≥ 400IU/L | 20 (74,1%) | 17 (39,5%) | 37 (52,9%) | 0,005 |
| Bilirubin TP ≥ 500μmo/L | | 5 (18,5%) | 15 (34,9%) | 20 (28,6%) | 0,14 |
| Albumin ≤ 30g/L | | 8 (29,6%) | 26 (60,5%) | 34 (48,6%) | 0,012 |
| NH ₃ ≥ 100μg/dL | | 3 (11,1%) | 27 (62,8%) | 30 (42,9%) | 0,001 |
| Creatinin tăng ≥ 120μmo/L | | 1 (3,7%) | 9 (20,9%) | 10 (14,3%) | 0,065 |

Ghi chú: SGOT: Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase; SGPT: Serum glutamic pyruvic transaminase; NH₃: Amoniac máu; Bilirubin TP: Bilirubin toàn phần.

Nhận xét: Bệnh nhân có giảm prothrombin ($< 40\%$), giảm albumin ($\leq 30\text{g/L}$), tăng NH_3 ($\geq 100\mu\text{g/dL}$) và tăng bilirubin toàn phần ($\geq 500\mu\text{mol/L}$) với tỷ lệ tương ứng là 71,4%, 48,6%, 42,9% và 28,6%. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng SGOT và SGPT $\geq 1000\text{U/L}$ lần lượt là 25,7% và 34,3%; trong đó nhóm viêm gan mạn có tỷ lệ tăng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm xơ gan.

3.3. Kết quả điều trị



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sống 28 ngày giữa nhóm viêm gan mạn và xơ gan

Nhận xét: Tỷ lệ sống 28 ngày của nhóm viêm gan mạn là 10/27 (37,0%) cao hơn so với nhóm xơ gan 13/43 (30,2%), tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p=0,371$.

3.4. Một số yếu tố liên quan tỷ lệ tử vong

Bảng 7. Một số yếu tố liên quan tử vong

| Yếu tố | Sống n = 23 | Tử vong n = 47 | OR (KTC 95%) | p |
|---|-------------|----------------|----------------|-------|
| Tuổi ≥ 70 | 3 (13,0%) | 9 (19,1%) | 1,6 (0,4-6,5) | 0,524 |
| Xơ gan | 13 (56,5%) | 30 (63,8%) | 1,4 (0,5-3,8) | 0,555 |
| Tiểu cầu $< 100\text{G/L}$ | 18 (78,3%) | 39 (83,0%) | 1,4 (0,4-4,7) | 0,634 |
| Prothrombin $< 40\%$ | 11 (47,8%) | 39 (83,0%) | 6,3 (2,0-19,4) | 0,002 |
| SGPT $\geq 1000\text{(IU/L)}$ | 5 (21,7%) | 19 (40,4%) | 1,9 (0,6-5,8) | 0,240 |
| Bilirubin TP $\geq 500\text{(\mu mol/L)}$ | 7 (30,4%) | 13 (27,7%) | 0,9 (0,3-2,6) | 0,809 |
| Albumin $\leq 30\text{ (g/L)}$ | 3 (13,0%) | 8 (17,0%) | 1,4 (0,3-5,7) | 0,668 |
| $\text{NH}_3 \geq 100\text{ (\mu g/L)}$ | 3 (13,0%) | 27 (57,4%) | 9,0 (2,4-34,5) | 0,001 |

Ghi chú: SGPT: Serum glutamic pyruvic transaminase; NH_3 : Amoniac máu; Bilirubin TP: Bilirubin toàn phần; OR: Odd ratio; KTC95%: Khoảng tin cậy 95%.

Nhận xét: Các yếu tố tuổi (≥ 70 tuổi), xơ gan, giảm tiểu cầu, SGPT tăng cao ($\geq 1000\text{IU/L}$), albumin giảm ($\leq 30\text{g/L}$) có tỷ lệ cao hơn ở nhóm tử vong so

với nhóm sống, tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê. Giảm prothrombin ($< 40\%$) và tăng NH_3 ($\geq 100\mu\text{g/L}$) là những yếu tố có liên quan làm

tăng tỷ lệ tử vong có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và OR lần lượt là 6,3 và 9,0.

4. Bàn luận

Suy gan là suy giảm chức năng tế bào gan, thường khởi phát với biểu hiện của tổn thương gan, biểu hiện sớm của suy gan là rối loạn đông máu, sau đó dẫn đến suy các cơ quan khác ngoài gan như hội chứng não gan, hội chứng gan thận. Các bệnh nhân suy gan được lọc thay thế huyết tương trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều có biểu hiện của tổn thương gan cấp tính, gồm mệt mỏi, chán ăn, sợ mỡ, vàng da tăng dần. Các biểu hiện phù và xuất huyết ngoài da và hội chứng não gan có tỷ lệ gặp ở nhóm có xơ gan cao hơn ở nhóm viêm gan mạn. Các biểu hiện cận lâm sàng là biểu hiện điển hình của bệnh nhân suy gan bao gồm tăng cao enzyme transaminases, bilirubin máu, amoniac máu và giảm prothrombin, albumin máu. Prothrombin và amoniac máu là hai chỉ số có ý nghĩa tiên lượng tử vong. Kết quả cũng cho thấy tỷ lệ sống 28 ngày của nhóm viêm gan mạn cao hơn nhóm suy gan, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Đặc điểm về tuổi, giới và một số biểu hiện lâm sàng trong nghiên cứu cho kết quả tương tự như một số báo cáo trong khu vực và trên thế giới. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $54,4 \pm 14,8$ tuổi, trong đó 61,4% dưới 60 tuổi. Nghiên cứu của Heng CK và cộng sự tại Bệnh viện Chợ Rẫy, cho kết quả tương tự với tuổi trung bình là $53,2 \pm 12,3$ tuổi [7]. Chúng tôi gặp tỷ lệ nam là chủ yếu với 58/70 (82,7%), cao hơn báo cáo của Heng CK và cộng sự. Kết quả này là do Bệnh viện chúng tôi là bệnh viện quân đội nên đối tượng thu dung cả quân nhân và dân vì vậy tỷ lệ nam gặp nhiều hơn. Các biểu hiện lâm sàng thường gặp trong nhóm nghiên cứu gồm mệt mỏi, chán ăn, vàng da, đều là các biểu hiện điển hình của đợt bùng phát viêm gan cấp, kết quả phù hợp với các báo cáo trong nước và quốc tế [2, 3, 7]. Các biểu hiện ít gặp hơn gồm xuất huyết da và niêm mạc, phù, gan to, hội chứng não gan.

Bệnh nhân suy gan, biểu hiện các cận lâm sàng thường thay đổi các chức năng gan như rối loạn đông máu, thay đổi về enzyme transaminase,

amoniac máu. Tuy nhiên, cũng ảnh hưởng đến các chỉ số huyết học, đặc biệt là giảm tiểu cầu ở nhóm có xơ gan. Theo Shi và cộng sự, nghiên cứu suy gan ở bệnh nhân viêm gan mạn, xơ gan cho thấy tiểu cầu trung bình 92 ± 59 G/L [8]. Nguyên nhân gây giảm tiểu cầu trong bệnh gan mạn có thể do cường lách, ngoài ra còn có những cơ chế khác gây giảm tiểu cầu như tác động của quá trình sản xuất tiểu cầu, giảm đời sống tiểu cầu, suy dinh dưỡng cũng là 1 yếu tố. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ prothrombin giảm thấp, trung bình $34,4 \pm 18,7\%$. Lê Quang Thuận và cộng sự cũng ghi nhận tỷ lệ giảm ở mức $41,3 \pm 26,0\%$ [9]. Giảm prothrombin máu là một chỉ số trực tiếp cho thấy mức độ suy giảm chức năng gan do gan là cơ quan chính tổng hợp prothrombin. Cũng như các báo cáo khác, chúng tôi cũng ghi nhận enzyme transaminase tăng cao, bilirubin tăng cao và amoniac tăng cao. Trong đó, enzyme transaminase tăng cao hơn ở nhóm viêm gan so với nhóm xơ gan. Các tác giả Heng CK và Shi cũng ghi nhận kết quả tương tự [7, 8]. Chúng tôi ghi nhận bilirubin toàn phần đều tăng rất cao, có 28,6% bệnh nhân có bilirubin toàn phần $\geq 500 \mu\text{mol/L}$. Cao hơn so với báo cáo của các tác giả khác, do đối tượng lựa chọn trong nghiên cứu này là bệnh nhân đã có chỉ định lọc thay thế huyết tương.

Suy gan do vi rút viêm gan B có tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt là với những bệnh nhân không đáp ứng với phác đồ điều trị nội khoa mà phải can thiệp lọc thay thế huyết tương. Chúng tôi ghi nhận 47/70 (67,1%) bệnh nhân tử vong khi theo dõi 28 ngày, trong đó nhóm xơ gan có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm viêm gan mạn nhưng sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,371$. Các báo cáo của Stahl K và Cheng YL ghi nhận tỷ lệ tử vong tương ứng là 65,2% và 67,6% [5, 10]. Chúng tôi cũng ghi nhận tăng amoniac và giảm prothrombin máu là các yếu tố có liên quan làm gia tăng tỷ lệ tử vong. Prothrombin là yếu tố biểu hiện trực tiếp sự suy giảm chức năng của gan vì vậy mức độ giảm sẽ tương đồng với mức độ suy gan và tăng tỷ lệ tử vong. Trong khi đó tác động của NH_3 đã được nghiên cứu nhiều trong bệnh lý suy gan cấp, tăng NH_3 liên quan rõ rệt với gia tăng nguy cơ phù não và

biểu hiện với hội chứng não gan. Nghiên cứu của Lê Quang Thuận và cộng sự cũng cho thấy NH_3 máu có giá trị tiên lượng tử vong với độ nhạy 88,9% và độ đặc hiệu 100% ở điểm cut-off là 134,5 $\mu\text{mol/L}$ [9].

5. Kết luận

Biểu hiện lâm sàng thường gặp là vàng da, phù và xuất huyết. Đặc điểm xét nghiệm đặc trưng được ghi nhận là prothrombin giảm < 40%, albumin giảm dưới 30g/L; NH_3 máu tăng trên 100 $\mu\text{g/dL}$. Trong đó NH_3 tăng > 100 $\mu\text{g/dL}$ và prothrombin giảm < 40% là những yếu tố có liên quan đến gia tăng tỷ lệ tử vong.

Tài liệu tham khảo

1. MacLachlan JH and Cowie BC (2015) *Hepatitis B virus epidemiology*. Cold Spring Harbor perspectives in medicine 5(5): 021410.
2. Liang J, Liu L, Cao Y et al (2021) *Hepatitis B-related acute-on-chronic liver failure induced by hepatotropic viral insult is associated with worse prognosis than that induced by non-virus insult*. BMC Infectious Diseases 21(1): 1-12.
3. Garg H, Kumar A, Garg V et al (2012) *Clinical profile and predictors of mortality in patients of acute-on-chronic liver failure*. Digestive and Liver Disease 44(2): 166-171.
4. Bộ Y tế (2015) *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng tích cực*. Quyết định 1493/QĐ-BYT.
5. Stahl K, Busch M, Fuge J et al (2020) *Therapeutic plasma exchange in acute on chronic liver failure*. Journal of Clinical Apheresis 35(4): 316-327.
6. Bộ Y tế (2019) *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B*. Quyết định 3310/QĐ-BYT.
7. Heng CK (2016) *Bệnh cảnh lâm sàng và các yếu tố thúc đẩy suy gan cấp ở bệnh nhân bệnh gan mạn*. Luận văn thạc sĩ.
8. Shi Y, Zheng MH, Yang Y et al (2015) *Increased delayed mortality in patients with acute-on-chronic liver failure who have prior decompensation*. Journal of Gastroenterology and Hepatology 30(4): 712-718.
9. Thuận LQ (2017) *Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm gan nhiễm độc cấp nặng bằng biện pháp thay huyết tương tích cực*. Luận án tiến sĩ.
10. Cheng YL, Chang CH, WT Chen et al (2018) *Prognostic factors and treatment effect of standard-volume plasma exchange for acute and acute-on-chronic liver failure: A single-center retrospective study*. Transfusion and apheresis science 57(4): 537-543.