

3. Trần Thu Hương. Khảo sát tỷ số nhãn áp bằng nhãn áp kế ICare trên một nhóm trẻ em Việt Nam từ 6 đến 15 tuổi. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện. Trường Đại học Y Hà Nội, 2012.

4. Anna Lundvall, H.S., Application of the Icare rebound tonometer in healthy infant. *Journal Glaucoma*, 2009. Vol 20 (No.1): p. 7 - 9.

5. DS Ademola-Popoola et al., Comparison of IOP readings using rebound Icare tonometer and Perkins

applanation tonometer in an African Population. *Journal of The West African college of surgeons*, 2014. vol.4 (1): p. 17 - 30.

6. Fernandes, P., et al., Comparison of the ICare® rebound tonometer with the Goldmann tonometer in a normal population. *J Ophthalmic and Physiological Optics*, 2005. Vol. 25(5): p. 438 - 440.

7. Vũ Anh Tuấn. Đánh giá tỷ số nhãn áp bình thường của người Việt Nam trưởng thành với nhãn áp kế Icare. *Tạp chí Y học dự phòng*, 2014. Vol 24 (5), p. 87 - 91.

ĐÁNH GIÁ CÁCH XỬ TRÍ THIỂU ỎI Ở SẢN PHỤ CÓ THAI ≥ 37 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN TIỀN DU TỈNH BẮC NINH NĂM 2016

NGUYỄN VĂN ĐƯỜNG¹, ĐINH VĂN THÀNH²

¹BVĐK huyện Tiên Du - Bắc Ninh; ²Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá cách xử trí thiếu ỏi ở sản phụ có thai ≥ 37 tuần tại Bệnh viện đa khoa huyện Tiên Du tỉnh Bắc Ninh năm 2016; **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng. **Cỡ mẫu:** cho nhóm chứng gồm 80 bệnh nhân. **Cỡ mẫu:** cho nhóm chứng gồm 160 bệnh nhân (tỷ lệ 1:2); **Kết quả:** Trong nhóm có chỉ số Bishop < 6 khởi phát chuyển dạ bằng telex về núm vú 30,4%, dùng prostaglandin 13%, 8,7% bấm ối theo dõi, truyền dẻ chỉ huy bằng Oxytocin. Nhóm có chỉ số Bishop ≥ 6 về núm vú 15,8%, bấm ối theo dõi, truyền dẻ chỉ huy bằng Oxytocin chiếm 7%, khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin 1,8%. Tỷ lệ xử trí về núm vú ở nhóm có chỉ số nước ối ≤ 40 cao hơn có chỉ số nước ối 41-60 (33,3 so với 9,1%). Không có bệnh nhân nào được khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin có chỉ số nước ối (CSNO) ≤ 40 . Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có chỉ số nước ối ≤ 40 cao gấp 8,3 lần so với nhóm có CSNO 41-60 mm với OR= 8,346 (khoảng tin cậy 95% từ 3,015- 23,105). **Kết luận:** Tỷ lệ xử trí về núm vú ở nhóm có chỉ số nước ối ≤ 40 cao hơn có chỉ số nước ối 41-60 (33,3 so với 9,1%). Không có bệnh nhân nào được khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin có chỉ số nước ối ≤ 40 . Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có chỉ số nước ối ≤ 40 cao gấp 8,3 lần so với nhóm có CSNO 41-60 mm với OR= 8,346 (khoảng tin cậy 95% từ 3,015 - 23,105).

Từ khóa: Thiếu ối, Mổ lấy thai, thai từ 37 tuần trở lên.

SUMMARY
EVALUATING MANAGEMENT OF OLIGOHYDRAMNIOS IN WOMAN WITH \geq WEEKS PREGNANT AT DISTRICT HOSPITAL TIEN DU - BAC NINH PROVINCE IN 2016.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Đường
Địa chỉ: Bệnh viện Đa khoa Tiên Du - Bắc Ninh
Email: duongbs70@gmail.com
Ngày nhận: 04/8/2016
Ngày phản biện: 19/8/2016
Ngày duyệt bài: 30/8/2016
Ngày xuất bản: 20/9/2016

Objective: To evaluate the management of oligohydramnios in women with ≥ 37 weeks pregnant at the district hospital Tien Du, Bac Ninh Province in 2016; **Research methods:** case-control study. **The sample size for the patient group included 80 patients. The sample size for the control group included 160 patients (ratio 1: 2); Results:** In the group has < 6 of Bishop index, labor induction by the nipple pinch test is about 30.4%, using prostaglandin 13%, 8.7% for breaking the waters, oxytocin administration. The group has ≥ 6 15 of Bishop index, by the nipple pinch test is about 8%, breaking the waters, oxytocin administration is about 7%, prostaglandin induction of labor by 1.8%. The rate of management by the nipple pinch test in the group has amniotic fluid index ≤ 40 higher than the other has amniotic fluid index 41-60 (33.3 compare with 9.1%). None of the patients were used prostaglandin induction of labor with amniotic fluid index ≤ 40 . The rate of Caesarean section in the group with amniotic fluid index ≤ 40 is about 8.3 times higher than the group with 41-60 mm amniotic fluid index with OR = 8346 (95% confidence interval from 3.015- 23 105); **Conclusion:** The rate of management in the group has amniotic fluid index ≤ 40 is higher than amniotic fluid index 41-60 (33.3 compare with 9.1%). None of the patients were used prostaglandin induction of labor with amniotic fluid index ≤ 40 . The rate of Caesarean section in the group with amniotic fluid index ≤ 40 is 8.3 times higher than the group with amniotic fluid index (AFI) = 41-60 mm with OR = 8346 (95% confidence interval from 3.015- 23 105).

Keywords: Low amniotic fluid, Caesarean section, over 37 weeks pregnant

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu ối là lượng nước ối giảm so với lượng nước ối bình thường tính theo tuổi thai, và ở dưới đường percentin thứ 5, là hậu quả của sự mất cân bằng giữa sản sinh và tiêu thụ nước ối [1]. Nước ối luôn được tái tạo, vào cuối thời kỳ có thai nước ối đổi mới 3 giờ 1 lần tức là lưu lượng khoảng 4 - 8 lít mỗi ngày. Sự tái tạo này tăng dần đến khi thai đủ ngày và giảm sau đó [5]. Để đánh giá lượng nước ối, người ta đã lần lượt áp

dụng nhiều kỹ thuật khác nhau nhưng ngày nay siêu âm là phương pháp thông dụng và dễ dàng nhất được lựa chọn bởi vì sử dụng phương pháp này không gây nguy hại cho các mô, không gây chảy máu, cho phép nhìn thấy rõ thai và các phần phụ của thai, không đau và có thể thực hiện nhiều lần trên một người [1].

Trong sản khoa thiếu ối là bệnh lý thường gặp trên lâm sàng. Chamberlain và cộng sự đã thấy tỷ lệ tử vong chu sinh tăng lên 47 lần khi có thiếu ối và tăng lên 13 lần khi thể tích nước ối (TTNO) hạn chế so với TTNO bình thường [7]. Theo Triệu Thủy Hương và Phan Trường Duyệt (2002) tỷ lệ này chiếm 3,4 – 4,8% các trường hợp mang thai [1]. Cũng theo Phan Trường Duyệt tỷ lệ thai phụ bị thiếu ối thay đổi tùy theo tiêu chuẩn chẩn đoán đối tượng nghiên cứu và phương pháp thăm dò động từ 0,43 – 21% tùy theo từng tác giả. Thiếu ối gây chèn ép cản trở tuần hoàn tử cung- rau- thai, làm giảm sự trao đổi chất dinh dưỡng, oxy giữa mẹ và thai gây suy thai [1].

Trên thế giới và tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về thiếu ối ở các tuổi thai, phương pháp đánh giá khác nhau. Tuy nhiên, tại tỉnh Bắc Ninh cũng như Bệnh viện đa khoa Tiên Du chưa có nghiên cứu nào về tình trạng thiếu ối và cách xử trí thiếu ối ở tuổi thai ≥ 37 tuần. Trước những nguy cơ mà thiếu ối có thể ảnh hưởng đến thai và cách xử trí của người thầy thuốc đứng trước một bệnh cảnh thiếu ối chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: "Đánh giá cách xử trí thiếu ối ở sản phụ có thai ≥ 37 tuần tại bệnh viện đa khoa huyện tiên du tỉnh Bắc Ninh năm 2016"

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các thai phụ vào đẻ tại Khoa Sản Bệnh viện Đa khoa huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh từ tháng 7 năm 2015 đến tháng 7 năm 2016

- Tiêu chuẩn chọn nhóm nghiên cứu: Tuổi thai ≥ 37 tuần, thiếu ối CSNO ≤ 60 mm, một thai sống
- Tiêu chuẩn chọn nhóm chứng: tuổi thai ≥ 37 tuần, chỉ số ối bình thường, một thai sống
- Tiêu chuẩn loại trừ: Các thai phụ đã được chẩn đoán là n. ối, vỡ ối.

Địa điểm nghiên cứu: Tại Bệnh viện Đa khoa huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7 năm 2015 đến tháng 7 năm 2016

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh

chúng

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu cho nhóm bệnh gồm 80 bệnh nhân. Cỡ mẫu cho nhóm chứng gồm 160 bệnh nhân (tỷ lệ 1:2)

Tiến hành nghiên cứu

Thai phụ vào khoa sản được chẩn đoán là thiếu ối được siêu âm lại bằng máy siêu âm của khoa, do người tiến hành nghiên cứu thực hiện.

Thăm âm đạo: đánh giá chỉ số Bishop, độ xoá mở CTC.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Phương pháp thu thập: Lập bệnh án nghiên cứu để thu thập số liệu xây dựng dựa trên mục tiêu, biến số nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS16.0

Các biến số nghiên cứu

Siêu âm: Đo chỉ số nước ối (mm), dự kiến cân nặng thai nhi, hình ảnh bất thường.

Theo dõi biến động nhịp tim thai bằng Monitoring sản khoa.

Các thuốc dùng trong chuyển dạ, thuốc khởi phát chuyển dạ.

Phương pháp đẻ: đẻ thường, đẻ forceps, mổ lấy thai.

Cân cứ vào CSNO chia thiếu ối thành các mức độ như sau:

- + Thiếu ối mức độ nặng: CSNO < 28 mm
- + Thiếu ối mức độ trung bình: $28\text{mm} \leq \text{CSNO} \leq 40\text{mm}$

- + Thiếu ối mức độ nhẹ: $40\text{mm} < \text{CSNO} \leq 60\text{mm}$

Đánh giá tình trạng CTC dựa vào chiều dài, độ mở, mật độ của CTC, mức độ xuống của ngôi và tư thế của CTC từng thời điểm.

10 điểm: Tiền lượng sinh đường âm đạo trong vòng 2-3 giờ.

7-9 điểm: Tiền lượng sinh đường âm đạo trong vòng 8 giờ.

5 - 6 điểm: Tiền lượng sinh đường âm đạo dè dặt.

Dưới 5 điểm: Nguy cơ khởi phát chuyển dạ thất bại.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Liên quan dấu hiệu chuyển dạ khi vào viện và mức độ thiếu ối

DH chuyển dạ	CSNO(mm)			
	< 28 (n %)	28-40 (n %)	41-60 (n %)	Tổng (n %)
Có chuyển dạ	14 (33,3)	16 (78,2)	35 (79,5)	65 (81,2)
Chưa chuyển dạ	1 (6,7)	5 (23,8)	9 (20,5)	15 (18,8)
Tổng	15 (100,0)	21 (100,0)	44 (100,0)	80 (100,0)

Tỷ lệ thai phụ thiếu ối có dấu hiệu chuyển dạ khi vào viện là 81,2%. 18,8% thai phụ thiếu ối chưa có dấu hiệu chuyển dạ.

Bảng 2. Phân bố chỉ số chỉ số Bishop khi vào viện

Chỉ số Bishop (điểm)	CSNO (mm)			
	< 28 (n, %)	28-40 (n, %)	41-60 (n, %)	Tổng (n, %)
≤ 6	6 (40,0)	7 (33,3)	10 (22,7)	23 (28,8)
≥ 6	9 (60,0)	14 (66,7)	34 (77,3)	57 (71,2)
Tổng	15 (100,0)	21 (100,0)	44 (100,0)	80 (100,0)

Chỉ số Bishop của thai phụ thiếu ối khi vào viện < 6 điểm là 28,8%.

Bảng 3. Liên quan giữa chỉ số Bishop và cách xử trí

Cách xử trí	Bishop		Tổng (n, %)
	< 6 (n, %)	≥ 6 (n, %)	
Không xử trí	11 (47,8)	43 (75,4)	54 (67,5)
Vệ tử cung	7 (30,4)	9 (15,8)	16 (20,0)
Bấm ối, theo dõi Monitoring, truyền Oxytocin	2 (8,7)	4 (7,0)	6 (7,5)
Khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin	3 (13,0)	1 (1,8)	4 (5,0)
Tổng	23 (100,0)	57 (100,0)	80 (100,0)

Trong nhóm có chỉ số Bishop < 6 khởi phát chuyển dạ bằng tets về tử cung 30,4%, dùng prostaglandin 13%, 8,7% bấm ối theo dõi, truyền để chỉ huy bằng Oxytocin. Nhóm có chỉ số Bishop ≥ 6 về tử cung 15,8%, bấm ối theo dõi, truyền để chỉ huy bằng Oxytocin chiếm 7%, khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin 1,8%.

Bảng 4. Mối liên quan cách xử trí thiếu ối sau khi test không đủ kích âm tim.

Cách xử trí	CSNO (mm)		Tổng (n, %)
	≤ 40 (n, %)	41-60 (n, %)	
Không xử trí	23 (63,9)	31 (70,5)	54 (67,5)
Vệ tử cung	12 (33,3)	4 (9,1)	16 (20,0)
Bấm ối, theo dõi Monitoring, truyền Oxytocin	0 (0,0)	6 (13,6)	6 (7,5)
Khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin	1 (2,8)	3 (6,8)	4 (5,0)
Tổng	36 (100,0)	44 (100,0)	80 (100,0)

Tỷ lệ xử trí về tử cung ở nhóm có chỉ số nước ối ≤ 40 cao hơn có chỉ số nước ối 41-60 (33,3 so với 9,1%). Không có bệnh nhân nào được khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin có chỉ số nước ối ≤ 40.

Bảng 5. Liên quan giữa cách đẻ và thiếu ối

Cách đẻ	CSNO (mm)		Tổng (n, %)	OR (95%CI)
	≤ 40 (n, %)	41-60 (n, %)		
Mổ lấy thai	28 (77,8)	13 (29,5)	41 (51,2)	8,346 (3,015 - 23,105)
Đẻ đường âm đạo	8 (22,2)	31 (70,5)	39 (48,8)	
Tổng	36 (100,0)	44 (100,0)	80 (100,0)	

Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có chỉ số nước ối ≤ 40 cao gấp 8,3 lần so với nhóm có CSNO 41-60 mm với OR= 8,346 (khoảng tin cậy 95% từ 3,015 - 23,105).

Bảng 6. Liên quan giữa cách đẻ và tình trạng ối

Tình trạng ối	Thiếu ối (n, %)	Không thiếu ối (n, %)	Tổng (n, %)	p
Mổ lấy thai	41 (51,2)	57 (35,6)	98 (40,8)	< 0,05
Đẻ đường âm đạo	39 (48,8)	103 (64,4)	142 (59,2)	
Tổng	80 (100,0)	160 (100,0)	240 (100,0)	

Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm thiếu ối là 51,2% cao hơn nhóm không thiếu ối (35,6%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 7. Liên quan giữa cân nặng sơ sinh và tình trạng ối

Tình trạng ối	Thiếu ối (n, %)	Không thiếu ối (n, %)	Tổng (n, %)
Cân nặng (kg)			
≤ 2500	13 (16,2)	7 (4,4)	20 (8,3)
> 2500	67 (83,8)	153 (95,6)	220 (91,7)
Tổng	80 (100,0)	160 (100,0)	240 (100,0)

Nhóm thiếu ối thai có trọng lượng bình thường chiếm tỷ lệ 83,8%, những thai bị suy dinh dưỡng (≤ 2500g) chiếm 16,2%, so với nhóm đối chứng tỷ lệ này lần lượt là: 95,6%, 4,4%.

Bảng 8. Trọng lượng sơ sinh và cách đẻ

Trọng lượng sơ sinh	≤ 2500 (n, %)	> 2500 (n, %)	Tổng (n, %)
Cách đẻ			
Đẻ đường âm đạo	5 (38,5)	34 (50,7)	39 (48,8)
Mổ lấy thai	8 (61,5)	33 (49,3)	41 (51,2)
Tổng	13 (100,0)	67 (100,0)	80 (100,0)

Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có cân nặng ≤ 2500 gr cao nhất (61,5%), thấp nhất là nhóm có cân nặng bình thường (49,3%).

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong nhóm có chỉ số Bishop < 6 khởi phát chuyển dạ bằng tets về tử cung 30,4%, dùng prostaglandin 13%, 8,7% bấm ối theo dõi, truyền để chỉ huy bằng Oxytocin. Nhóm có chỉ số Bishop ≥ 6 về tử cung 15,8%, bấm ối theo dõi, truyền để chỉ huy bằng Oxytocin chiếm 7%, khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin 1,8%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hồng những trường hợp vào đẻ có chỉ số Bishop ≥ 7, cụ thể có 60% CTC 2, 3 cm được theo dõi chuyển dạ để là 8,2%. Còn lại 51,6% được thực hiện test tác động và không tác động nhằm thăm dò tình trạng thai qua sự biến động của nhịp tim thai [3].

Theo dõi các trường hợp thực hiện test không tác động tỷ lệ xử trí về tử cung ở nhóm có chỉ số nước ối ≤ 40 cao hơn có chỉ số nước ối 41-60 (33,3 so với 9,1%). Không có bệnh nhân nào được khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin có chỉ số nước ối ≤ 40. Kết quả của Nguyễn Thị Thu Hồng cho thấy có 58 trường hợp thực hiện test âm tính có 35 trường hợp được khởi phát chuyển dạ bằng Misoprostol chiếm tỷ lệ 62,6%, trong đó 85,7% có điểm số Bishop 0 - 6 là CTC không thuận lợi cho chuyển dạ. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công đẻ đường âm đạo là 20 trường hợp (57,1%) trong đó có 1 trường hợp forceps vị thai suy, tỷ lệ khởi phát chuyển dạ bằng Misoprostol thất

KẾT LUẬN

Tỷ lệ xử trí về nướu vú ở nhóm có chỉ số nước ối ≤ 40 cao hơn có chỉ số nước ối 41-60 (33,3 so với 9,1%). Không có bệnh nhân nào được khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin có chỉ số nước ối ≤ 40 . Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có chỉ số nước ối ≤ 40 cao gấp 8,3 lần so với nhóm có CSNO 41-60 mm với OR= 8.346 (khoảng tin cậy 95% từ 3.015-23.105).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Duyệt (2013) Siêu âm chẩn đoán và một số vấn đề lâm sàng Sản Phụ Khoa liên quan Tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 590-611, 624-636, 624-636.
2. Phan Trường Duyệt (Định Trường)

2. Phan Trường Duyệt, Đinh Thế Mỹ (2007) *Thiếu ỏi. Lâm sàng sản phụ khoa*. Nhà xuất bản Y học.
3. Nguyễn Thị Thu Hà.

3. Nguyễn Thị Thu Hồng (2009) Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và cách xử trí thiếu ôi ở tuổi thai từ 38 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. **Triệu Thủy Hoàng (2002)** Nghiên cứu tình hình thiếu di và các yếu tố liên quan tại bệnh viện bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh trong 3 năm 1999-2001, Luận văn Thạc sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. Phạm Thị Hoa Hồng (2013) Các phần phụ của thai
đủ tháng. *Bài giảng sản phụ khoa Tập 1*. Nhà xuất bản Y
học Hà Nội. 26-30

6. Nguyễn Duy Tài (2002) Thấu ối trên thai đã
trưởng thành. *Nội san sản phụ khoa*, tr 21.

7. Chamberlain M.B., Manning G.A., et al Morison I. (1984) Ultrasound evaluation of amniotic fluid. II. The relationship of increased fluid

8. Errol R. Norwitz, Specovitz, 1999.

6. Errol R. Norwitz, Snegovskikh (2007) Prolong pregnancy. Management of high risk Pregnancy and Evidence - Base Approach, 5th ed, Blackwell Publishing, p 373 - 382.

9. Lee H.R, Gould J.B (2006) Survival advantage associated with Cesarean delivery in the very low birth weight vertex neonates. *J Obstet Gynecol*, vol 107, pp 7-105.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ B-TYPE NATRIURETIC PEPTIDE (BNP) HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát nồng độ B-type natriuretic peptide (BNP) huyết tương ở bệnh nhân xơ gan. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 74 bệnh nhân xơ gan được điều trị tại khoa Tiểu hóa - Bệnh viện Quân y 103 trong thời

Chịu trách nhiệm: Lại Thanh Thủy

Địa chỉ: Học viện Quân y 103
Email: luithatthanh@y103.vn

Email: lanthanhthuy06@gmail.com
Ngày nhận: 01/8/2016

Ngày phân biệt 19/8/2000

Ngày duyệt ban: 26/8/2016
Ngày xuất bản: 20/9/2016

[illegible]

LẠI THANH THÙY¹, TRẦN VIỆT TÚ²

¹Học viện Quân y, ²Bệnh viện Quân y 103

gian 9/2015 - 7/2016. Kết quả: nồng độ BNP trung bình ở bệnh nhân xơ gan cao hơn so với nhóm tham chiếu (89,10 \pm 67,30 so với 25,50 \pm 15,83 pg/ml) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Ở BN xơ gan, nồng độ BNP tăng cao hơn khi có cổ trướng (98,04 \pm 68,45 so với nhóm không có cổ trướng là 61,51 \pm 54,47 pg/ml, $p < 0,05$) và xơ gan Child-Pugh C (108,16 \pm 66,94 so với xơ gan Child-Pugh A là 25,45 \pm 1,96 pg/ml, $p < 0,05$). Kết luận: Xơ gan làm tăng BNP huyết tương. Nồng độ BNP tăng cao liên quan đến sự xuất hiện cổ trướng và mức độ nặng (Child - Pugh C) ở BN xơ gan.

Từ khóa: Xơ gan, peptide lợi niệu loại B.

Từ khóa: Xơ gan, peptide lợi niệu typ B.