

- Height: A Cross-Sectional Study of Children and Adolescents", *Children*, 9 (661), pp. 1 - 9.
9. **F; Yildiz, ASIT Study Group** (2013), "Factors influencing asthma control: results of a real-life prospective observational asthma inhaler treatment (ASIT) study", *J Asthma Allergy*, 6, pp. 93–101.
10. **Munoz-Cano R, Torrego A, Bartra J, et al.** (2017), "Follow-up of patients with uncontrolled asthma: clinical features of asthma patients according to the level of control achieved (the COAS study)", *Eur Respir J*, 49 (3).

VAI TRÒ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐỊNH HƯỚNG ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG TẠNG ĐẶC TRONG Ổ BỤNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG TỪ THÁNG 01/2021 ĐẾN HẾT THÁNG 12/2023

Trần Phan Ninh^{1,4}, Nguyễn Văn Sang^{2,4}, Nguyễn Thị Tuyết Nga³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương và đánh giá vai trò của chụp cắt lớp vi tính (CLVT) trong chẩn đoán và định hướng điều trị chấn thương tạng đặc ở trẻ em. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 67 trẻ được chẩn đoán chấn thương tạng đặc bằng chụp CLVT. Bệnh nhân ≤ 16 tuổi. **Kết quả nghiên cứu:** 67 trẻ ≤ 16 tuổi được chẩn đoán chấn thương tạng đặc với độ tuổi trung bình là 6,93±3,80. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là < 6 tuổi (41,8%). Tỷ lệ chấn thương tạng đặc gặp ở nam cao hơn nữ (nam/nữ là 1,9/1). Nhóm nguyên nhân hay gặp là tai nạn giao thông. Triệu chứng lâm sàng đau khu trú vùng bụng chấn thương là triệu chứng phổ biến (44,7%). Dấu hiệu vết xây sát da, sưng nề, bầm tím trên thành bụng là dấu hiệu chỉ điểm và gợi ý tạng chấn thương (37,3%). Các xét nghiệm cận lâm sàng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính tăng thường gặp trong chấn thương tạng đặc cùng hồng cầu, hematocrit và huyết sắc tố giảm thường gặp trong các trường hợp chấn thương nặng và là yếu tố định hướng lựa chọn phương pháp điều trị. Tạng hay bị tổn thương nhất là gan (44,8%), đứng thứ 2 là lách (23,8%), đứng thứ 3 là thận (19,4%) và cuối cùng là tụy (12%). Tổn thương tạng thường đơn độc chiếm tỷ lệ cao (86,6%). Hình ảnh tổn thương gan lách thận trên CLVT chủ yếu là đụng dập nhu mô với tỷ lệ 84,7%. Hình ảnh tổn thương tụy trên CLVT là đường vỡ có tỷ lệ cao 87,5%. Chấn thương độ III trong chấn thương tạng đặc ở trẻ em là loại chấn thương phổ biến nhất với tỷ lệ 47,8%. Điều trị chấn thương tạng đặc ở trẻ em chủ yếu là điều trị bảo tồn không phẫu thuật với tỷ lệ 91% và điều trị phẫu thuật là 9%. Trong số các ca được chỉ định phẫu thuật thì bệnh nhân phẫu thuật cắt lách là nhiều nhất với 3

bệnh nhân chiếm 50% các ca phẫu thuật chấn thương tạng đặc và chiếm 18,75% tổng số ca chấn thương lách. **Kết luận:** Chấn thương tạng đặc ở trẻ em là loại chấn thương hay gặp, nhóm nguyên nhân chủ yếu gây chấn thương là do tai nạn giao thông. Chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang là một phương pháp hình ảnh quan trọng để phát hiện tổn thương các tạng, phân độ chấn thương và định hướng phương pháp điều trị. **Từ khóa:** chấn thương tạng đặc, trẻ em, cắt lớp vi tính

SUMMARY

THE ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT APPROACH OF SOLID ORGAN INJURIES IN ABDOMINAL TRAUMA IN CHILDREN AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL FROM JANUARY 2021 TO DECEMBER 2023

Purpose: To describe the imaging features of injuries and evaluate the role of computed tomography (CT) in diagnosing and guiding treatment strategies for solid organ injuries in children. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study, including 67 children diagnosed with solid organ injuries using CT. Patients were ≤ 16 years old. **Results:** A total of 67 children ≤ 16 years old were diagnosed with solid organ injuries, with a mean age of 6.93±3.80. The most common age group affected was < 6 years old (41.8%). The incidence of solid organ injuries was higher in males than females (male/female ratio was 1.9/1). The most common cause was traffic accidents. Localized abdominal pain due to trauma was a common symptom (44.7%). Signs of abrasion, edema, and bruising on the abdominal wall were indicative and suggestive of organ injury (37.3%). Clinical laboratory tests showed leukocytosis and neutrophilia are common in solid organ injuries, while reductions in red blood cells, hematocrit, and hemoglobin were common in severe trauma cases and were factors in guiding treatment method selection. The most frequently injured organ was the liver (44.8%), followed by the spleen (23.8%), kidneys (19.4%), and pancreas (12%). Isolated organ injuries were prevalent (86.6%). The typical imaging features of liver, spleen, and kidney injuries on CT were contusions and lacerations with a

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Trẻ Em Hải Phòng

⁴Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phan Ninh

Email: ninh98@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

rate of 84.7%. Pancreatic injuries on CT were predominantly characterized by lacerations, with a high rate of 87.5%. Type III injuries were the most common in children with solid organ injuries, accounting for 47.8%. The treatment of solid organ injuries in children was primarily non-surgical management, accounting for 91%, and surgical treatment was 9%. Among those undergoing surgery, the most common operation was splenectomy, with three patients making up 50% of all surgical cases of solid organ injury and accounting for 18.75% of all spleen injuries. **Conclusion:** Solid organ injuries in children are commonly encountered, with traffic accidents being the primary cause. CT scan with contrast is an important imaging modality for detecting organ injuries, classifying the grade of injuries, and guiding treatment approaches.

Keywords: solid organ injuries, children, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương bụng là loại chấn thương thường gặp ở trẻ em, đứng thứ 3 sau chấn thương sọ não và chấn thương tứ chi, chiếm 10-15% tổng số các ca chấn thương. Chấn thương tạng đặc là một tổn thương hay gặp trong chấn thương bụng kín. Nguyên nhân gây chấn thương tạng đặc ở trẻ em chủ yếu do tai nạn giao thông[2]. Và bệnh nhi thường bị nhiều chấn thương cùng một lúc, nhiều cơ quan bị tổn thương, vì thế các dấu hiệu lâm sàng giúp chẩn đoán chấn thương bụng cũng bị sai lệch và nếu không được chẩn đoán sớm, xử trí kịp thời có thể dẫn đến tử vong cho bệnh nhi. Ngày nay, nhờ vào phương tiện siêu âm giúp sàng lọc nhanh các bệnh nhi bị chấn thương và chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang cho phép đánh giá khách quan, chính xác mức độ tổn thương các tạng đặc để đưa ra định hướng lựa chọn phương pháp điều trị nhanh chóng, kịp thời tránh các biến chứng nặng nề cho trẻ. Do đó, nhằm góp phần vào việc nâng cao năng lực chẩn đoán, lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Vai trò của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và định hướng điều trị Chấn thương tạng đặc trong ổ bụng ở trẻ em tại bệnh viện nhi trung ương từ tháng 01/2021 đến hết tháng 12/2023" với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương trong chấn thương tạng đặc ở trẻ em trên phim CLVT.

2. Đánh giá vai trò của CLVT trong chẩn đoán và định hướng điều trị chấn thương tạng đặc ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em chấn thương tạng đặc được siêu âm và chụp CLVT ổ bụng trong cấp cứu và điều trị tại bệnh viện Nhi

Trung Ương. Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ ≤ 16 tuổi chấn thương bụng kín được chẩn đoán là chấn thương các tạng đặc và xác định tổn thương bằng siêu âm và chụp cắt lớp vi tính, bao gồm cả chấn thương trên các tạng đặc bình thường và bệnh lý.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiền cứu, có so sánh kết quả siêu âm với kết quả CLVT với kết quả phẫu thuật.

2.3. Phương pháp chọn mẫu, thu thập và xử lý số liệu

2.3.1. Phương pháp chọn mẫu: Chọn lấy mẫu toàn bộ các trẻ đến khám trong và ngoài giờ hành chính đạt tiêu chuẩn chọn mẫu và trong thời gian làm nghiên cứu.

2.3.2. Thu thập và xử lý số liệu: Thu thập số liệu từ bệnh án theo bệnh án mẫu, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2021 đến hết tháng 12/2023, có 67 trẻ đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu:

3.1. Dịch tễ lâm sàng

Bảng 1: Phân bố theo độ tuổi

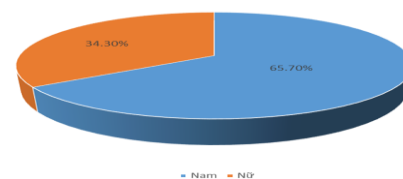
Tuổi (năm)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
< 6 tuổi	28	41,8
6 tuổi $\leq$ 10 tuổi	25	37,3
10 tuổi $\leq$ 16 tuổi	14	20,9
Tổng	67	100

Descriptive Statistics

	N	Mini mum	Maxi mum	Mean	Std. Deviation
Tuổi	67	2	16	6.93	3.807
Valid N (listwise)	67				

Nhận xét: Qua kết quả bảng 1 cho thấy, độ tuổi của nhóm bệnh nhân chẩn đoán chấn thương tạng đặc tập trung chủ yếu ở lứa tuổi < 6 tuổi chiếm 41,8%. Đứng thứ 2 là nhóm tuổi 6-10 tuổi chiếm 37,3% và nhóm tuổi từ 10 đến 16 tuổi chiếm 20,9%. Trong số các bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương tạng đặc chúng tôi tiến hành nghiên cứu, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 2 tuổi và nhiều tuổi nhất là 16 tuổi với độ tuổi trung bình là $6,93 \pm 3,80$.

Phân bố theo giới tính



Biểu đồ 1: Phân bố theo giới tính

Nhận xét: Tỷ lệ chấn thương tạng đặc gặp ở nam cao hơn nữ (nam/nữ là 1,9/1)

Bảng 2: Phân bố theo nhóm nguyên nhân

Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tai nạn giao thông	32	47,7
Tai nạn sinh hoạt	22	32,9
Tai nạn lao động	0	0
Bạo hành gia đình	1	1,5
Tai nạn thể thao	12	17,9
Tổng	67	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, nhóm nguyên nhân hay gặp trong chấn thương tạng đặc ở trẻ em là tai nạn giao thông với tỷ lệ 47,7% và không gặp nhóm nguyên nhân do tai nạn lao động.

3.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chấn thương tạng đặc

Bảng 3: Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng khu trú vùng chấn thương	30	44,7
Đau khắp ổ bụng	15	22,3
Bụng chướng phản ứng thành bụng	5	7,5
Vết xây sát da, sưng nề, bầm tím trên thành bụng	25	37,3
Da xanh, niêm mạc nhợt	3	4,5
Tiểu tiện ra máu	1	1,5
Số lượng hồng cầu giảm < 3.5T/l	3	4,5
Huyết sắc tố giảm < 100g/l	3	4,5
Hematocrit giảm < 20%	3	4,5
Số lượng bạch cầu tăng > 10G/l	19	28,4
Bạch cầu đa nhân trung tính tăng > 75%	19	28,4
Tổng số	67	100

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất trong chấn thương tạng đặc là đau bụng khu trú vùng chấn thương gặp ở 30 bệnh nhân với tỷ lệ 44,7%, tiếp đến đứng thứ 2 là vết xây sát da, sưng nề, bầm tím trên thành bụng với tỷ lệ 37,3%. Với triệu chứng cận lâm sàng thì số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính tăng là chỉ số thường gặp trong chấn thương tạng đặc còn chỉ số hồng cầu giảm < 3.5T/l, huyết sắc tố giảm < 100g/l và hematocrit giảm < 20% ít gặp với tỷ lệ 4,5% thường gặp trong các chấn thương nặng.

3.3. Mô tả đặc điểm siêu âm

Bảng 4: Xác định tổn thương tạng đặc trên siêu âm theo phân tích ROC

	AUC	95% Confidence interval	Specificity	Sensitivity	SE
Gan	0.77	0.756-0.810	91%	67%	0.0200
Lách	0.78	0.768-0.824	92%	71%	0.0221
Thận	0.80	0.778-0.836	93%	74%	0.0292
Tụy	0.74	0.724-0.790	90%	66%	0.0192

Nhận xét: Theo kết quả bảng 4 cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị AUC của siêu âm để phát hiện tổn thương thận là có giá trị cao nhất lần lượt là 74%, 93% và 0.80.

3.4. Mô tả đặc điểm CLVT

Bảng 5: Tạng chấn thương

Tạng chấn thương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Gan	30	44,8
Lách	16	23,8
Thận	13	19,4
Tụy	8	12
Tổng số	67	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu này thì tạng hay chấn thương là gan với tỷ lệ 44,8%, tiếp đến đứng thứ 2 là lách với tỷ lệ 23,8%, đứng thứ 3 là thận với tỷ lệ 19,4% và cuối cùng là tụy với tỷ lệ 12%.

Bảng 6: Phân loại tổn thương

Tổn thương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
1 tạng đặc	58	86,6%
Nhiều tạng đặc	8	11,9%
Tổn thương khác phối hợp (Sọ, ngực, tạng rỗng...)	1	1,5%
Tổng số	67	100

Nhận xét: Chấn thương tạng đặc ở trẻ em tổn thương tạng thường là đơn độc với tỷ lệ cao 86,6% (Bảng 6).

Bảng 7: Hình ảnh tổn thương gan lách thận

Tổn thương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Tụ máu dưới bao	12	20,3
Tụ máu nhu mô	10	16,9
Đường vỡ	48	81,4
Đụng dập nhu mô	50	84,7
Tổn thương mạch máu	2	3,4
Dịch tự do ổ bụng	57	96,6
Tổng số	59	100

Bảng 8: Hình ảnh tổn thương tụy

Tổn thương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Tụ máu nhu mô	2	25
Đụng dập nhu mô	6	75
Đường vỡ	7	87,5
Tổn thương ống tụy	0	0
Dịch tự do ổ bụng	7	87,5
Tổng số	8	100

Nhận xét: Qua kết quả bảng 7 và bảng 8 cho thấy hình ảnh tổn thương các tạng gan lách thận trên CLVT thì hình ảnh đục dập nhu mô là phổ biến nhất với tỉ lệ 84,7% còn tụy thì là hình ảnh đường vỡ với tỉ lệ 87,5%. Còn dịch tự do ổ bụng là tổn thương hay gặp nhất trong chấn thương bụng kín nói chung cũng như trong chấn thương tạng đặc nói riêng và là dấu hiệu chỉ điểm trong chấn thương.

Bảng 9: Phân độ chấn thương tạng đặc

Độ tổn thương	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ %
Độ I	8	11,9
Độ II	20	29,8
Độ III	32	47,8
Độ IV	5	7,5
Độ V	2	3
Tổng số	67	100

Nhận xét: Chấn thương độ III là loại chấn thương hay gặp nhất trong chấn thương tạng đặc ở trẻ em với tỉ lệ 47,8% (Bảng 9).

3.5. Mối liên quan giữa hình ảnh CLVT đến kết quả điều trị

Bảng 10: Các phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ %
Điều trị nội khoa	61	91
Điều trị ngoại khoa	6	9
Tổng	67	100



Trẻ nam 9 tuổi, chấn thương gan độ III

Bảng 11: Đánh giá giá trị của CLVT với chỉ định phẫu thuật trong CTTĐ

Hình ảnh	Chỉ định phẫu thuật		Không phẫu thuật (ĐTBT)		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
Hình ảnh tổn thương gan	1	16,7	29	47,5	30	100
Hình ảnh tổn thương lách	3	50	13	21,3	16	100
Hình ảnh tổn thương thận	2	33,3	11	18	13	100

Hình ảnh tổn thương tụy	0	0	8	13,1	8	100
Tổng	6	100	61	100	67	100

Nhận xét: Qua kết quả bảng 10 và bảng 11 cho thấy điều trị chấn thương tạng đặc ở trẻ em chủ yếu là điều trị bảo tồn với tỉ lệ cao 91%, điều trị phẫu thuật chỉ với 9%. Trong số các ca được chỉ định phẫu thuật thì bệnh nhân phẫu thuật cắt lách là nhiều nhất với 3 bệnh nhân chiếm 50% các ca phẫu thuật chấn thương tạng đặc và chiếm 18,75% tổng số ca chấn thương lách.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, triệu chứng và cận lâm sàng trong chấn thương tạng đặc ở trẻ em. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình của trẻ chấn thương tạng đặc tại Bệnh viện Nhi Trung ương là $6,93 \pm 3,80$ tuổi (tuổi nhỏ nhất 2 tuổi và lớn nhất 16 tuổi). Tỉ lệ chấn thương tạng đặc gặp ở nam cao hơn nữ (nam/nữ là 1,9/1). Nhóm nguyên nhân hay gặp là tai nạn giao thông. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nhiều nghiên cứu khác trên thế giới cụ thể như nghiên cứu của Ayse Basaran, Seda Ozkan với độ tuổi trung bình là $7,1 \pm 4,6$. Sự khác biệt có thể do chủng tộc và địa lý của đối tượng nghiên cứu[2].

Triệu chứng lâm sàng đau khu trú vùng bụng chấn thương là triệu chứng phổ biến (44,7%). Dấu hiệu vết xây sát da, sưng nề, bầm tím trên thành bụng là dấu hiệu chỉ điểm và gợi ý tạng chấn thương (37,3%). Các xét nghiệm cận lâm sàng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính tăng thường gặp trong chấn thương tạng đặc còn hồng cầu, hematocrit và huyết sắc tố giảm thường gặp trong các trường hợp chấn thương nặng cần can thiệp phẫu thuật và là yếu tố định hướng lựa chọn phương pháp điều trị. Các báo cáo trên thế giới cũng chỉ ra xét nghiệm máu chỉ đóng vai trò định hướng lựa chọn phương pháp điều trị cụ thể trong nghiên cứu của Pierre A. Poletti và cộng sự trên 714 bệnh nhân cũng đã nêu số lượng bạch cầu và đa nhân trung tính tăng trong chấn thương bụng kín. HCT, Hb và số lượng hồng cầu giảm thường liên quan đến các chấn thương nặng[8].

4.2. Về hình ảnh siêu âm. Việc phát hiện tổn thương gan, lách, thận, tụy trên siêu âm được đánh giá bằng phân tích ROC. Theo đó, khi đánh giá tổn thương gan bằng siêu âm theo phân tích ROC, giá trị AUC là 0.77, độ đặc hiệu là 91% và độ nhạy là 67%. Tổn thương lách giá trị AUC, độ đặc hiệu, độ nhạy lần lượt là 0.78, 92%, 71%. Thận là 0.80, 93%, 74%. Tụy là 0.74, 90%, 66%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng

tương đồng với nghiên cứu của Ayse Basaran, Seda Ozkan cụ thể tổn thương gan giá trị AUC, độ đặc hiệu, độ nhạy lần lượt là 0.78, 92%, 68%. Lách là 0.79, 93%, 70%. Thận là 0.81, 92%, 75% [2].

4.3. Về hình ảnh CLVT trong chẩn đoán chấn thương tạng đặc ở trẻ em. Trong nghiên cứu của chúng tôi tạng hay bị tổn thương nhất là gan, đứng thứ 2 là lách, đứng thứ 3 là thận và cuối cùng là tụy. Chấn thương độ III trong chấn thương tạng đặc ở trẻ em là loại chấn thương phổ biến nhất với tỉ lệ 47,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Ayse Basaran, Seda Ozkan tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chấn thương độ III là hay gặp còn trong nghiên cứu của Ayse Basaran, Seda Ozkan độ II hay gặp [2]. Sự khác biệt có thể do thời điểm nghiên cứu cũng như cách phân độ dựa theo các tác giả khác nhau, do cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau và tỉ lệ chấn thương từ độ III trở lên cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể là do việc chuyển bệnh nhân bị thương nặng đến bệnh viện chúng tôi nhiều vì chúng tôi là bệnh viện tuyến cao nhất.

Chấn thương tạng đặc ở trẻ em tổn thương tạng thường là đơn độc với tỉ lệ cao 86,6%. Hình ảnh tổn thương các tạng gan lách thận trên CLVT thì hình ảnh đục dập nhu mô là phổ biến nhất với tỉ lệ 84,7% còn tụy thì là hình ảnh đường vỡ với tỉ lệ 87,5% và tổn thương mạch máu ít gặp với tỉ lệ 3,4%. Còn dịch tự do ổ bụng là tổn thương hay gặp nhất trong chấn thương bụng kín nói chung cũng như trong chấn thương tạng đặc nói riêng và là dấu hiệu chỉ điểm trong chấn thương. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Carlos J. Sivit [7].

4.4. Mối liên quan giữa hình ảnh CLVT đến kết quả điều trị. Trong chấn thương tạng đặc thì phương pháp điều trị chủ yếu là điều trị nội khoa bảo tồn tạng chấn thương với tỉ lệ 91% và phương pháp điều trị ngoại khoa chỉ chiếm 9% trong tổng số các ca (Bảng 9). Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới và các nghiên cứu trong nước cũng như theo y văn. Cụ thể trong nghiên cứu của Ayse Basaran và Seda Ozkan 96,5% bệnh nhân tổn thương tạng đặc trong ổ bụng được điều trị bảo tồn và 3,5% được đưa vào phẫu thuật [2]. Theo Trương Nguyễn Uy Linh, Hồ Trần Bản và Lê Hoàng Tùng viết trong bài chấn thương bụng ở trẻ em – Sách ngoại nhi lâm sàng- trang 96- 109 nêu từ lâu điều trị bảo tồn không mổ đã là điều trị tiêu chuẩn trong chấn thương bụng kín [9]. Sự

khác biệt về tỉ lệ có thể do cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau.

Trong tổng số 67 bệnh nhân chẩn đoán chấn thương tạng đặc thì chỉ có 6 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật trong đó phẫu thuật cắt lách là nhiều nhất với 3 bệnh nhân chiếm 50% các ca phẫu thuật trong chấn thương tạng đặc và chiếm 18,75% tổng số ca chấn thương lách và không có ca chấn thương tụy nào được phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Wisner và cộng sự, tỉ lệ cắt lách được báo cáo là 7,4% và các nghiên cứu khác tỉ lệ này dao động từ 3-5% [2,5,6]. Tỉ lệ cắt lách trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các kết quả nghiên cứu khác có thể do việc chuyển bệnh nhân bị thương nặng đến bệnh viện chúng tôi nhiều vì chúng tôi là bệnh viện tuyến cao nhất.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương tạng đặc ở trẻ em là loại chấn thương hay gặp, nhóm nguyên nhân chủ yếu gây chấn thương là do tai nạn giao thông. Việc xác định cơ quan nào bị tổn thương và mức độ tổn thương ra sao trong chấn thương tạng đặc là rất cần thiết đặc biệt ở trẻ chưa biết nói hoặc trẻ nhỏ chưa biết diễn đạt hoặc trẻ có giảm ý thức. Do đó, siêu âm nhằm sàng lọc các bệnh nhi bị chấn thương còn chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang là một phương pháp hình ảnh quan trọng để phát hiện tổn thương các tạng, dựa vào phân độ chấn thương và các chỉ số xét nghiệm máu để định hướng phương pháp điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organ injury scaling** 2018 update: Spleen, liver, and kidney - Rosemary A. Kozar và cộng sự
2. **Evaluation of intra-abdominal solid organ injuries in children** - Ayse Basaran, Seda Ozkan
3. **Multislice computed tomography in blunt abdominal trauma** - Walter Mauritz and Patrick Weninger
4. **Blunt splenic injury: Use of a Multidetector CT-based Splenic Injury Grading System and Clinical Parameters for Triage of Patients at Admission** - Nitima Saksobhavit và cộng sự
5. **Blunt Abdominal Trauma: Emergency Contrast-Enhanced Sonography for Detection of Solid Organ Injuries** - Massimo Valentino và cộng sự
6. **Pediatric Blunt Abdominal Trauma** - Stephen Wegner và cộng sự
7. **Imaging Children with Abdominal Trauma** - Carlos J. Sivit
8. **Blunt Abdominal Trauma Patients: Can Organ Injury Be Excluded without Performing Computed Tomography?** - Pierre A. Poletti và cộng sự
9. **Chấn thương bụng ở trẻ em** – Sách ngoại nhi lâm sàng- trang 96- 109- Trương Nguyễn Uy Linh, Hồ Trần Bản và Lê Hoàng Tùng.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ GIAI ĐOẠN SAU PHẪU THUẬT Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA ĐIỀU TRỊ I-131 TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU CẦN THƠ

Bùi Tiến Công^{1,2}, Nguyễn Tấn Lực³, Mai Trọng Khoa^{1,2},
Phạm Văn Thái^{1,2}, Nguyễn Giang Sơn⁴, Nguyễn Thị Ngọc²,
Đông Thị Hằng², Cao Văn Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn sau phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại bệnh viện Ung bướu Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 257 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa điều trị I-131 tại bệnh viện Ung bướu Cần Thơ từ tháng 7/2016 đến tháng 6/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ mắc bệnh cao gấp 11 lần nam giới, tuổi trung bình là $44,5 \pm 11,8$. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là sờ thấy khối u vùng cổ. Kết quả mô bệnh học chiếm cao nhất là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú. Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nhất là giai đoạn I. Trung vị nồng độ Tg sau phẫu thuật là 6,6 ng/ml. Có 1,6% bệnh nhân thay đổi giai đoạn sau điều trị I-131. **Từ khóa:** đặc điểm ung thư tuyến giáp, điều trị I-131

SUMMARY

EVALUATION OF THE CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND DISEASE STAGE AFTER SURGERY OF DIFFERENTIATED THYROID CANCER TREATMENT WITH I-131 AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate of clinical, subclinical characteristics and disease stage after surgery of differentiated thyroid cancer treatment with I-131 at Can Tho Oncology Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective study of 257 differentiated thyroid cancer patients treatment with I-131 from July 2016 to August 2022 at Can Tho Oncology Hospital. **Results:** The female/male ratio was 11/1, the mean age was 44.5 ± 11.8 . The most clinical symptom is a palpable neck tumor. The pathological results show that papillary thyroid carcinoma is the highest rate. Disease stage after surgery has the highest ratio is stage I. Median Tg concentration after surgery is 6.6 ng/ml. The study show that 1.6% patients has changed stage after treatment with I-131.

Keywords: evolution of differentiated thyroid cancer, I-131 treatment

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ

⁴Bệnh viện Nội Tiết Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tiến Công

Email: drcongibui@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 26.6.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, tỉ lệ mắc ung thư tuyến giáp (UTT) trên toàn thế giới đứng thứ 10 với gần 600.000 ca mắc mới và đứng thứ 9 tại Việt Nam với khoảng 5.500 ca mắc mới và có xu hướng tăng lên. Triệu chứng của ung thư tuyến giáp thường nghèo nàn, người bệnh thường đến viện với các triệu chứng như nhìn thấy hoặc sờ thấy khối u vùng cổ, phát hiện tình cờ khối u qua siêu âm tuyến giáp, sờ thấy hạch cổ, triệu chứng di căn xa, ... Phẫu thuật có vai trò chủ đạo trong điều trị UTT và giai đoạn sau phẫu thuật là một trong những yếu tố quan trọng để xét liệu điều trị I-131 cho bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa (DTC). Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn sau phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại bệnh viện Ung bướu Cần Thơ từ tháng 7/2016 đến tháng 6/2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 257 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp toàn bộ và điều trị I-131 tại khoa Y học hạt nhân, Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ từ tháng 7/2016 đến tháng 6/2022. Bệnh nhân sau phẫu thuật được đánh giá giai đoạn theo AJCC phiên bản 8.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa bằng mô bệnh học sau phẫu thuật.
- Được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ và điều trị I-131 sau phẫu thuật.

- Có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ.

- Có bệnh ung thư khác kèm theo.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu và không tuân thủ quá trình điều trị.

2.4. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

2.5. Xử lý số liệu:

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0
- Sử dụng các thuật toán thống kê y học.