

NHÂN 01 TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U TUY NỘI TIẾT TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đào Quang Minh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: u tụy nội tiết là bệnh lý hiếm gặp, phẫu thuật nội soi lấy u tụy giúp bệnh nhân hồi phục nhanh sau mổ mà vẫn đảm bảo các tiêu chuẩn phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp được phẫu thuật nội soi.

Kết quả và bàn luận: trường hợp bệnh nhân nữ 28 tuổi, được chẩn đoán u insulin vùng cổ tụy. Định lượng insulin trước mổ 632 μ U/ml, sau mổ 18.7 μ U/ml. Sau điều trị nội trú 5 ngày bệnh nhân ổn định xuất viện.

Kết luận: có thể lấy u insulin tụy bằng phẫu thuật nội soi, giúp hồi phục sớm.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, insulin, tụy...

SUMMARY

LAPAROSCOPIC TO TREAT INSULINOMA, CASE STUDY

Background: Endocrine pancreatic tumor is a rare pathology, laparoscopic to remove pancreatic tumors helps patients recover quickly after surgery while ensuring surgery standards.

Research method: rare case reports of laparoscopic.

Results and discussion: In the case of a 28-year-old female patient, she was diagnosed with insulinoma. Prescribed insulin before surgery 632 μ U/ml, after surgery 18.7 μ U/ml. After inpatient 5 days, the patient is discharged from the hospital.

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 03/12/2019

Ngày duyệt bài: 03/01/2020

Conclusion: Insulinoma can be removed with laparoscopic surgery, helping to recover early.

Keywords: laparoscopic surgery, insulin, pancreas ...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụy về chức năng chia thành tụy nội tiết và tụy ngoại tiết. Tụy nội tiết do đảo Langerhans tiết ra các hormone: tế bào beta tiết insulin (60%), tế bào alpha tiết glucagon (25%), tế bào delta tiết somatostatin (10%). [1].

U tuyến tụy nội tiết là bệnh lý hiếm gặp, được chia thành 2 nhóm u chức năng và không chức năng. Nhóm u chức năng bao gồm Insulinoma, Glucagonoma và somatostatinoma. Insulinoma xảy ra ở mọi lứa tuổi, phần lớn xuất hiện ở giới nữ, chỉ chiếm 1-2% u tụy, 90% trong số đó có kích thước dưới 2 cm. Điều trị insulinoma chủ yếu bằng phẫu thuật và hiện nay với phẫu thuật nội soi giúp hậu phẫu nhẹ nhàng và hồi phục nhanh. Bài viết nhằm mục tiêu thông báo ca lâm sàng hiếm gặp.

II. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

BN Nguyễn Thị Hạnh Th, nữ 28 tuổi, đi khám vì mệt mỏi và tăng 5kg trong 2 tháng. Khoảng 1 năm nay bệnh nhân bị mệt mỏi và mồ hôi run tay xa bữa ăn, đặc biệt buổi đêm phải hẹn giờ dậy ăn. Kết quả khám lâm sàng hội chứng Whipple (+) BMI 28.3, Glucose lúc đói 2.1 mmol/l, Insulin = 596 μ U/ml và C-peptid > 1,2 ng/ml. MSCT ổ bụng và MRI gan mật cho thấy một khối u kích thước 13x18mm mật trước bờ dưới vùng cổ tụy.

BN được chỉ định phẫu thuật nội soi bóc u, xuất viện 5 ngày sau mổ. Xét nghiệm Insulin 1 ngày sau mổ là 178.3 $\mu\text{U/ml}$ và 2 ngày sau là 16.38 $\mu\text{U/ml}$, đường huyết trong giới hạn bình thường.

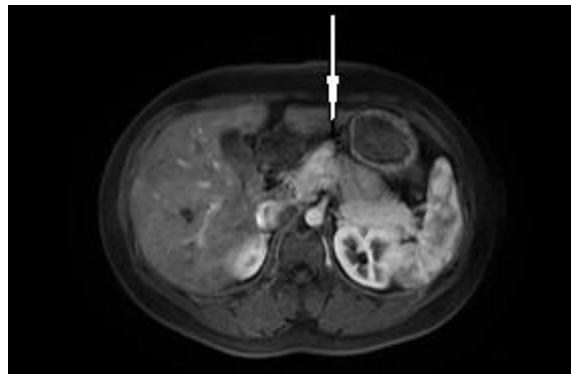
Kết quả giải phẫu bệnh lý cho thấy tổ chức u có hình thái hợp thành đám, bẻ, đôi

khi có hình thái giả ống tuyến với tế bào sắp xếp giống như ru băng, có mô sợi bao quanh mô u.

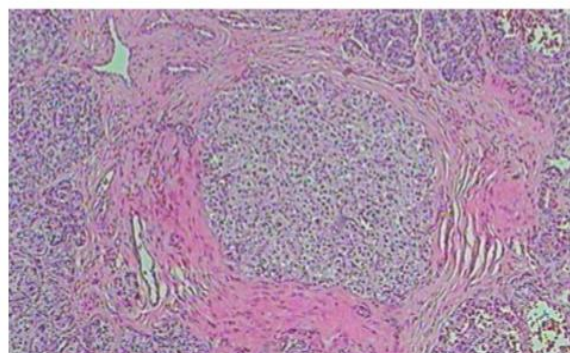
Bệnh nhân nằm nội trú 5 ngày và xuất viện khỏe mạnh, không còn tam chứng Whipple, lượng đường, insulin trong máu trong giới hạn bình thường.



Hình 6: BN Nguyễn Thị Hạnh Th, u vùng cổ tụy - BA2881



Hình 7: u vùng cổ tụy - BA2881



Hình 8: mô u xếp thành đám ngăn cách bởi mô sợi liên kết

III. BÀN LUẬN

Thực tế lâm sàng hay gặp bệnh lý u Insulin hơn nhóm u glucagon, somatostatin. Tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam. Người bệnh đi khám do các triệu chứng trực tiếp của bệnh hoặc biến chứng của bệnh như triệu chứng về thần kinh. Người bệnh hay bị ngất nặng hơn có thể có cơn co giật do não bộ bị tổn thương vì tụt đường huyết kéo dài, hay xảy

ra ở người trẻ, có trí tuệ chậm phát triển đó là lý do trẻ hay đi khám chuyên khoa thần kinh.

3.1. Về lâm sàng

+ Lâm sàng u insulin thường điển hình với tam chứng Whipple:

- + triệu chứng hạ đường huyết khi đói
- + lượng đường huyết thấp
- + triệu chứng giảm khi cho đường

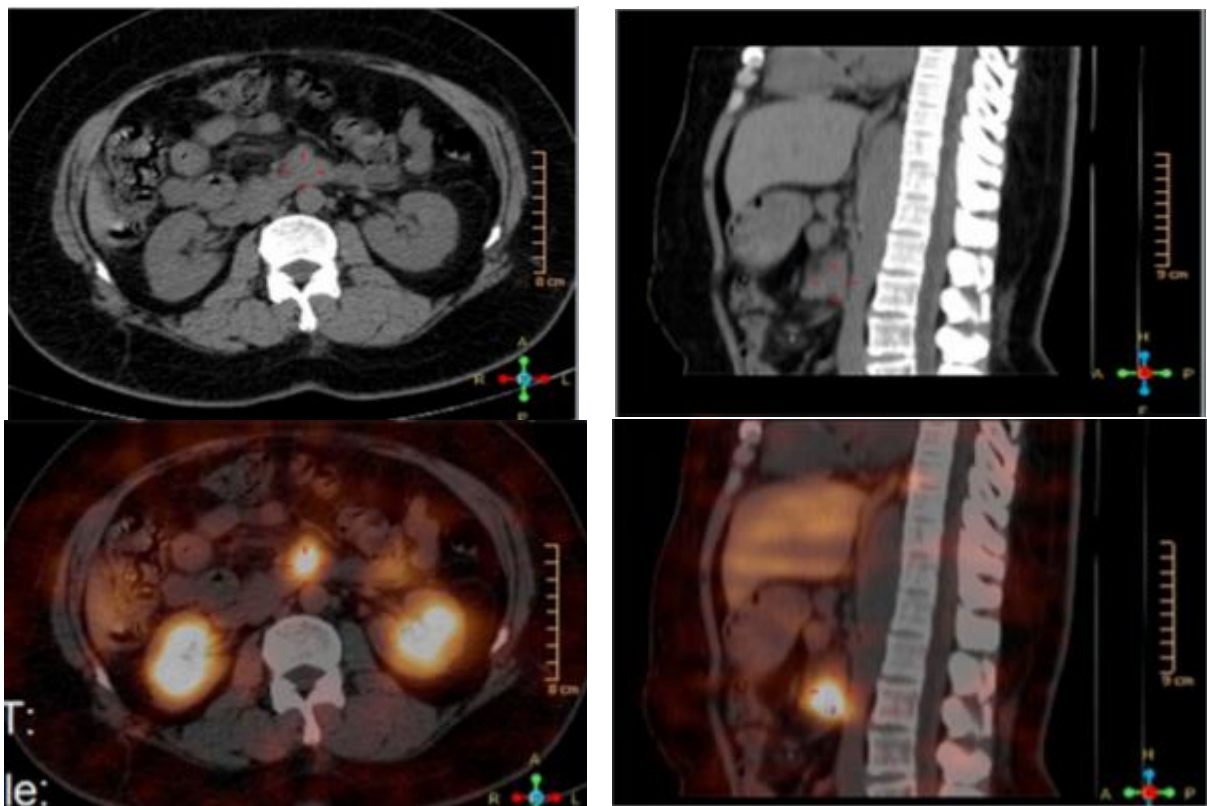
Đôi khi triệu chứng diễn ra chậm và có trường hợp có biểu hiện như bệnh thần kinh khiến cho việc chẩn đoán khó khăn. Tuy nhiên đứng trước một trường hợp thiu hoặc ngất xa bữa ăn thì cần thiết phải nghĩ tới u tụy tiết insulin.

3.2. Về cận lâm sàng

+ **Về xét nghiệm:** định lượng glucose thấp xa bữa ăn dao động $< 3.6\text{mmol/l}$, insulin tăng cao trên $23\text{ }\mu\text{U/ml}$ và C-peptid $> 1,2\text{ }\mu\text{g/m}$ là những xét nghiệm quan trọng.

Thực tế khi có xét nghiệm đường máu thấp kết hợp với tăng C-peptid thì tỷ lệ có tới 95% là insulinoma. [2]

+ **Về chẩn đoán hình ảnh:** trước đây việc xác nhận của chẩn đoán hình ảnh phụ thuộc vào siêu âm nội soi (EUS) rất nhiều do các phương pháp khác độ nhạy không cao thì hiện nay việc xác định vị trí u chính xác nhờ các phương tiện hình ảnh học tiến bộ như CT scanner, MRI. Độ nhạy của CT khoảng 56-70% và 63-86% với MRI. [2]



Hình 1: hình ảnh CT, PET insulinoma vùng thân tụy

+ **Về giải phẫu bệnh:** 90% số các trường hợp u lành tính, nhưng đã có báo cáo ca bệnh cho thấy insulinoma di căn gan được cắt bỏ. [2]

+ Về chỉ định điều trị

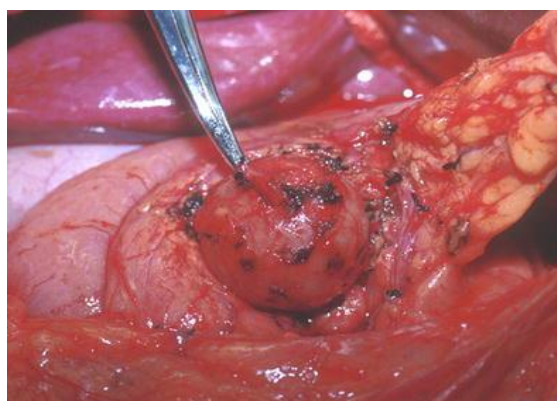
Điều trị nội khoa: mục tiêu là duy trì đường huyết trong máu ở mức bình thường

bằng chế độ ăn nhiều bữa, dùng thuốc tăng đường huyết, thuốc đối kháng insulin... trong thời gian chờ phẫu thuật. Điều trị ngoại khoa: vấn đề quan trọng là chẩn đoán xác định vị trí của u thuộc tụy hay ngoài tụy, vì có những trường hợp lâm sàng và xét nghiệm rõ ràng nhưng các phương

tiện chẩn đoán hình ảnh không xác nhận được vị trí của khối u và phải mổ thăm dò. May mắn số này chỉ chiếm dưới 5% theo nghiên cứu của tác giả Falconi M và thường liên quan tới bệnh lý u thần kinh nội tiết – NET. [3]

Đặc điểm của phẫu thuật tụy là biến chứng dò tụy cao do đó các can thiệp với nhu mô tụy thường kèm theo phẫu thuật nối tụy ruột, nhiều phẫu thuật viện có tâm lý ngại khi phải can thiệp tụy. Và khi can thiệp

thường chọn phương pháp phẫu thuật mở để hạn chế nguy cơ. Nhưng các nghiên cứu chỉ ra rằng nếu can thiệp vào nhu mô tụy mà không làm tổn thương hay ảnh hưởng tới ống tụy thì hiếm khi có rò tụy. Và đó là cơ sở của các phẫu thuật nội soi bóc u tụy nội tiết. Nếu phẫu tích vào ống tụy thì phải thực hiện nối tụy ruột để tránh dò tụy sau mổ, do đó điều quan trọng khi phẫu tích bóc khối u insulin là đánh giá liên quan khối u và ống tụy. [4]



Hình 2: hình ảnh phẫu thuật mở insulinoma vùng thân tụy

Với u thuộc tụy [5]

- + Vùng đầu tụy có 2 phương án là phẫu thuật Whipple và bóc khối u
- + Vùng thân tụy có thể thực hiện bóc khối u hoặc cắt thân đuôi tụy
- + Vùng đuôi tụy thường lựa chọn phẫu thuật cắt đuôi tụy bảo tồn lách.

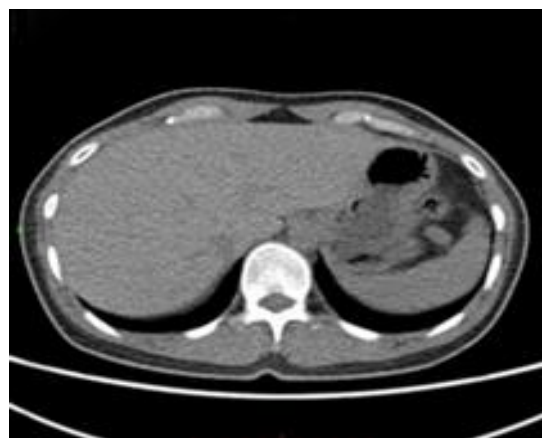
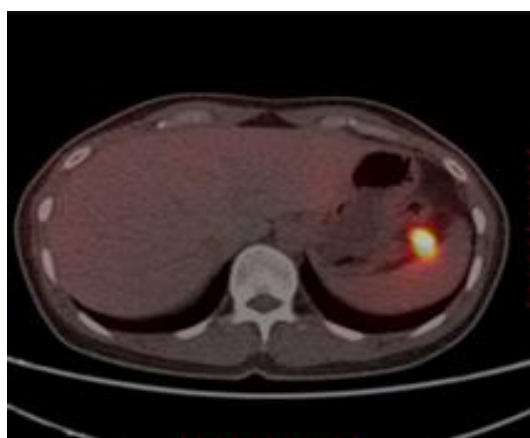


Hình 3: hình ảnh insulinoma vùng đuôi tụy

Với u ngoài tụy: thực tế lâm sàng gặp gặp nhiều trường hợp tụy lạc chỗ, do đó cũng có trường hợp insulinoma ngoài tụy và việc chẩn đoán trở lên khó khăn. Nhiều trường hợp được báo cáo phải dung đến PET-CT để chẩn đoán khối u. [4]



Hình 4: hình ảnh CT insulinoma vùng rốn lách



Hình 5: hình ảnh PET insulinoma vùng rốn lách

Các bước trong phẫu thuật

Bước 1: đặt trocar, đánh giá ổ bụng

- + Chúng tôi sử dụng 5 trocar: 2 x 10mm và 3 x 5mm
- + Vào hậu cung mạc nối qua khoảng vô mạch của mạc nối lớn, bộc lộ toàn bộ tụy
- + Đánh giá xác định vị trí khối u: trường hợp này u nằm mặt trước bờ dưới tụy ngay cạnh khuyết tụy.

Bước 2: Phẫu tích cắt u

- + Người phụ vén dạ dày lên trên và mở rộng sang trái
- + PTV sẽ dùng dao siêu âm hoặc dao ligasure mở phúc mạc trước u và phẫu tích giải phóng u, việc cầm máu khối u không gặp khó khăn do u nằm trên bề mặt.
- + Trường hợp u không nằm ở mặt trước mà ở mặt sau hoặc trong nhu mô tụy thì việc

giải phóng khối sẽ khó khăn hơn. Tùy theo vị trí, kinh nghiệm mà phẫu thuật viên sẽ đưa ra hướng xử trí khác nhau. U nằm ở mặt sau tụy thì cần di động tụy ra khỏi thành sau và bóc u. Trường hợp u vùng đuôi tụy có thể tiến hành cắt đuôi tụy bảo tồn lách. Khi u nằm ở trong nhu mô vùng thân và vùng đầu tụy việc phẫu tích bóc u cần phải tính đến liên quan ống tụy, dựa trên MSCT và MRI xác định khoảng cách u tới ống tụy để thực hiện phẫu tích tránh tổn thương ống tụy, trường hợp xác định tổn thương tụy thì phải nối tụy ruột hoặc cắt thân đuôi tụy. Với trường hợp u nằm sâu vùng đầu tụy nhiều tác giả lựa chọn phương án cắt khối tá tụy, quan điểm này cho đến nay vẫn còn nhiều tranh cãi vì cắt khối tá tụy là phẫu thuật lớn, hơn nữa u insulin đa số là lành tính. [5]

Bước 3: lấy u, đóng trocar

+ Sau khi bóc u nếu việc phẫu tích mô tụy nhiều thì đặt dẫn lưu nhỏ vào hậu cung mạc nối và lấy bệnh phẩm.

V. KẾT LUẬN

Qua phân tích trường hợp u insulin vùng thân tụy chúng tôi nhận thấy

+ Lâm sàng insulinoma điển hình là tam chứng Whipple

+ MSCT và MRI có độ nhạy cao với insulinoma

+ U có thể được cắt bỏ bằng phẫu thuật nội soi an toàn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yu J, Ping F, Zhang H, et al.** Clinical management of malignant insulinoma: a single institution's experience over three decades. **BMC Endocr Disord.** 2018;18:92
2. **Hua Li, Tony El Jabbour, Ankesh Nigam¹, Hwajeong Lee** Metastatic Insulinoma Presenting as a Liver Cyst. **Journal of Pathology and Translational Medicine** 2019; 53: 148-151
3. **Falconi M, eriksson B, Kaltsas g, et al.** enetS consensus guidelines update for the management of patients with functional pancreatic neuroendocrine tumors and non-functional pancreatic neuroendocrine tumors. **Neuroendocrinology** 2016;103:153–71
4. **La Rosa S, Pariani D, Calandra C, et al.** Ectopic duodenal insulinoma: a very rare and challenging tumor type. Description of a case and review of the literature. **Endocr Pathol.** 2013;24:213–9.
5. **Alexandraki K, Angelousi A, Boutzios G, Kyriakopoulos G, Rontogianni D, Kaltsas G.** Management of neuroendocrine tumors of unknown primary. **Rev Endocr Metab Disord** 2017; 18: 423-31.

TIẾP CẬN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT KHỐI TÁ TỤY TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN – HÀ NỘI, CA LÂM SÀNG

Đào Quang Minh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: phẫu thuật Whipple hay phẫu thuật cắt khối tá tụy là một phẫu thuật lớn, tác động đến nhiều tạng và phục hồi lưu thông đường mật, tụy và đường tiêu hóa. Hiện nay có thể thực hiện bằng phẫu thuật nội soi.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả ca lâm sàng.

Kết quả: trường hợp nữ 69 tuổi vào viện do vàng da và đi ngoài phân trắng, có tiền sử HBV (+), BMI 27.3, Hội chứng vàng da (+), gan to dưới sườn 4cm, Bilirubin 294.5 $\mu\text{mol/l}$, CT và MRI giãn đường mật trong ngoài gan, có hình cắt cụt đường mật, nội soi bóng valter lồi vào D2. Thời gian mổ 518 phút, lượng máu mất 150ml, ICU 5 ngày, xuất viện sau 12 ngày.

Từ khóa: Phẫu thuật Whipple, Cắt khối tá tụy, DPC

SUMMARY

LAPAROSCOPIC FOR WHIPPLE IN THANH NHAN HOSPITAL FIRST CASE

Background: Whipple or DPC Operation is a major surgery that affects many organs and restores the circulation of the bile, pancreas and digestive tract. This can now be done by laparoscopic surgery.

Subjects and methods: Description of clinical case.

Results and discussion: In case of 69-year-old female hospitalized due to jaundice and white

stools, history of HBV (+), BMI 27.3, jaundice syndrome (+), hepatomegaly 4cm, Bilirubin 294.5 $\mu\text{mol/l}$, CT and MRI dilate bile ducts in the outside of liver, bile duct amputation, endoscopic balloon valter convex D2. Operating time 518 minutes, blood loss 150ml, ICU 5 days, discharged after 12 days.

Key words: Whipple surgery, Pancreatic Hysterectomy, DPC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt khối tá tràng, đầu tụy là phẫu thuật lớn bao gồm cắt cả khối gồm tá tràng, đầu tụy, đường mật chính, túi mật, một phần dạ dày và đoạn đầu hồng tràng được Whipple thực hiện thành công lần đầu tiên trên người vào năm 1935. [1,2] Trước đây cắt khối tá tụy được thực hiện bằng phẫu thuật mở kinh điển, nhưng ngày nay phẫu thuật nội soi đã phát triển vượt bậc, hệ thống phòng mổ nội soi 4K, 3D, Robot... các phương tiện dao phẫu tích Ligasure, Harmonic, Thunderbeat... cho phép thực hiện phẫu thuật Whipple bằng nội soi.[1]

Trong bài viết này chúng tôi mô tả sự khác biệt trong cách tiếp cận một trường hợp cắt khối tá tụy được thực hiện tại Bệnh viện Thanh Nhàn – Hà Nội.

II. CA LÂM SÀNG

- BN nữ 69 tuổi, vào viện ngày 27/01/2020 vì đau bụng HS (P), vàng da (+)

- **Lâm sàng:** phẫu thuật ruột thừa, túi mật, u nang buồng trứng, THA, vàng da (+)

- **Cận lâm sàng**

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email:prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/11/2019

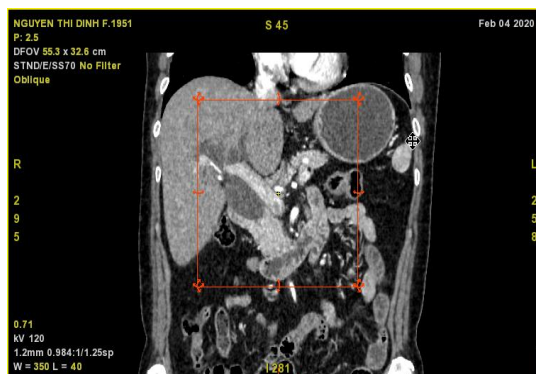
Ngày phản biện khoa học: 03/12/2019

Ngày duyệt bài:03/01/2020

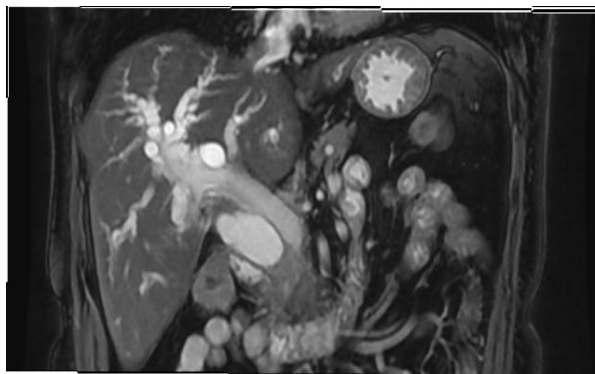
+ **Siêu âm:** OMC đường kính ~16mm không có sỏi, giãn đường mật trong gan.

+ **MSCT-MRI:** đường mật trong và ngoài gan giãn, không có sỏi, OMC đường kính

~25mm, đoạn thấp có hình ảnh cắt cụt, có nốt giảm tỉ trọng ngấm thuốc sau tiêm kích thước ~8x10mm.



Hình 1: MSCT u OMC

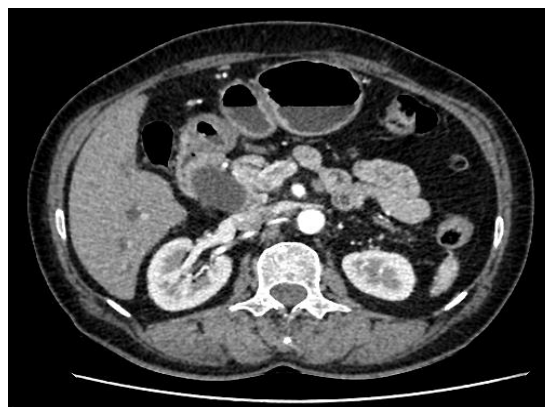


Hình 2: MRI u phần thấp OMC

- Nội soi dạ dày-tá tràng: có khối đầy lồi niêm mạc hành tá tràng trên nền có 1 ổ loét kt 1cm, bờ cứng chắc lồi lên, đáy có giả mạc trắng.



Hình 3: hình ảnh nội soi D2



Hình 4: MSCT u OMC

- Xét nghiệm máu: Bil trực tiếp/toàn phần: 156.7/294.5 umol/l, albumin 28.1 g/l; protein 48.1 g/l.

Chẩn đoán: U phần thấp ống mật chủ/tăng huyết áp. Bệnh nhân được hội chẩn và chỉ định phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy, ca mổ được thực hiện tại phòng mổ Hybrid.

III. BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

Về thương tổn bệnh lý vùng tá tràng đầu

tụy bao gồm u phần thấp OMC, u đầu tụy, u bóng Vater, u tá tràng...là các tổn thương có chỉ định thực hiện phẫu thuật Whipple. Tổn thương u phần thấp OMC chiếm 7-15% các khối u vùng này.

Lâm sàng: đặc điểm chung về là hội chứng vàng da 60-80%, hội chứng tắc nghẽn, hội chứng rối loạn tiêu hóa chiếm 82.5%, hội chứng cận u như thiếu máu, sụt cân chiếm 40-60%.

Cận lâm sàng

- + CA 19 – 9, AFB, CEA: thường tăng cao trong ung thư đường mật, ống tiêu hóa
- + Bilirubin: tăng rất cao, tăng bilirubin trực tiếp lúc đầu sau tăng cả gián tiếp.
- + Siêu âm: hình ảnh giãn lớn đường mật trong và ngoài gan
- + Nội soi: vị trí papil lớn tổn thương u sùi bóng Vater tình trạng xâm lấn của khối u vào thành tá tràng D2 cuối cùng là lấy mẫu sinh thiết chẩn đoán trước phẫu thuật.
- + MSCT: Chụp CLVT chẩn đoán chính xác đoán 90% tổn thương không thể cắt bỏ, nhưng chỉ 80 - 85% với những tổn thương cắt được.
- + MRI: MRI có giá trị chẩn đoán trong bệnh lý ung thư đường mật độ nhạy và độ đặc hiệu của MRI đạt mức 94% và 82%, chính xác trong chẩn đoán mức độ và nguyên nhân gây tắc mật là 96% và 90%.

Chỉ định: trường hợp có thể thực hiện phẫu thuật triệt căn- R0 thì bệnh nhân có tiên lượng tốt hơn nhiều so với phẫu thuật giảm nhẹ. Theo nghiên cứu của tác giả Hồ Văn Linh – TW Huế, tỷ lệ sống sau 12 tháng là 100%, 36 tháng là 55%, có 51.2% trường hợp có chất lượng cuộc sống tốt.[4]

3.2. Kỹ thuật**Bước 1: đặt trocar, đánh giá tình trạng bụng**

Chúng tôi đã đặt 6 trocar: 3 x 10mm, 3 x 5mm, trocar rốn cho camera, mũi ức để vén tạng, 2 bên phải cho phẫu thuật viên chính và 2 bên trái cho phụ phẫu thuật. Khó khăn trong thì này là đánh giá nội soi không có xúc giác của bàn tay phẫu thuật viên, được bù bởi khảo sát của chẩn đoán hình ảnh trước mổ qua EUS, MSCT hoặc MRI.

Bước 2: Thực hiện thủ thuật Kocher

Trong phẫu thuật Whipple việc thực hiện thủ thuật Kocher là rất quan trọng, giúp giúp phẫu thuật viên quyết định việc có thực hiện cắt khối tá tụy hay không. Ưu điểm trong phẫu thuật mở là đôi tay của phẫu thuật viên có thể cầm nắm đánh giá và thực hiện thao tác trong không gian 3 chiều với phẫu thuật nội soi chỉ là 2D đo đó cần chỉ định đúng cho phẫu thuật nội soi, thường với các khối u xâm lấn ít hoặc chưa xâm lấn. Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy phát triển nhiều trong 5 năm trở lại đây, với sự cũng như hệ thống chẩn đoán hình ảnh MSCT, MRI, EUS...đã giúp tiên lượng trước kết quả thủ thuật Kocher. Phẫu thuật viên hoàn toàn có thể đánh giá chính xác mức độ xâm lấn của khối u vùng này để quyết định có thực hiện phẫu thuật Whipple từ trước mổ. Và các bước tiếp cận cũng thay đổi để phù hợp cho nội soi. Chúng tôi thực hiện vào hậu cung mạc nối, thắt bó mạch vị mạc nối phải, hạ đại tràng góc gan, vén toàn bộ khối tá tràng đầu tụy đồng thời vét hạch nhóm số 15, 16. Thực hiện phẫu tích cả khối tá tụy vượt qua TM chủ dưới, cột sống tới DMC bụng. Khó khăn trong bước này là khi u xâm lấn cần vén và phẫu tích cẩn thận bằng dao siêu âm hoặc thunderbeat vì nếu chảy máu sẽ rất khó khăn. Tác giả Trần Công Duy Long dùng dao siêu âm phẫu tích thì này cho thấy ít chảy máu và thời gian khoảng 15-20 phút. Chúng tôi thực hiện mất 38 phút do mới tiếp cận và vét hạch nhóm 16.[6]

Bước 3: Cắt khối tá tụy

- + Cắt túi mật ngược dòng

+ Giải phóng mạc nối nhỏ dạ dày, thắt ĐM vị phải và cắt dạ dày không bảo tồn môn vị bằng stapler

+ Phẫu tích rốn gan bộc lộ OMC, TMC và ĐM gan, đồng thời vét hạch nhóm 5,8,9 và nhóm 11 dọc theo động mạch thân tạng. Bước này khó khăn do rốn gan nhóm hạch 7,9 hình vòng ôm lấy bộ ba OMC, TM, ĐM và rất hay chảy máu. Chúng tôi sử dụng lác treo các thành phần riêng biệt và dùng dao siêu âm để phẫu tích.

+ Phẫu tích vào khuyết tụy ở bờ dưới tụy và bờ trên tụy vén tụy bộc lộ TMMTTT, cắt tụy bằng dao siêu âm, đặt sonde vào ống tụy chính. Vị trí bờ trên và dưới tụy có nhiều mạch tăng sinh và rất hay chảy máu, thực hiện phẫu tích vùng này phải chậm và cầm máu kỹ. Nếu TMMTTT bị dính vào u thì việc phẫu tích qua nội soi phải rất tỷ mỉ tránh rách hoặc tổn thương mạch vì xử trí tổn thương mạch máu qua nội soi rất khó và có nguy cơ tắc mạch khí. So với phẫu thuật mở thì bước này khó khăn và kéo dài hơn.

+ Cắt đoạn hồi tràng bằng stapler, tháo xoắn hồi tràng cần chú ý không làm tổn thương tĩnh mạch mạc treo tràng dưới.

Bước 4: Nối miệng nối tụy ruột, mật ruột

+ Nối tụy ruột: đưa quai hồng tràng qua lỗ mở mạc treo đại tràng thực hiện miệng nối tụy ruột tận - bên kiểu Blumgart. Có nhiều quan điểm trong thực hiện miệng nối tụy, có thể thực hiện miệng nối tụy dạ dày hoặc tụy ruột theo kiểu Blumgart hoặc Barstch. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Định cho thấy miệng nối tụy dạ dày ít nguy cơ biến chứng hơn nhưng nếu rò tụy thì biến

chứng rất nặng và tử vong cao. Chúng tôi thực hiện nối tụy ruột kiểu Blumgart 2 lớp: toàn thể và ống tụy có đặt ống sonde nhỏ vào ống tụy chính, việc khâu nối ống tụy là khó khăn nhất vì miệng nối ống tụy nhỏ, thời gian nối mất 97 phút. Các tác giả thông báo trung bình 50-60 phút cho miệng nối tụy ruột. [1]

+ Nối mật ruột: Nối mật ruột kiểu tận bên, khâu mũi dùi, tùy theo kích thước đường mật sẽ làm volkerh hoặc không. Với miệng nối mật ruột phẫu thuật nội soi có ưu thế hơn phẫu thuật mở vì miệng nối vùng rốn gan trong không gian hẹp thao tác cho miệng nối mũi kích thước 1-1.5cm mũi dùi khoảng 10-12 mũi khâu. Chúng tôi thực hiện miệng nối này mất 55 phút cao hơn tác giả Hồ Văn Linh (35 phút)

Bước 5: nối dạ dày – hồng tràng

+ Thực hiện nối dạ dày hồng tràng bên bên quai Y bằng stapler và khâu chân stapler bằng chỉ V-lock

+ Thực hiện miệng nối ruột - ruột kiểu bên – bên bằng stapler và chỉ V-lock

Bước 6: dẫn lưu và lấy bệnh phẩm

+ Tiến hành mở 5cm qua lỗ rốn lấy bệnh phẩm và dẫn lưu dưới gan.

Phẫu thuật được thực trong thời gian 518 phút, lượng máu mất khoảng 150ml, bệnh nhân nằm ICU 5 ngày được chuyển phòng điều trị và xuất viện sau 12 ngày điều trị, không có biến chứng. Kết quả giải phẫu bệnh lý là ung thư biểu mô. Tác giả Trần Công Duy Long thời gian mổ là 387 phút, Hồ Văn Linh là 395 phút, thời gian của chúng tôi dài hơn do mới tiếp cận phẫu thuật nội soi cho phẫu thuật này.



Hình 5: thủ thuật kocher



Hình 6: cắt dạ dày



Hình 7: Giải phóng TMMTTT



Hình 8: cắt tụy



Hình 9: Nối mật ruột



Hình 10: nối tụy ruột

IV. KẾT LUẬN

Qua trường hợp u phần thấp ống mật chủ được thực hiện phẫu thuật nội soi tại BV Thanh Nhàn, chúng tôi nhận thấy.

- + Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy cho u phần thấp ống mật chủ là khả thi.
- + Thời gian thực hiện 518 phút.
- + Không có biến chứng hậu phẫu.
- + Người bệnh hồi phục tốt sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoàng Định, Nguyễn Minh Hải, Nguyễn Thanh Sơn, Đỗ Quang Huy (2012).** “So sánh nối tụy – dạ dày và nối tụy – hồng tràng trong phẫu thuật cắt bỏ khối tá tụy”. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 6(2) tr: 177 – 183.
2. **Trần Công Duy Long, Nguyễn Hoàng Bắc và cs (2016).** Phẫu thuật cắt khối tá tụy cho bệnh lý đầu tụy và quanh nhú Vater tại Bệnh viện DHYD Hồ Chí Minh, Y học TP. Hồ Chí Minh, 8(3), tr: 113 – 118.
3. **Trịnh Hồng Sơn, Phạm Thế Anh, Nguyễn Hoàng (2009).** “Nên nối tụy dạ dày hay nối tụy ruột trong cắt khối tá tụy”. Y học thực hành, 678, tr: 13 – 15.
4. **Hồ Văn Linh và cs** “Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy tại BV TW Huế” Y học TP. Hồ Chí Minh, 9(2), tr: 127 – 135
5. **Feng Zhu & Min Wang & Xin Wang et al (2013).** “Modified Technique of Pancreaticogastrostomy for Soft Pancreas with Two Continuous Hemstitch Sutures: A Single-Center Prospective Study”. J Gastrointest Surg, 17, tr:1306
6. **Wen – Liang Fang (2007).** “Comparison Between Pancreaticojejunostomy and Pancreaticogastrostomy After Pancreaticoduodenectomy”. J Formos Med Assoc, 106(9), tr: 717 – 727.

PHẪU THUẬT NỘI SOI THẮT TĨNH MẠCH CỬA PHẢI PHÌ ĐẠI GAN TRƯỚC MỔ TRONG ĐIỀU TRỊ U GAN LỚN, NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP

Đào Quang Minh*, Trường Văn Trường*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: thắt hoặc tắc tĩnh mạch cửa phải đại gan trái là phương pháp giúp đủ thể tích gan sau đó thực hiện phẫu thuật cắt gan tránh suy gan sau mổ - ALPPS, có thể tắc tĩnh mạch qua DSA hoặc tiến hành thắt qua phẫu thuật nội soi.

Đối tượng và phương pháp: báo cáo 2 ca lâm sàng được phẫu thuật nội soi thắt tĩnh mạch cửa phải trước mổ

Kết quả và bàn luận: trường hợp 1 bệnh nhân nữ, chẩn đoán HCC u gan hạ phân thùy, Child-pugh A, toàn trạng (PTS) 0 điểm, thể tích gan lành trước mổ là 465.3cm³, sau thắt 09 ngày là 743.2 cm³, có dịch ổ bụng do tăng áp tĩnh mạch cửa. Trường hợp thứ 2 bệnh nhân nam được chẩn đoán HCC, u hạ phân thùy, Child-pugh A, toàn trạng (PTS) 0 điểm, thể tích gan lành còn lại 442 cm³ sau thắt 8 ngày là 646.5 cm³. Cả 2 đều đủ điều kiện cắt gan phải.

Kết luận: phẫu thuật nội soi thắt tĩnh mạch cửa phải tăng thể tích gan trước mổ

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, tĩnh mạch cửa, cắt gan...

SUMMARY

PORTAL VEIN LIGATION BY LAPAROSCOPIC TO TREAT TUMOR LIVER BEFORE ALPPS OPERATION AT THANH NHAN HOSPITAL, TWO CASES REPORT

Background: left or right portal hypertrophy is a method to help increase the volume of liver

then perform liver resection to avoid liver failure after surgery - ALPPS, may be blocked vein through DSA or laparoscopic.

Subjects and methods: 2 clinical reports were reported on laparoscopic right portal vein surgery before surgery

Results and discussion: in case of a female patient, diagnosed with HCC, Child-pugh A, practical test standards (PTS) 0 points, the volume of healthy liver before surgery was 465.3 cm³, after 9 days of ligation was 743.2 cm³, with abdominal fluid due to Portal hypertension. In the second case, a male patient was diagnosed with HCC, hypothyroidism, Child-pugh A, total condition (PTS) 0 points, the remaining healthy liver volume of 442 cm³ after 8 days of ligation was 646.5 cm³. Both are able to right liver resection

Conclusion: Right portal vein ligation increase the volume before performing liver resection.

Keywords: laparoscopic surgery, portal vein, liver resection ...

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2018, ung thư tế bào gan có tỉ lệ mới mắc và tỉ lệ tử vong cao nhất trong các bệnh lý ung thư tại Việt Nam. Cùng với ghép gan, RFA, cắt gan là những phương pháp điều trị triệt căn thường được lựa chọn. Tại Việt Nam, đa số các trường hợp ung thư tế bào gan xuất hiện trên nền bệnh gan mạn tính như xơ gan, viêm gan mạn và u gan có triệu chứng lâm sàng thường kích thước lớn, cho nên thách thức đặt ra là làm sao đảm bảo được diện cắt đủ, đồng thời cũng phải đảm bảo đủ thể tích gan

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 03/12/2019

Ngày duyệt bài: 03/01/2020

bảo tồn chiếm 1% trọng lượng cơ thể hoặc 40% thể tích gan tiêu chuẩn theo cân nặng và chiều cao để tránh suy gan sau mổ. Do đó cần tăng thể tích gan bảo tồn, có nhiều phương pháp tăng thể tích gan như nội khoa, can thiệp mạch gây tắc TMC qua da hay phẫu thuật làm tắc TMC qua TMMTT hay phẫu thuật thắt TMC. Tại BV Thanh Nhân chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi thắt tĩnh mạch cửa phải (bước 1) nhằm chuyển dòng máu sang gan trái giúp tăng thể tích gan trái trước phẫu thuật cắt gan (bước 2), bước đầu ghi nhận những kết quả thuận lợi. [1]

II. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

2.1. Trường hợp 1

BN Phạm Văn Nh. Nam 68 tuổi, đi khám vì mệt mỏi kèm ăn uống kém.

Lâm sàng: tiền sử HBV không phát hiện, không vàng da, bụng không ascite. Chiều cao 162mm, cân nặng 65Kg

Cận lâm sàng

- PLT 154 G/L, PT 113%, Albumin 35.3g/l, Bilirubin TP 17.7 μ mol/l

- Test HBV (+), AFB = 1500.7 ng/ml

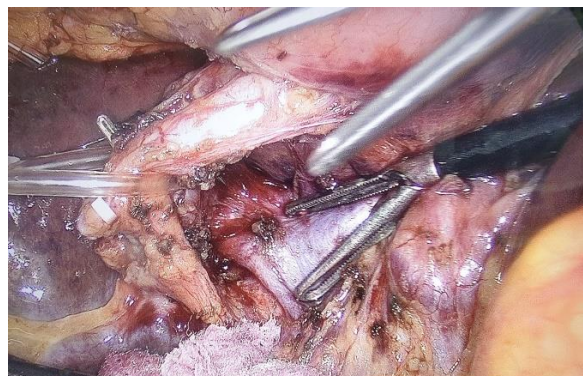
- MSCT: U gan lớn – HCC, chiếm gần toàn bộ gan phải có hoại tử trung tâm, thể tích gan hạ phân thùy 1, 2,3,4 ước đạt 465.3cm³

Chẩn đoán: HCC gan phải – FLV < 40%/ HBV (+)

Chỉ định phẫu thuật ALPPS, bước 1 thắt TMC phải bằng phẫu thuật nội soi BN được phẫu thuật nội soi thắt TMC phải ngày 18/01/2020, thể tích FLV chụp sau 9 ngày ước đạt 743.2 cm³, có ít dịch ổ bụng



Hình 6: phẫu tích rốn gan



Hình 7: bộc lộ TMC



Hình 8: U gan trước thắt TMC



Hình 9: u gan sau thắt TMC phải

2.2. Trường hợp 2

BN Vũ Thị H, 68 tuổi, đi khám vì đau hạ sườn phải sau ăn, gầy 3kg/ 2 tháng

Lâm sàng: tiền sử HBV 3 năm, không vàng da, bụng không ascite. Chiều cao 156mm, cân nặng 63Kg

Cận lâm sàng

- PLT 184 G/L, PT 106%, Albumin 34.2g/l, Bilirubin TP 15.4 μ mol/l

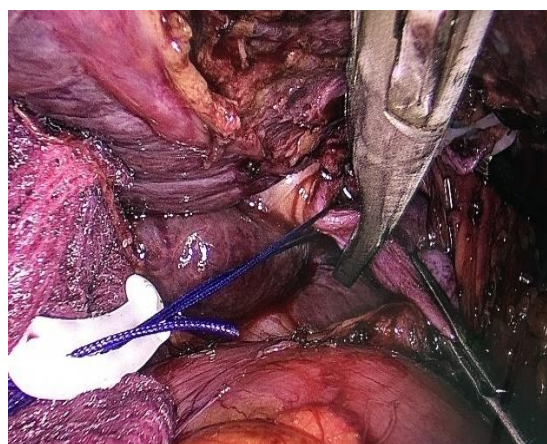
- Test HBV (+), AFB = 2416 ng/ml

- MSCT: U gan lớn – HCC, chiếm gần toàn bộ gan phải có hoại tử trung tâm 119x163x143mm, thể tích gan hạ phân thùy 1, 2, 3, 4 ước đạt 442cm³

Chỉ định phẫu thuật ALPPS, bước 1 thắt TMC phải bằng phẫu thuật nội soi BN được phẫu thuật nội soi thắt TMC phải ngày 28/12/2019, thể tích FLV chụp sau 8 ngày ước đạt 646.5 cm³, có ít dịch ổ bụng



Hình 12: bộc lộ TMC cửa phải



Hình 13: Clip TMC cửa phải



Hình 10. U gan phải



Hình 11: u gan sau thắt TMC phải

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Ung thư tế bào gan nguyên phát – HCC là loại ung thư đứng hàng thứ 3 sau dạ dày

và phổi, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, độ tuổi trung bình từ 50-60 tuổi.

3.1. Về chẩn đoán ung thư tế bào gan

+ Lâm sàng thường nghèo nàn, phát hiện tình cờ hoặc khám định kỳ theo hẹn của chương trình viêm gan B,C. Nếu có vàng da thường giai đoạn không còn chỉ định cắt gan. Bệnh nhân có hội chứng cận u như gầy sút, thiếu máu, đôi khi đi khám vì rối loạn tiêu hóa.

+ Cận lâm sàng: tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán ung thư tế bào gan là giải phẫu bệnh lý, nhưng WHO đã đưa ra hướng dẫn chẩn đoán với các trường hợp u gan mà MSCT hoặc MRI có hình ảnh điển hình bất thuốc nhanh thải thuốc chậm hoặc u gan mà AFP > 400 ng/ml thì chẩn đoán là HCC. Trường hợp có viêm gan B kèm theo thì chỉ cần u gan kèm AFP 200ng/ml thì cho phép chẩn đoán là HCC.

3.2. Về điều trị

Điều trị được chia thành 2 nhóm. Nhóm

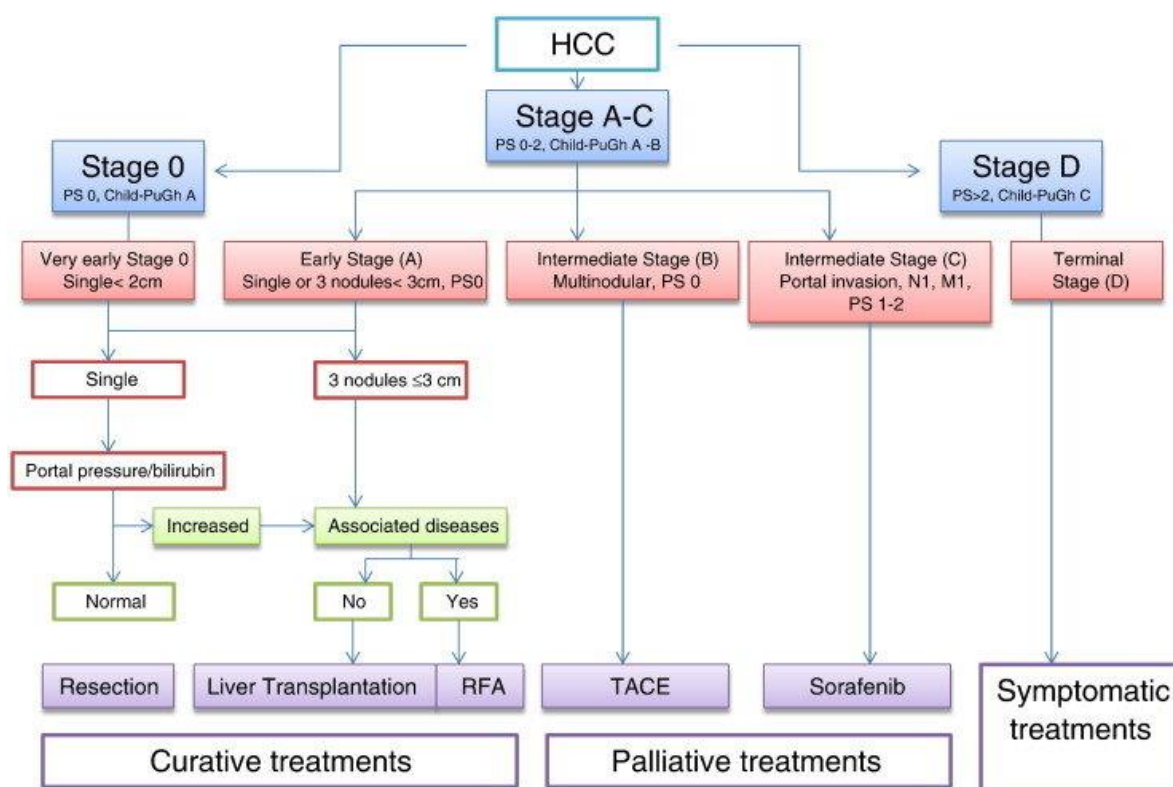
triệt căn bao gồm cắt gan, RFA và ghép gan. Nhóm không triệt căn gồm nút mạch, hóa chất, xạ trị, chăm sóc giảm nhẹ...chỉ có khoảng 10-15% số trường hợp có thể thực hiện cắt gan để điều trị triệt căn do ung thư gan thường tiến triển âm thầm và khi có triệu chứng lâm sàng thường ở giai đoạn muộn. Và việc cắt gan không đảm bảo thể tích gan lành sau mổ tránh suy gan, nhưng với việc thực hiện phẫu thuật cắt gan 2 bước (phẫu thuật ALPPS) đã tăng thêm cơ hội cho những trường hợp u gan.

3.2.1.Nguyên tắc: trong phẫu thuật cắt gan lớn là thể tích gan còn lại (FLV- Future Liver Volume) phải bằng 1% trong lượng cơ thể hoặc bằng 40% thể tích gan tiêu chuẩn (Standard liver volume - SLV) và chức năng gan ở mức Child-Pugh A. [2]

Phần gan	Thể tích (ml)	% tổng thể tích gan
Tổng thể tích gan	1518 ± 353 (911 - 2729)	100
Gan phải (V+VI+VII+VIII)	997 ± 279 (464 - 1881)	65 ± 7 (49 - 82)
Gan trái (II + III + IV)	493 ± 127 (205 – 827)	33 ± 7 (17 - 49)
Phân thùy IV	251 ± 70 (101 - 429)	17 ± 4 (10 - 29)
Thùy trái (II + III)	242 ± 79 (101 – 490)	16 ± 4 (5 - 27)
Hạ phân thùy I	28 ± 9 (8 - 60)	2 ± 0 (1 - 3)

Kết quả đo thể tích gan toàn bộ và từng phần theo nghiên cứu của Abdalla

3.2.2.Chỉ định: phác đồ điều trị ung thư gan nguyên phát theo trung tâm ung thư gan Barcelona được dùng phổ biến ở Việt Nam. Phác đồ đánh giá đồng về u gan, chức năng gan và thể trạng người bệnh, chỉ định cắt gan chỉ hạn chế ở giai đoạn (0), với phẫu thuật ALPPS có thêm chỉ định cho giai đoạn A-C. [3]



Hình 1: điều trị u gan HCC theo BCLC

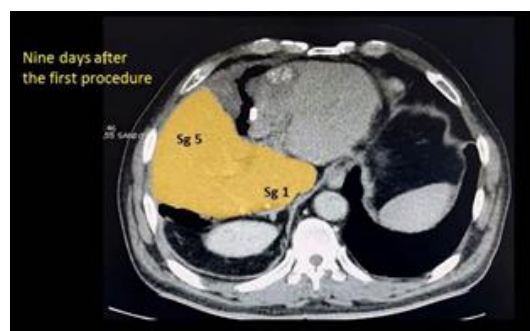
3.3. Phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật ALPPS áp dụng cho các trường hợp phì gan trái, thùy trước và thùy sau khi thể tích không đủ. Với phì đại gan trái, bước 1 phẫu thuật thắt tĩnh mạch cửa phải và tách rời gan phải gan trái. Với phì đại phân thùy trước, thắt tĩnh mạch cửa trái, cắt phân thùy sau hoặc thắt nhánh TMC cho

phân thùy này, nhưng do thể tích gan thùy trước và gan trái đủ nuôi lên thường cắt thùy sau ngay trong bước 1 và tách rời phân gan trái và phân thùy sau với phân thùy trước. Với phì đại phân thùy sau, cần thắt TMC vào gan trái và nhánh TMC vào phân thùy trước. [4,5,6]



Hình 2: hạ phân thùy 1 và 5 trước mổ



Hình 3: hạ phân thùy 1,5 sau mổ



Hình 4: hạ phân thủy 8 trước mổ



Hình 5: hạ phân thủy 8 sau mổ

Sự tái tạo nhu mô gan thường mạnh nhất trong 2 tuần đầu gây tắc mạch. Các nghiên cứu đã cho thấy rằng, sự tăng sinh mạnh nhất trong 7 ngày sau nút tĩnh mạch cửa và 14% tế bào gan tham gia vào nhân đôi. Với gan không xơ, tốc độ tăng thể tích lớn nhất trong 2 tuần đầu sau nút tĩnh mạch cửa 12-21 cm³/ngày, khoảng 11cm³/ngày ở tuần thứ tư, và 6cm³/ ngày ở ngày 32. Đối với gan xơ hoặc ở người đái tháo đường khả năng tái tạo chậm hơn khoảng 9 cm³/ ngày ở tuần thứ 2 [1]. Ngoài ra tốc độ dòng chảy tĩnh mạch cửa ở phần gan còn lại sau nút tĩnh mạch cửa sẽ tăng rõ rệt trong thời gian <11 ngày, sau đó nó trở về mức bình thường, đây cũng là một nguyên nhân làm tăng thể tích gan

Chúng tôi thực hiện 2 trường hợp theo trình tự 5 bước

Bước 1: đặt trocar và đánh giá ổ bụng

+ Trong bước này quan trọng là đánh giá khối u và mức độ xâm lấn thực tế, để hạn chế tầm nhìn 2D của nội soi, thiết bị siêu âm trong phẫu thuật nội soi được sử dụng để đánh giá về khối u và mạch máu.

Bước 2: cắt túi mật

+ Thực hiện cắt túi mật để bộc lộ vùng rốn gan cũng như gỡ dính chuẩn bị phẫu tích rốn gan.

Bước 3: Phẫu tích rốn gan

+ Thực hiện phẫu tích từ phải qua trái, lấy lớp phúc mạc phủ mặt trước, mặt sau OMC rồi đặt lách cho người phụ nâng OMC lên sẽ nhìn thấy TMC màu xanh ở phía sau. Trong bước này cần chú ý biến đổi giải phẫu 2 ĐM gan trái và phải riêng biệt thì ĐM gan phải sẽ đi ngay sau OMC, lúc này ta sẽ thấy mạch đập và cần phẫu tích bên trái bộc lộ ĐM gan trái trước để chuẩn bị phẫu tích TMC.

+ Phẫu tích TMC: thường sử dụng hook hoặc dao Harmonic để phẫu tích dọc theo TMC đi vào vùng rốn gan tới vị trí chia đôi thành 2 nhánh của phải và trái thì dùng Desector nội soi để bóc lộ luân chỉ kéo và kẹp 2 clip hemolock TMC của phải.

+ Trong bước này cần thận trọng trong phẫu tích tránh làm tổn thương mạch máu vì chảy máu sẽ rất khó cầm. Ngoài ra chú việc phẫu tích có nguy cơ bong OMC gây dò mật.

Bước 4: đánh giá lưu thông

+ Sau khi kẹp hemo-locok thì tiến hành kẹp động mạch gan phải để đánh giá vùng gan bị tím do mất tưới máu, thông thường khoảng 2-3 phút sẽ quan sát thấy rất rõ vùng gan tím. Nếu không thấy sự khác biệt giữa vùng gan trái và phải thì chứng tỏ có tuần hoàn phụ cung cấp máu cho gan phải. Trường hợp này cần thực hiện tách dờn gan

trái và phải để cắt tuần hoàn phụ thì dòng máu mới chuyển hoàn toàn sang trái giúp tăng thể tích gan.

Bước 5: Đặt dẫn lưu và đóng lỗ trocar

Với 2 trường hợp thắt tĩnh mạch cửa phải chúng tôi thực hiện trong 55 phút và 43 phút, lượng máu mất không đáng kể, bệnh nhân không nằm ICU sau mổ. Có một trường hợp có dịch ổ chướng ổ bụng 36 mm ở douglas vào ngày thứ 3 do tăng áp lực TMC điều trị sau 7 ngày thì lượng dịch giảm còn 5mm ở douglas.

IV. KẾT LUẬN

Qua 2 trường hợp u gan lớn được thực hiện phẫu thuật nội soi thắt tĩnh mạch cửa phải phì đại gan trước mổ chúng tôi nhận thấy

- 2 trường hợp u gan phải lớn chiếm hết phân thùy trước và sau gan phải
- Mức độ xơ gan Child – Pugh A
- Thể tích gan lành sau mổ dưới 40% thể tích gan tiêu chuẩn
- Phẫu thuật nội soi thắt TMC thuận lợi và diễn biến sau mổ ổn định.
- Mức độ phát triển gan sau thắt đạt 12-21 cm³/ ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Phước Nghĩa, Trần Công Duy Long,

Phạm Hồng Phú (2019). Kết quả phẫu thuật cắt gan phải điều trị ung thư tế bào gan. Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 23, số 1, tr 184-188

2. Kang SH, Kim KH, Shin MH, Yoon YI, et al (2016). Surgical outcomes following laparoscopic major hepatectomy for various liver diseases. Medicine (Baltimore), 95(43): e5182.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, et al (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 68(6): 394-424.
4. Yoo H, Kim JH, Ko GY, Kim KW, et al (2011). Sequential transcatheter arterial chemoembolization and portal vein embolization versus portal vein embolization only before major hepatectomy for patients with hepatocellular carcinoma. Ann Surg Oncol, 18(5), 1251-7.
5. Kauffmann R, Fong Y (2014). Post-hepatectomy liver failure. Hepatobiliary Surg Nutr, 3(5): 238-46.
6. Lê Thanh Dũng, Nguyễn Duy Huê, Trịnh Hồng Sơn (2016). “Đánh giá hiệu quả của phương pháp nút tĩnh mạch cửa gây phì đại gan trước phẫu thuật cắt gan phải”, Y học thực hành, số 10/2016, 83-86.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U TUYẾN THƯỢNG THẬN LÀNH TÍNH KHÔNG TRIỆU CHỨNG

Nguyễn Thành Vinh*, Nguyễn Đức Tiến**, Đào Quang Minh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u tuyến thượng thận lành tính không triệu chứng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu 78 BN u TTT lành tính không triệu chứng được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2018, theo dõi xa đến tháng 5/2019.

Kết quả: 78,2% PTNS truyền thống, 21,8% PTNS một lỗ. 2,6% chuyển mổ mở. Tai biến 17,9%. Thời gian phẫu thuật $80,39 \pm 27,72$ phút (35 - 170 phút). Đau sau mổ $2,14 \pm 0,83$ ngày. Thời gian nằm viện sau mổ $5,17 \pm 1,35$ ngày. Biến chứng sớm 7,9%. Theo dõi xa $24,03 \pm 12,04$ tháng được 70/76 trường hợp, không có biến xa hay tái phát.

Kết luận: PTNS điều trị u TTT lành tính không triệu chứng là phương pháp an toàn, với nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY TO TREAT ADRENAL INCIDENTALOMA

Purpose: results of laparoscopic adrenalectomy to treat adrenal incidentaloma.

Object and Method: Prospective research in 78 patients with adrenal incidentaloma treated

with laparoscopic adrenalectomy at Viet Duc Hospital from 10/2015 to 05/2018.

Results: 78.2% normal laparoscopic adrenalectomy, 21.8% single site laparoscopic adrenalectomy. 2.6% turned open surgery. Accident was 17.9%. Surgical time was 80.39 ± 27.72 minutes (35 - 170 minutes). Postoperative pain 2.14 ± 0.83 days. Duration of hospitalization was 5.17 ± 1.35 days. Complications 7.9%. 70/76 cases were followed 24.03 ± 12.04 months, no complication or recurrence.

Conclusion: Laparoscopic adrenalectomy for adrenal incidentaloma is a safe method, with many advantages over open surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U TTT không triệu chứng là một khối u ở TTT được phát hiện tình cờ bởi chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ) vì những bệnh lý khác, không có triệu chứng lâm sàng liên quan đến bệnh của TTT [1]. Tỷ lệ mắc u TTT không triệu chứng khoảng 1,0 - 8,7% dân số

Năm 1992, Gagner là người đầu tiên thực hiện PTNS cắt bỏ u TTT, mở ra kỷ nguyên phẫu thuật ít xâm lấn điều trị u TTT. Kể từ đó đến nay, phương pháp này được áp dụng rộng rãi ở nhiều trung tâm phẫu thuật lớn trên toàn thế giới, cho kết quả tốt. So với phẫu thuật mở kinh điển, phẫu thuật nội soi cho thấy những lợi thế như: Xâm lấn tối thiểu, thuận lợi khi phẫu tích những vùng sâu ở khoang sau phúc mạc, giảm nguy cơ chảy máu trong phẫu thuật, giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng, rút ngắn thời gian đau, thời gian nằm viện, đảm bảo tính thẩm mỹ cao,...

*Bệnh viện Thanh Nhân

**Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Vinh
Email: dr.ntvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 04/12/2019

Ngày duyệt bài: 07/01/2020

Tại Việt Nam, PTNS điều trị u TTT được Trần Bình Giang thực hiện đầu tiên năm 1998 tại Bệnh viện Việt Đức, đến nay kỹ thuật này đã được triển khai tại nhiều trung tâm lớn trên cả nước. Tuy nhiên đối với các trường hợp u TTT lành tính không triệu chứng, vấn đề chỉ định và kết quả điều trị còn nhiều tranh luận. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Nghiên cứu ứng dụng và kết quả PTNS điều trị u TTT lành tính không triệu chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

BN u TTT lành tính không triệu chứng được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2018, theo dõi xa đến tháng 5/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, có theo dõi dọc, không đối chứng.

2.2.2. Chỉ định: Chúng tôi chỉ định PTNS cắt u tuyến thượng thận theo các Guidelines của AACE/AAES (2009) [2]:

+ U hoạt động chức năng nội tiết *

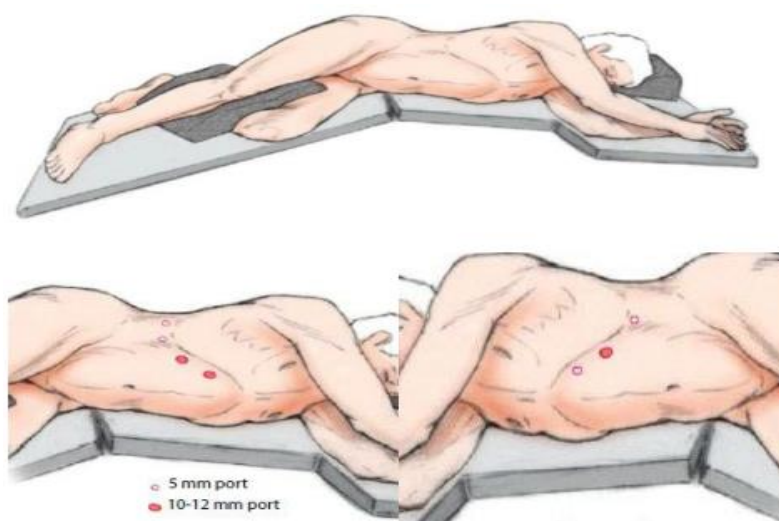
+ $U \geq 4$ cm trên chẩn đoán hình ảnh.

+ U thay đổi kích thước, hình thái trong thời gian theo dõi.

+ $U < 4$ cm (Nghĩ tới Pheochromocytome) dựa vào MRI hoặc CLVT

2.2.3. Quy trình phẫu thuật

- BN được gây mê nội khí quản. Tư thế nằm nghiêng sang bên đối diện với u, thân mình tạo với mặt bàn mổ một góc 60 - 90°.



Hình 1. Tư thế BN và vị trí đặt trocar

Các bước tiến hành phẫu thuật được áp dụng trong cả PTNS một lỗ và PTNS truyền thống (tùy theo bên tổn thương):

- Bước 1: Mở phúc mạc thành bụng sau, bộc lộ TTT phải (hoặc trái) và tĩnh mạch thượng thận chính.

- Bước 2: Phẫu tích, kiểm soát tĩnh mạch thượng thận chính.

- Bước 3: Kẹp động mạch tạng thận giữa và trên

- Bước 4: Kiểm soát động mạch thượng thận dưới, giải phóng mặt sau tuyến

- Bước 5: Kiểm tra lại diện bóc tách, cầm máu và dẫn lưu

- Bước 6: Lấy bỏ bệnh phẩm, xả khí CO₂, đóng các lỗ trocar

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, vị trí u, kích thước u.

- Ứng dụng PTNS điều trị u TTT không triệu chứng: Phương pháp phẫu thuật,

phương pháp và biến đổi huyết động khi kiểm soát tĩnh mạch thượng thận chính, phương pháp xử lý u, tai biến và xử lý tai biến trong mổ, thời gian phẫu thuật.

- Kết quả điều trị: Kết quả sớm (thời gian trung tiện, đau sau mổ, biến chứng sớm, thời gian nằm viện sau mổ); Kết quả xa (Thời gian theo dõi xa, biến chứng xa, tỷ lệ tái phát u)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

Tuổi	45,22 ± 13,39
Giới	Nữ: 64,1% Nam: 35,9%
Vị trí u	Bên trái: 53,8%. Bên phải: 46,2%
Kích thước u	3,63 ± 1,88 cm (0,8 - 9,6 cm)

Ứng dụng PTNS điều trị u TTT lành tính không triệu chứng

Bảng 2. Ứng dụng PTNS điều trị u TTT lành tính không triệu chứng

Phương pháp phẫu thuật	PTNS truyền thống 78,2% PTNS một lỗ 21,8%
Phương pháp xử lý u	Cắt toàn bộ tuyến: 96,1% Cắt chọn lọc u: 3,9%
Tai biến: 17,9%	11 TH chảy máu 1 TH tổn thương cuống thận trái 2 TH tổn thương lách
Thời gian phẫu thuật	80,39 ± 27,72 phút (35 - 170 phút)

Kết quả sớm:

Bảng 3. Kết quả sớm

Thời gian trung tiện	1,95 ± 0,65 ngày (1 - 4 ngày)
Thời gian đau sau mổ	2,14 ± 0,83 ngày (1 - 6 ngày)
Biến chứng sớm	3 TH nhiễm khuẩn vết mổ 2 TH bí tiểu 1 TH suy tuyến thượng thận cấp
Thời gian nằm viện sau mổ	5,17 ± 1,35 ngày (3 - 9 ngày).

Kết quả xa

- 92,1% BN được khám lại. Thời gian theo dõi trung $24,03 \pm 12,04$ tháng.

- 70% bệnh nhân khám lại không có biểu hiện lâm sàng

- Không trường hợp nào ghi nhận biến đổi bất thường trên xét nghiệm Hormon tuyến thượng thận và điện giải đồ. Siêu âm và chụp CLVT không phát hiện u tái phát hay di căn.

IV. BÀN LUẬN

U TTT không triệu chứng thường được phát hiện tình cờ nhân cơ hội thăm khám một bệnh lý khác, đặc biệt bệnh lý hệ tiết niệu, hoặc bởi chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CLVT, CHT) vì những bệnh lý khác, không có triệu chứng lâm sàng liên quan đến bệnh của TTT [1]. Tỷ lệ mắc u TTT không triệu chứng khoảng từ 1,0 đến 8,7% [3]. Ngày nay, với những tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh, làm tăng cơ hội phát hiện u TTT không triệu chứng. Về điều trị, PTNS cắt bỏ TTT là phương pháp được ứng dụng phổ biến trong các trường hợp u TTT lành tính không triệu chứng, rất nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn đã chỉ ra rằng PTNS có ưu điểm lớn như: cho phép tiếp cận, phẫu tích dễ dàng ở những vùng sâu như TTT, tính thẩm mỹ, giảm đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, BN có thể sớm quay trở về hoạt động bình thường, giảm tỷ lệ sa lồi thành bụng sau mổ [1], [3].

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 78 BN được chẩn đoán là u TTT lành tính không triệu chứng và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt u TTT tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2015 đến hết tháng 10/2018. Tuổi trung bình là $45,22 \pm 13,39$, nữ chiếm đa số với 64,1%. U tuyến thượng

thận bên trái chiếm đa số với 53,8%. Kích thước u trung bình là $3,63 \pm 1,88$ cm, nhỏ nhất 0,8 cm, lớn nhất 9,6 cm.

Ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị u TTT lành tính không triệu chứng

Nghiên cứu có 61 BN (78,2%) được áp dụng PTNS truyền thống 17 BN (21,8%) được PTNS một lỗ. Cắt u tuyến thượng thận qua PTNS 1 lỗ dường như là một lựa chọn điều trị hiệu quả cho u nhỏ thượng thận cần phẫu thuật. Tương tự nhận định của các tác giả, chúng tôi chỉ định PTNS một lỗ đối với kích thước u trung bình $2,54 \pm 0,3$ cm, nhỏ nhất là 0,8, lớn nhất là 4,4 cm. Trong khi đó PTNS truyền thống được chỉ định đối với những kích thước u lớn hơn, trung bình $3,92 \pm 0,25$ cm, nhỏ nhất là 1,3 cm, lớn nhất là 9,6 cm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Nghiên cứu có 8 trường hợp (10,3%) phải thêm 1 trocar, 1 trường hợp (1,3%) thêm 2 trocar. Tỷ lệ thêm 1 trocar đối với u TTT bên phải cao hơn bên trái. Chúng tôi nhận thấy do u TTT bên phải thường dính vào diện gan và phẫu tích khó khăn hơn, do vậy cần thêm 1 trocar để vén gan hoặc cầm máu. Bên cạnh đó, các trường hợp u kích thước lớn, dính vào các tổ chức xung quanh nên phải thêm 1 trocar giúp cho thao tác gỡ dính thuận lợi và an toàn hơn.

Ngoài ra chúng tôi có 2 trường hợp phải chuyển mổ mở, chiếm 2,6%. Nhìn chung, tỷ lệ phải chuyển mổ mở trong PTNS cắt u TTT khoảng 2% trường hợp, với phạm vi dao động từ 0% đến 13% [4]. Chúng tôi có cùng nhận định với các tác giả: nguyên nhân dẫn đến phải chuyển mổ mở nhiều nhất bao gồm tổn thương mạch máu hoặc các tạng lân

cận và các khó khăn về kỹ thuật, ngoài ra chẩn đoán Pheochromocytoma kích thước lớn hoặc hoạt động nội tiết cũng là một yếu tố gây tăng tỷ lệ thêm trocar hoặc chuyển mổ mở [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 67,9% trường hợp xử lý TMTTC bằng Ligasure, 10,3% kẹp clip đơn thuần và 19,2% phối hợp kẹp clip và ligasure; 2,6% khâu buộc TMTTC cũng là 2 trường hợp chuyển mổ mở. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu thấy kích thước u càng lớn thì tỷ lệ cầm máu TMTTC bằng clip hoặc phối hợp với ligasure cầm máu càng cao ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu thấy đa số BN không có biến đổi huyết động trong mổ, chiếm 93,6%. Có 5 trường hợp (6,4%) biến đổi huyết động khi kẹp cắt TMTTC bao gồm 4 BN (5,1%) tăng huyết áp ác tính (dao động từ 200 - 210/ 100 mmHg) và 1 BN (1,3%) mạch nhanh dao động > 110 lần/ phút. Chủ yếu thuộc nhóm u tuyến vỏ thượng thận (3 BN) và Pheochromocytoma (2 BN). Nghiên cứu của Đỗ Trường Thành không trường hợp nào biến đổi huyết động trong mổ [5]. Tác giả cũng cho rằng việc chủ động kẹp TMTTC sớm làm giảm rối loạn huyết động trong và sau mổ [5]. Nghiên cứu của Lê Đình Khánh: tất cả BN đều được kẹp Hemolock tĩnh mạch thượng thận chính, không có trường hợp nào có cơn tăng huyết áp kịch phát trong mổ [6]. Qua đây chúng tôi có cùng nhận định với các tác giả: có thể phòng các cơn tăng huyết áp ác tính trong mổ nếu chuẩn bị tốt về mặt gây mê và kiểm soát khả năng hoạt động nội tiết của u trước mổ, cùng với đó là thao tác phẫu tích bóc tách khối u khéo léo, không gây chảy máu và tổn thương

các cơ quan lân cận [6].

Trong PTNS điều trị u TTT lành tính không triệu chứng, vấn đề lựa chọn phương pháp xử lý u đóng vai trò rất quan trọng, tuy nhiên vẫn còn nhiều quan điểm tranh cãi về cắt toàn bộ tuyến thượng thận cùng bên hay cắt chọn lọc u.

Kỹ thuật cắt toàn bộ tuyến thường được áp dụng đối với các u TTT một bên có kích thước lớn hoặc đã xâm lấn xung quanh. Đây là một phẫu thuật triệt để, nhằm hạn chế nguy cơ tái phát, tuy nhiên có thể tăng tỷ lệ suy TTT sau mổ nếu chức năng TTT còn lại không tốt [7], [8]. Chúng tôi có 96,1% trường hợp được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến thượng thận. Chỉ 3,9% cắt chọn lọc u. Chỉ định cắt toàn bộ tuyến đối với u có kích thước lớn hơn so với nhóm cắt u chọn lọc $3,72 \pm 0,22$ cm so với $1,88 \pm 0,27$ ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Đức Tiến [7] thấy cắt chọn lọc u còn hạn chế: 7/95 BN, tất cả là u có kích thước < 20 mm, lý do của nhóm nghiên cứu chưa mạnh dạn thực hiện là có khó khăn về phương tiện chẩn đoán và phẫu thuật. Tỷ lệ cắt chọn lọc u trong nghiên cứu của Ôn Quang Phóng là 2,5% [8]. Tác giả Đỗ Trường Thành thực hiện cắt toàn bộ TTT ở 88,2% BN, chỉ 11,8% cắt chọn lọc u [5]

Nghiên cứu của chúng tôi gặp 14 trường hợp có tai biến trong mổ, chiếm 17,9%. Trong đó chủ yếu là chảy máu 11 trường hợp (14,1%), 1 trường hợp tổn thương cuống thận trái (1,3%) và 2 trường hợp tổn thương lách (2,6%). Trong số tai biến chảy máu của chúng tôi, chủ yếu là do chảy máu diện cắt TTT hoặc khi bóc tách u dính vào gan, lách gây chảy máu, trong đó 6 trường hợp phải thêm 1 trocar để hỗ trợ đốt điện cầm máu. 1

trường hợp chảy máu do u dính vào chân cơ hoành, bó mạch thận và ĐM chủ bụng phải chuyển mổ mở. Còn 1 trường hợp chảy máu do tổn thương mạch cực trên TTT phải thêm 1 trocar để kẹp clip kết hợp với ligasure để cầm máu. Coste T. (2017) ghi nhận 81 trường hợp tai biến trong mổ, chiếm 15,6% [4]. Chảy máu là tai biến gặp nhiều nhất với 33,3% (bao gồm chảy máu từ diện lách 7,4%, tổn thương tĩnh mạch 22,2%, tổn thương động mạch 1,2% và 2,5% không xác định), đây cũng là nguyên nhân chính trong ¼ các trường hợp phải chuyển mổ mở để khâu cầm máu do vết thương bên phải của TM chủ và TM thận trái - đây đều là những tình huống thực sự nguy hiểm [4].

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $80,39 \pm 27,72$ phút ngắn nhất 35, dài nhất là 170 phút. Thấp hơn của Lê Đình Khánh là $151,46 \pm 54,44$ phút (90 - 260) [6] và Đỗ Trường Thành là 86,2 phút [5]. Thời gian phẫu thuật của nhóm PTNS một lỗ là $88,82 \pm 26,31$ phút (50 - 135), nhóm PTNS truyền thống là $79,66 \pm 31,96$ phút (35 - 170). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Hầu hết các nghiên cứu thấy rằng thời gian phẫu thuật của nhóm PTNS một lỗ dài hơn nhóm PTNS truyền thống. Lý giải cho điều này, các tác giả cho rằng những hạn chế của PTNS một lỗ như phẫu trường hẹp, đặc biệt là sự đồng trục và va chạm của các dụng cụ trong quá trình thao tác là những yếu tố làm tăng thời gian phẫu thuật hơn so với mổ mở [5]

Các tác giả có cùng nhận định, thời gian mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: Kinh nghiệm phẫu thuật viên, thể trạng BN (béo,

gầy), vị trí, kích thước và tính chất u,... Bên cạnh đó, các tác giả cũng cho rằng đối với những u có hoạt động nội tiết, thời gian mổ thường kéo dài hơn do khó khăn trong mổ và hồi sức, u giải phóng ra Hormone trong quá trình phẫu thuật [5]

Kết quả sớm

Nghiên cứu thấy thời gian trung tiện trung bình $1,95 \pm 0,65$ ngày, ngắn nhất 1 ngày, dài nhất 4 ngày. Thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa sau mổ trong nghiên cứu của Coste T. là $2,71 \pm 1,2$ ngày (1-9) [4].

Thời gian đau sau mổ trung bình của chúng tôi là $2,14 \pm 0,83$ ngày, ngắn nhất 1 ngày, dài nhất là 6 ngày. Những trường hợp đau sau mổ kéo dài 4 - 6 ngày do biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ, BN có biểu hiện sốt, đau và chảy dịch vết mổ. Chúng tôi có cùng nhận định với các tác giả, một trong những ưu điểm của PTNS một lỗ là gây sang chấn hay tổn thương ít vị trí hơn trên thành bụng so với PTNS truyền thống và mổ mở, do đó đau sau mổ ít hơn [4].

Nghiên cứu có 6 BN (7,9%) xuất hiện biến chứng sớm sau mổ, trong đó 3 trường hợp (3,9%) nhiễm khuẩn vết mổ, 2 bí tiểu (2,6%) và 1 suy tuyến thượng thận cấp (1,3%). Tỷ lệ biến chứng sớm trong nghiên cứu của Coste T. là 15,6% [4]. Ngoài ra, nghiên cứu của Walz MK và cs thấy tỷ lệ biến chứng chung là 8,5% (PTNS 1 lỗ) và 6,4% (PTNS thông thường). Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của Hirano D và cs là 22,2%. Bao gồm: 3 BN nhiễm khuẩn vết mổ nông (5,6%), 3 BN tràn khí màng phổi (5,6%), 1 BN viêm gan cấp, 1 BN thuyên tắc phổi (cũng là BN có chứng rung nhĩ trước mổ). Các tác giả cũng nhấn mạnh tầm quan

trọng của kinh nghiệm phẫu thuật viên và điều kiện của trung tâm phẫu thuật ảnh hưởng đến biến chứng sau mổ.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,17 \pm 1,35$ ngày (ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 9 ngày). Thời gian nằm viện sau mổ giữa nhóm PTNS truyền thống ($5,05 \pm 1,36$ ngày) và PTNS một lỗ ($5,29 \pm 1,16$ ngày) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của Coste T. là $4,4 \pm 2,8$ ngày (1–32) [4]

Các nghiên cứu khác ghi nhận thời gian nằm viện sau mổ của nhóm PTNS truyền thống từ $3,1 \pm 1,2$ đến $6,9 \pm 1,75$ ngày

Kết quả xa

Để đánh giá kết quả xa của PTNS điều trị u TTT lành tính không triệu chứng trong nghiên cứu, chúng tôi lập kế hoạch theo dõi, hẹn BN tái khám vào thời điểm kết thúc nghiên cứu (tháng 5/2019). Tại thời điểm này, có 70/76 BN được khám lại, chiếm 92,1%. 7 BN (7,9%) không được khám lại do mất liên lạc, trong đó có 1 BN người nước ngoài. Chúng tôi ghi nhận thời gian theo dõi xa trung bình kể từ sau khi phẫu thuật là $24,03 \pm 12,04$ tháng, ngắn nhất 7 tháng, dài nhất là 42 tháng.

Tất cả BN khám lại được đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (Siêu âm ổ bụng, chụp CLVT hoặc CHT), xét nghiệm sinh hóa Hocmon tuyến thượng thận, điện giải đồ để đánh giá kết quả điều trị. Kết quả khám lại được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Kết quả thấy đa phần BN (70,0%) không có biểu hiện lâm sàng tại thời điểm khám lại, chiếm 70,0%. Có 19 BN tăng huyết áp, đây

đều là những BN trên 40 tuổi, đã có tiền sử tăng huyết áp từ trước và trong thời gian theo dõi không ghi nhận cơn tăng huyết áp kịch phát, do vậy chúng tôi nhận định triệu chứng tăng huyết áp ở những BN này do nguyên nhân khác không liên quan đến bệnh lý u tuyến thượng thận.

Ngoài ra chúng tôi có 2 BN thỉnh thoảng xuất hiện những cơn đau đầu, mệt mỏi. Trong đó 1 BN nữ 57 tuổi đã có tiền sử bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường và tai biến mạch máu não 1 lần trước mổ. BN còn lại chính là BN có biến chứng suy tuyến thượng thận cấp sau mổ 3 ngày, chúng tôi đã chuyển BN sang Bệnh viện Bạch Mai để phối hợp điều trị nội khoa, trong lần khám lại này BN chỉ có triệu chứng mệt mỏi nhưng không biểu hiện bất thường trên xét nghiệm sinh hóa máu và điện giải đồ. Ngoài ra chúng tôi không ghi nhận các biến chứng xa như đau mạn tính vùng mổ, suy tuyến thượng thận, hay tử vong. Kết quả tương tự tác giả Nguyễn Đức Tiến [7]. Nghiên cứu của Ôn Quang Phóng có 86,41 BN được khám lại, thời gian theo dõi ngắn nhất là 10 tháng, dài nhất là 45 tháng [8] ghi nhận: Tỷ lệ tăng HA sau mổ là 15,71%, tỷ lệ suy TTT sau mổ là 2,86%, có 1 BN tử vong chiếm 1,43%. Tỷ lệ hạ huyết áp, đau đầu, đau ngực, rối loạn nhịp tim, đau vùng vết mổ và mệt mỏi đều là 2,86% [8]. Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng khi khám lại của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào biến đổi bất thường trên xét nghiệm Hormon tuyến thượng thận và điện giải đồ. Sự khác biệt về kết quả theo dõi xa so với các nghiên cứu khác có thể do tất cả các BN của chúng tôi là u TTT lành tính, bên cạnh đó, đối với những trường hợp u hoạt

động nội tiết đều được điều trị ổn định trước mổ. Bên cạnh đó, hầu hết các trường hợp chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt toàn bộ TTT, do vậy không ghi nhận trường hợp nào tái phát hay di căn. Không có BN nào tử vong tính đến thời điểm khám lại.

Chúng tôi có cùng nhận định với các tác giả: PTNS điều trị u TTT lành tính không triệu chứng là phương pháp an toàn, hiệu quả, đặc biệt đối với những khối u lớn hoặc có hoạt động nội tiết [8], [7]

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị u tuyến thượng thận lành tính không triệu chứng là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả. Giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng và tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jung-Min Lee, Mee Kyoung Kim, Seung-Hyun Ko, et al, (2017).** Clinical Guidelines for the Management of Adrenal Incidentaloma. *Endocrinol Metab* (Seoul). 32(2): 200-218.
2. **AACE/AAES, (2009).** Guidelines for the management of adenal incidentolomees. *Endocrine practice*. 15(1).
3. **K. Lorenz, P. Langer, B. Niederle, et al, (2019).** Surgical therapy of adrenal tumors: guidelines from the German Association of Endocrine Surgeons (CAEK). *Langenbeck's Archives of Surgery*.
4. **Coste T, Caiazzo R, Torres F, et al, (2017).** Laparoscopic adrenalectomy by transabdominal lateral approach: 20 years of experience. *Surg Endosc*. 31(7): 2743-2751.
5. **Đỗ Trường Thành, Trịnh Hoàng Giang, (2013).** Đánh giá kết quả điều trị u vỏ tuyến thượng thận bằng phẫu thuật nội soi qua đường bụng. *Tạp chí Y học thực hành*. 893: 84-86.
6. **Lê Đình Khánh Khánh, Hoàng Văn Tùng, Trương Văn Cẩn, và cộng sự, (2012).** Phẫu thuật cắt tuyến thượng thận nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 16(3): 488-491.
7. **Nguyễn Đức Tiến, (2007).** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật nội soi các u tuyến thượng thận lành tính tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 1998-2005. Luận Án tiến sỹ y học - Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Ôn Quang Phóng, (2017).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi 1 lỗ điều trị các u tuyến thượng thận lành tính. Luận Án tiến sỹ y học - Trường Đại học Y Hà Nội.

ỨNG DỤNG MÁY ĐO ÁP LỰC CUFF NỘI KHÍ QUẢN TRÊN BỆNH NHÂN ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN THỞ MÁY TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

Vũ Thị Kim Định*, Nguyễn Thị Thanh Thủy*, Đào Việt Hiền*

TÓM TẮT

Máy đo áp lực Cuff là thiết bị cầm tay điều chỉnh áp lực của ống nội khí quản. Duy trì áp lực cuff NKQ hợp lý có tác dụng giữ ống NKQ ở vị trí thích hợp, tránh chấn thương khí quản, giảm nhiễm trùng đường hô hấp dưới, hạn chế nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện. Áp lực cuff lý tưởng được tính toán vào khoảng 22 → 32 cmH₂O.

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của máy đo áp lực cuff nội khí quản trong đặt nội khí quản và theo dõi áp lực cuff tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Thanh Nhân.

Đối tượng nghiên cứu: Nhân 3 trường hợp bệnh nhân đặt ống Nội khí quản thở máy tại khoa HSTC

Kết quả: Qua 03 trường hợp cho thấy áp lực cuff NKQ bằng máy duy trì từ 22- 32 cmH₂O không xảy ra các biến chứng đường thở.

Kết luận: Đo áp lực cuff bằng máy thường xuyên và kéo dài tới khi bệnh nhân kết thúc đặt ống NKQ là vấn đề cần thiết trong chăm sóc bệnh nhân đặt NKQ ở khoa Hồi sức

Từ khóa: Cuff, nội khí quản, hồi sức tích cực

SUMMARY

APPLICATION OF CUFF AIR PRESSURE GAUGE ON PATIENT PATIENTS RESETTNG AIR BREATHING AT INTENSIVE CARE UNIT

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Kim Định

Email:hstcthanhnhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 07/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2019

Ngày duyệt bài: 10/01/2020

Cuff pressure gauge is a hand-held device that adjusts the pressure of the endotracheal tube. Maintaining a reasonable endotracheal tube cuff pressure helps keep the endotracheal tube in an appropriate position, avoids tracheal injury, reduces lower respiratory tract infections, and limits the risk of hospital infections. The ideal cuff pressure is calculated at 22 → 32 cmH₂O.

Methods: Evaluating the effect of intubation cuff pressure gauge in intubation and monitoring cuff pressure at Thanh Nhan Hospital's Department of Positive Resuscitation.

Study subjects: Multiply 3 cases of intubated patients receiving mechanical ventilation at the Department of Gastroenterology

Result: Through 03 cases, it showed that endotracheal tube cuff pressure by machine maintained from 22-32 cmH₂O did not occur airway complications.

Conclusion: Measuring the cuff pressure on a regular machine and lasting until the patient finishes insertion of the endotracheal tube is a necessary issue in the care of patients who have an endotracheal tube in the Resuscitation Department

Keywords: Cuff, endotracheal tube, resuscitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Duy trì áp lực cuff NKQ hợp lý đóng vai trò then chốt trong việc giữ ống NKQ ở vị trí thích hợp, tránh chấn thương khí quản, giảm nhiễm trùng đường hô hấp dưới, qua đó làm hạn chế nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện. Áp lực cuff lý tưởng được tính toán vào khoảng 22 - 32 cmH₂O. Đây là biện pháp đơn giản, tuy nhiên để duy trì áp lực mong muốn cần

phải theo dõi liên tục. Nghiên cứu đo áp lực cuff NKQ tại Mỹ năm 2004 cho thấy chỉ có 27% trường hợp áp lực cuff đo được ở trong giới hạn cho phép. Hiện nay trên thế giới, việc đo áp lực cuff bằng máy đã trở thành thường quy để đảm bảo áp lực cuff một cách chính xác. Tại Việt Nam máy đo chỉ mới được áp dụng trong vài năm gần đây và một vài nghiên cứu đã cho thấy tác dụng tích cực. Chúng tôi đã áp dụng quy trình đo áp cuff NKQ bằng máy tại khoa HSTC bệnh viện Thanh Nhàn từ 04/2019. Sau đây xin báo cáo 3 trường hợp:

BỆNH NHÂN 1

Bệnh nhân nam, 88 tuổi, vào viện trong tình trạng suy hô hấp. Tiền sử bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Bệnh nhân thể trạng suy kiệt, vào viện lơ mơ, nhịp thở yếu, đã được đặt NKQ tại khoa cấp cứu và chuyển HSTC. Áp lực cuff lần đầu được ước tính bằng tay. Trong quá trình điều trị tại khoa HSTC chúng tôi tiến hành đo áp lực cuff nội khí quản bằng máy. Lần đầu áp lực đo được sau đặt ống 30 phút là 38 cmH₂O, sau đó áp lực cuff được đo 4 lần/ngày, cách nhau mỗi 6 giờ trong 3 ngày liên tiếp. Kết quả thu được như sau (đơn vị đo: cmH₂O):

	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
Ngày 1	25	22	28	26
Ngày 2	22	28	26	24
Ngày 3	19	28	24	26
Ngày 4	23	27	26	30
Ngày 5	27	29	25	28

So sánh với áp lực cuff lý tưởng là 22 – 32 cmH₂O, chúng tôi cần điều chỉnh bơm thêm cuff sau lần đo đầu tiên của ngày thứ 3. Áp lực cuff khi này thấp hơn ngưỡng cần đạt. Khi áp lực cuff có xu hướng giảm gần giá trị 20 cmH₂O, chúng tôi bơm thêm để tăng áp lực cuff (đảm bảo < 32 cmH₂O).

BỆNH NHÂN 2

Bệnh nhân nữ, 75 tuổi, vào khoa HSTC với chẩn đoán viêm phổi nặng, suy tim, tăng huyết áp. Bệnh nhân được đặt NKQ cùng ngày vào viện. Áp lực cuff 30 phút sau đặt ống là 40 cmH₂O. Kết quả đo áp lực cuff trong 3 ngày như sau:

	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
Ngày 1	28	24	26	30
Ngày 2	25	22	28	24
Ngày 3	19	28	26	24
Ngày 4	25	27	28	30
Ngày 5	27	28	26	29

Sau khi đo áp lực cuff 30 phút sau đặt ống, chúng tôi phát hiện áp lực cuff quá căng và cần tháo bớt cuff để đảm bảo áp lực khuyến nghị. Đến ngày thứ 3, ở lần đo đầu tiên áp lực cuff bị giảm. Bệnh nhân được bơm thêm áp lực cuff để đảm bảo cố định cuff.

BỆNH NHÂN 3

Bệnh nhân nam, 80 tuổi, vào viện vì viêm phổi – suy tim, được đặt NKQ cùng ngày vào viện. Áp lực cuff sau đặt ống là 35 cm H₂O. Các lần đo trong 3 ngày áp lực cuff lần lượt là:

	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
Ngày 1	23	29	25	28
Ngày 2	24	28	26	28
Ngày 3	25	22	28	26
Ngày 4	24	27	29	28
Ngày 5	26	28	27	26

Sau khi đo áp lực cuff 30 phút sau đặt ống, chúng tôi phát hiện áp lực cuff quá căng và cần tháo bớt cuff để đảm bảo áp lực khuyến nghị khoảng 22 – 32 cmH₂O. Các lần đo sau áp lực cuff đều trong giới hạn cho phép

IV. BÀN LUẬN

Đặt ống nội khí quản là quy trình thường gặp tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC). Nội khí quản (NKQ) được cố định bằng việc bơm cuff (đi kèm theo ống) và cố định ngoài da. Để đảm bảo áp lực cuff, có hai phương pháp. Phương pháp 1: sử dụng bơm tiêm 5 ml bơm 5ml khí vào cuff NKQ sau đó kiểm tra độ căng của bóng chèn bằng tay. Phương pháp 2: Sử dụng máy đo đồng hồ áp kế để đo áp lực cuff.

Việc đo áp lực cuff bằng phương pháp 1 thuận tiện không yêu cầu phải có máy tuy nhiên không đảm bảo an toàn cho người bệnh như: chấn thương đường thở, loét... Đo áp lực cuff bằng đồng hồ áp kế đảm bảo chính xác áp lực cuff, hạn chế di động của ống nội khí quản, tránh sang chấn đường thở. Áp lực cuff thấp thì không đạt được mục đích cố định NKQ, áp lực cuff cao gây thiếu máu tổ chức tại vị trí bóng chèn dẫn đến loét, hoại tử và thủng khí quản. Ở bệnh viện Thanh Nhân, chúng tôi đã áp dụng quy trình đo áp lực cuff NKQ bằng máy tại khoa HSTC từ tháng 4/2019 và thu được những kết quả rất đáng chú ý trên một số bệnh nhân so với việc ước tính áp lực cuff bằng tay như trước đây.

Phân tích kết quả từ 3 bệnh nhân trên chúng tôi thấy, máy đo áp lực cuff có tác dụng rõ ràng để điều chỉnh áp lực cuff sau đặt ống NKQ. Cụ thể, bệnh nhân của chúng tôi sau đặt ống NKQ được bơm cuff bằng tay áp lực cuff đều cao quá ngưỡng (từ 35-40 cm H₂O) . Kết quả từ nghiên cứu của Vũ Quốc Đạt (2018) và Dương Thị Thuỳ Dung (2016) cũng cho thấy áp lực cuff ngay sau đặt ống thường cao .Tỷ lệ áp lực cuff cao đo được ở lần đầu sau đặt ống NKQ có thể do nhiều nguyên nhân. Nguyên nhân trực tiếp là khả năng cảm nhận áp cuff bằng tay không chính xác. Các nguyên nhân gián tiếp bao gồm quá trình làm thủ thuật ban đầu, bệnh nhân được đặt NKQ trong tình trạng cấp cứu, nhân viên y tế không có đủ thời gian để cảm nhận áp lực cuff và tâm lý lo tuột ống NKQ trong khi chưa cố định được NKQ bên ngoài. Áp lực cuff cao dễ dẫn đến các nguy cơ vỡ cuff, dò cuff đồng thời tăng đè ép làm tổn thương niêm mạc phế quản của người bệnh. Điều này về lâu dài có thể gây phù nề niêm mạc, giảm khả năng cố định ống NKQ và tăng nguy cơ chít hẹp, co thắt dẫn đến thất bại khi rút ống. Trong 3 trường hợp trên chúng tôi không thấy có trường hợp nào xảy

ra biến chứng như: Tuột ống, phù nề đường thở, loét và dò khí quản...

Ở các ngày sau đặt ống, đặc biệt là các ngày càng xa, nguy cơ mất áp lực cuff càng tăng. Điều này chúng ta cũng đã thấy ở các trường hợp 1 và 2. Tình trạng này có thể là hậu quả của việc duy trì áp lực cuff tối thiểu trong thời gian dài mà không bơm lại cuff, dẫn đến thiếu áp lực. Áp lực cuff thấp gây dò cuff. Dò cuff làm cho cố định NKQ lỏng lẻo và tăng dòng chảy dòng máu xuống đường hô hấp dưới, và tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện. Tuy nhiên ở các lần đo sau, tình trạng áp lực cuff cải thiện khá rõ. Tình trạng áp lực cuff thấp đã được chứng minh là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân hồi sức có đặt NKQ. Trước đây, khi chưa có máy đo áp cuff chúng tôi chỉ phát hiện bất thường khi cuff đã quá xẹp và xử lý bằng cách bơm thêm cuff. Việc phát hiện áp lực cuff thấp muộn dẫn đến khó khăn khi đề phòng dò cuff. Vì vậy, theo chúng tôi, việc đo áp lực cuff bằng máy thường xuyên và kéo dài tới khi bệnh nhân kết thúc đặt ống NKQ là cần thiết trong chăm sóc bệnh nhân đặt NKQ ở các khoa Hồi sức.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi qua 03 trường hợp cho thấy các kết luận đáng chú ý: Áp lực cuff NKQ bằng máy từ 22- 32 cmH₂O. Không xảy ra các biến chứng của đường thở. Sử dụng máy đo áp lực cuff NKQ là cần thiết giúp đo chính xác áp lực cuff sau đặt ống.

Theo dõi áp lực cuff hàng ngày bằng máy đo giúp duy trì áp lực cuff hợp lý ở bệnh nhân hồi sức có đặt ống NKQ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Quốc Đạt (2018).** Continuous versus intermittent endotracheal cuff pressure control for the prevention of ventilator-associated respiratory infections in Vietnam: study protocol for a randomised controlled trial. *Dat et al. Trials* (2018) 19:217
2. **Dương Thị Thùy Dung (2016).** Đánh giá sự ổn định áp lực Cuff khi sử dụng thiết bị kiểm soát áp lực Cuff tự động – liên tục ở bệnh nhân thở máy so với không sử dụng thiết bị này.
3. **Bộ Y Tế (2014).** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc.
4. **Nguyễn Hữu Tuấn, Hoàng Bùi Hải.** Bài giảng Chỉ định, chống chỉ định đặt và rút nội khí quản.
5. **Mukul Jain, Chander Tripathi (2011).** Endotracheal tube cuff pressure monitoring during neurosurgery - Manual vs. automatic method. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2011 Jul-Sep; 27(3): 358–361. doi: 10.4103/0970-9185.83682.
6. **Fu Y, Xi X (2014).** Analysis on risk factors of endotracheal cuff underinflation in mechanically ventilated patients. *China Journal of Critical Care Medicine.* PMID: 25476078 DOI:10.3760/cma.j.issn.20954352.2014.12.005.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ THẮT TĨNH MẠCH THỰC QUẢN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN 06 THÁNG CUỐI NĂM 2019 THEO JALAN R

Đào Quang Minh*, Vũ Thành Chung*, Dương Văn Tân*

TÓM TẮT⁶

Tổng quan: Giãn tĩnh mạch dạ dày xảy ra khoảng 20% bệnh nhân có tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Mặc dù xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày ít hơn so với vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, nhưng khi xảy ra thì thường trầm trọng hơn mức độ mất máu nhiều hơn, tỉ lệ tái xuất huyết và tỉ lệ tử vong cao hơn. Cả tiêm xơ bằng Cyanoacrylate và thắt tĩnh mạch giãn đều có thể quản lý có hiệu quả giãn tĩnh mạch dạ dày giãn. Một số hướng dẫn đề nghị: đối với giãn tĩnh mạch thực quản lan xuống bờ cong lớn (GOV2) nên điều trị bằng tiêm xơ Cyanoacrylate còn với giãn tĩnh mạch thực quản lan xuống bờ cong nhỏ thắt tĩnh mạch tâm vị thực quản là phương pháp điều trị hiệu quả nhất.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 59 bệnh nhân xơ gan có giãn tĩnh mạch GOV1 xuất huyết (26 bệnh nhân) và không xuất huyết (33 bệnh nhân) được thắt tĩnh mạch tâm vị, tĩnh mạch thực quản cấp cứu và dự phòng. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá trong 72 giờ, sau 72 và sau 03 tháng.

Kết quả: Tỉ lệ nam/ nữ: 55/4. Nhóm thắt cấp cứu: hiệu quả cầm máu hoàn toàn 96,2% trong 72 giờ, sau 01 và 03 tháng, kết quả cầm máu tốt lần lượt là 96,2% và 88,8%. Nhóm thắt dự phòng: sau 01 tháng và 03 tháng hiệu quả triệt tiêu búi giãn đạt kết quả tốt và khá là 100% và 90,9%.

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 09/12/2019

Ngày duyệt bài: 14/01/2020

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thắt tĩnh mạch tâm vị - thực quản điều trị giãn tĩnh mạch GOV1 ở bệnh nhân xơ gan.

SUMMARY

RESULT OF BANDING LIGATION CARDIAC ESOPHAGEAL VARICES IN CIRRHOSIS IN THANH NHÂN HOSPITAL

Background: Gastric varices occur in approximately 20% patients with portal hypertension. Although gastric variceal bleeding is less common than esophageal variceal bleeding, it has a worse prognosis, more severe blood loss, a higher rate of rebleeding and higher mortality. Both Cyanoacrylate injection and banding ligation have been proved to be effective in the management of gastric varices. Some guidelines suggest that: in type 2 gastroesophageal variceal (GOV2) should be treated by Butyl Cyanoacrylate whereas in type 1 gastroesophageal variceal (GOV1), band ligation is the most effective therapy.

Aim: To evaluate the effectiveness of endoscopic band ligation cardiac esophageal varices for treatment of type 1 gastroesophageal variceal in cirrhosis.

Patient methods: 59 cirrhotic patients with GOV1 bleeding (26 patients) and non bleeding (33 patients) received endoscopic band ligation emergency and prophylaxis. Patients were followed up 72 hours, 1 month and 3 months.

Result: Sex rate: male/ female: 55/4. Group GOV1 bleeding: good effect in hemostasis made up of 96,2% after 72 hours; after one month and three months, the percentage of good in

esophageal varices are 96,2%, 88,8% . Group GOV1 ligation prophylaxy: after one month and three months, the percentage of good in eradication cardiac varices and esophageal varices are 100% and 90,9%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng thường gặp nhất của xơ gan là tăng áp lực tĩnh mạch cửa dẫn đến giãn tĩnh mạch tại các vòng nối cửa chủ có thể hình thành dọc theo ống tiêu hóa: thực quản, dạ dày, trực tràng. Quản lý giãn tĩnh mạch thực quản- dạ dày trong xơ gan rất quan trọng, sẽ giúp giảm tỷ lệ xuất huyết lần đầu và tái xuất huyết do đó làm giảm tỷ lệ tử vong, việc quản lý này đã được phát triển trong thập kỷ qua dựa trên ba lĩnh vực: dự phòng tiên phát, điều trị giai đoạn xuất huyết cấp và dự phòng thứ phát [1], [2], [3].

Theo hướng dẫn của hội nghị đồng thuận về điều trị tăng áp lực tĩnh mạch cửa (BAVENO V), viện quốc gia và sức khỏe lâm sàng Anh (NICE) và hiệp hội nghiên cứu về bệnh gan của Mỹ (AASLD) [4]: thắt tĩnh mạch tâm vị thực quản được ứng dụng cho bệnh nhân giãn tĩnh mạch thực quản lan xuống bờ cong nhỏ (GOV1).

Tại bệnh viện Thanh Nhân, số lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do xơ gan tăng áp lực tĩnh mạch cửa lớn, vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: “Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật thắt tĩnh mạch tâm vị thực quản ở bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Thanh Nhân 06 tháng cuối năm 2019”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 59 bệnh nhân xơ gan giãn tĩnh mạch thực quản tại bệnh viện Thanh Nhân phù hợp các tiêu chuẩn:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân xơ gan

có giãn hoặc vỡ giãn tĩnh mạch GOV1 được thắt tĩnh mạch tâm vị, tĩnh mạch thực quản .

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý ác tính, xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng, đã phẫu thuật giảm áp tĩnh mạch cửa.

Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi cắt ngang.

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 07/2019 đến tháng 12/2019.

- Tất cả bệnh nhân được nội soi thực quản- dạ dày, thắt tĩnh mạch tâm vị, tĩnh mạch thực quản, chia làm 2 nhóm:

+ Nhóm thắt cấp cứu: bệnh nhân có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa và nội soi giãn tĩnh mạch GOV1 có thể máu đang chảy từ búi giãn hoặc cục máu đông trên thành.

+ Nhóm thắt dự phòng: giãn tĩnh mạch GOV1 độ II- III

- Thắt tĩnh mạch tâm vị, tĩnh mạch thực quản tại phòng nội soi TYC viện Thanh Nhân; sử dụng máy nội soi Olympus và dụng cụ thắt 6 vòng của Willson Cook (Mỹ).

- Theo dõi sau thắt : 72 giờ, sau 72 giờ và sau 03 tháng.

+ Trong 72 giờ: theo dõi tái phát chảy máu.

+ Sau 03 tháng: Nội soi đánh giá độ giãn tĩnh mạch tâm vị, độ giãn tĩnh mạch thực quản, dấu đỏ trên thành búi giãn và thắt tiếp nếu còn chỉ định.

- Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS16.0

- Các chỉ tiêu đánh giá

+ Phân loại giãn tĩnh mạch theo hiệp hội tăng áp lực tĩnh mạch cửa Nhật Bản [2], [6]

+ Hiệu quả cầm máu sau thắt : chia 2 mức (theo Jalan R và cộng sự)[7], [8]

• Cầm máu tốt : sau 72 giờ không nôn máu và hoặc không đi phân đen

• Cầm máu kém: có chảy máu tái phát trong và sau 72 giờ, phải thắt lại hoặc phải phẫu thuật, TIPPS.

+ Hiệu quả điều trị búi giãn tĩnh mạch tâm vị - tĩnh mạch thực quản (theo Jalan R và cộng sự)) [7], [8]:

• Hiệu quả tốt: Búi giãn xẹp hoàn toàn, xơ teo thu nhỏ, tương đương độ 1

• Hiệu quả khá: Búi giãn xẹp không hoàn toàn, giảm độ so với trước điều trị

• Hiệu quả kém: Búi giãn nhỏ đi không đáng kể hoặc không nhỏ đi sau thắt.

+ Theo dõi biến chứng sau thắt: nuốt khó, đau ngực, loét thực quản, sốt, viêm phổi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	
Tuổi trung bình	53.18 ± 9.83
Giới (nam/ nữ)	55/4
Nguyên nhân: Rượu/ VG B/ rượu + VGB/ Khác	86,44% / 8,47% / 3,37% / 3,37
Tỷ lệ giãn TMTQ/ tổng số BN nội soi	2,1%
Độ giãn tĩnh mạch thực quản: II/III	14%/ 86%

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu : 53.18 ± 9.83, nam gặp nhiều hơn nữ, nguyên nhân do rượu và viêm gan B là chủ yếu(86,44.2% và 8,47%).

Kết quả chảy máu và tái phát chảy máu nhóm cấp cứu

Bảng 2: Kết quả chảy máu và tái phát chảy máu nhóm cấp cứu

Kết quả		n= 26
Cầm máu	Tốt	25 (96.2%)
	Kém	1 (3,8%)
Tái phát sau 01 tháng		1 (3,8%)
Tái phát sau 03 tháng		7(26,9%)

Nhận xét: Bệnh nhân cầm máu hoàn toàn sau thắt 72 giờ đạt 96,2%

Kết quả xẹp búi giãn tĩnh mạch tâm vị- tĩnh mạch thực quản nhóm dự phòng

Bảng 3: Kết quả thắt tĩnh mạch tâm vị- thực quản

Vị trí và thời gian		Tốt- Khá		Kém	
		n	%	n	%
Thực quản	Sau 1 tháng	33	100	0	00
	Sau 3 tháng	30	90,9	3	9,1

Nhận xét: Sau 1 tháng và 3 tháng, xẹp búi giãn thực quản tốt- khá 100% và 90.9%

IV. BÀN LUẬN

Biến chứng thường gặp nhất của xơ gan là tăng áp lực tĩnh mạch cửa dẫn đến giãn tĩnh mạch tại các vòng nối cửa chủ có thể hình thành dọc theo ống tiêu hóa: thực quản, dạ dày, trực tràng. Quản lý giãn tĩnh mạch thực quản- dạ dày trong xơ gan rất quan trọng, sẽ giúp giảm tỷ lệ xuất huyết lần đầu và tái xuất huyết do đó làm giảm tỷ lệ tử vong, việc quản lý này đã được phát triển trong thập kỷ qua dựa trên ba lĩnh vực: dự phòng tiên phát, điều trị giai đoạn xuất huyết cấp và dự phòng thứ phát [1], [2], [3].

Theo hướng dẫn của hội nghị đồng thuận về điều trị tăng áp lực tĩnh mạch cửa (BAVENO V), viện quốc gia và sức khỏe lâm sàng Anh (NICE) và hiệp hội nghiên cứu về bệnh gan của Mỹ (AASLD) [4]: thắt tĩnh mạch tâm vị thực quản được ứng dụng cho bệnh nhân giãn tĩnh mạch thực quản lan xuống bờ cong nhỏ (GOV1).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giãn tĩnh mạch GOV1 gặp nhiều ở tuổi trung niên, tỷ lệ nam cao hơn nữ, đa số giãn tĩnh mạch thực quản độ III. (SO SÁNH nghiên cứu tác giả khác)???? Trong các yếu tố liên quan thì yếu tố do rượu và do viêm gan B chiếm chủ yếu. (????)

Chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn TM thực quản, TM dạ dày là một cấp cứu khẩn cấp, nếu không cấp cứu kịp thời thì tỷ lệ tử vong sẽ tăng lên rất cao 30- 70%. Để điều trị tốt những bệnh nhân này, ngoài việc điều trị nội khoa tích cực, nội soi chẩn đoán và cầm máu cần tiến hành càng sớm càng tốt trong 24 giờ. Chúng tôi có 26 bệnh nhân xác định có giãn vỡ tĩnh mạch thực quản. các bệnh nhân theo dõi 72 giờ đạt tỷ lệ cầm máu hoàn toàn 96.2%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu nước ngoài tỷ lệ cầm máu dao động 86 –

100%. Zheng F et al. (2012) [12] Lo G.H et al(2013) [10]

Các nghiên cứu cho thấy rằng có mối liên quan chặt chẽ giữa triệt tiêu các búi giãn tĩnh mạch với chảy máu tiêu hóa tái phát Hong H.J [11]. Việc làm mất hoàn toàn búi giãn tĩnh mạch thực quản, dạ dày thì nguy cơ chảy máu tái phát chỉ chiếm 25%, ở bệnh nhân triệt tiêu búi giãn ở mức độ trung bình thì tỉ lệ chảy máu tiêu hóa tái phát là 60-70%, còn bệnh nhân không làm mất búi giãn thì tỉ lệ chảy máu tái phát là 75- 100%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân chảy máu sau thắt 2 tuần (3,8%). (11,2%). Theo Hong H.J) [11], tỉ lệ tái phát xuất huyết trong vòng 12 tuần là 7 bệnh nhân.(26,9%); Lo. G.H là 9.1%. [10] là 9.1%. Có thể nói tỉ lệ tái xuất huyết sau thắt thấp.

Việc theo dõi và thắt nhắc lại đối với búi giãn tĩnh mạch thực quản dạ dày là rất quan trọng để giảm nguy cơ chảy máu lần đầu cũng như tái phát. Các bệnh nhân của chúng tôi đều được hẹn kiểm tra sau 1 tháng, 3 tháng và các lần sau đến khi đạt yêu cầu, nhưng do giới hạn nghiên cứu, chúng tôi chỉ đánh giá sau 1 tháng và 3 tháng. Kết quả của chúng tôi được trình bày ở bảng 2 và bảng 3.

Nhóm thắt cấp cứu: xếp búi giãn thực quản tốt trong 72 giờ: 96,2%, sau 01 tháng : 96,2%, sau 3 tháng: 73,1%. Nhóm dự phòng: xếp búi giãn thực quản tốt-khá sau 1 tháng và 3 tháng là 100% và 90,9%. Như vậy cả 2 nhóm kết quả xếp búi giãn thực quản đều rất cao sau 1 tháng còn, sau 03 tháng kết quả của bệnh nhân sau 03 tháng kém dần.

V. KẾT LUẬN

Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Độ tuổi trung bình: 53.18 ± 9.83 ; tỷ lệ nam/nữ: 55/4; nguyên nhân giãn TMTQ chủ yếu do xơ gan rượu: 86,44%; tỷ lệ giãn

TMTQ: 2,1%; tỷ lệ giãn TMTQ độ III chủ yếu là 84%.

Hiệu quả thắt tĩnh mạch tâm vị, thực quản bệnh nhân xơ gan giãn tĩnh mạch GOV1: Nội soi thắt TM cấp cứu cầm máu hoàn toàn sau thắt 72 giờ 96.2% . Sau 1 tháng và 3 tháng, tỷ lệ xẹp búi giãn TMTQ ở nhóm thắt TMTQ dự phòng tăng dần (TMTQ: 100% và 90,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Crossmann R.J, Garcia- T sao G, Bosh J et al. (2005).** Betablocker to prevent gastroesophageal varices in cirrhosis. The New England Journal of Medicine. 2254-61.
2. **Yen- I Chen and Peter Ghali. (2012).** Prevention and Management of Gastroesophageal Varices in Cirrhosis. International Journal of Hapatology. 6 pages.
3. **Tạ Long .(2012).** Xử trí giãn TM và XH do giãn tĩnh mạch trong xơ gan. Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam,7(28), 1821-1825.
4. **Triantafyllou M, Stanley A. J. (2014).** Update on gastric varices. World J Gastrointest Endosc. 6(5), 168-75.
5. **AASLD practice guidelines. (2007).** Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. Hepatology. 46 (3), 922-938
6. **Hashizume M. et al .(1990).** Endoscopic classification of gastric varices. Gastrointest Endosc. 36(3), 276-80.
7. **Vũ Văn Khiên, Nguyễn Tiến Thịnh, Dương Minh Thắng và cộng sự. (2011).** Đánh giá 7 năm thắt tĩnh mạch thực quản qua nội soi ở bệnh nhân xơ gan có chảy máu tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản. Hội nghị khoa học tiêu hóa lần thứ 6, Hà Nội, 33-40.
8. **Jalan R., Hayes P.C. (2000).** UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. Gut. 46, 1111-15.
9. **El Amin H, Abdel Baky L, Sayed Z, et al. (2010).** A randomized trial of endoscopic variceal ligation versus cyanoacrylate injection for treatment of bleeding junctional varices. Tropical Gastroenterology. 31(4), 279-284.
10. **Lo G.H, Lin C.W, Perng D.S, et al. (2013).** A retrospective comparative study of histoacryl injection and banding ligation in the treatment of acute type 1 gastric variceal hemorrhage. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 48(10), 1198-1204.
11. **Hong H.J, Jun C.H, Lee D.H et al. (2013).** Comparision of endoscopic variceal ligation and endoscopic variceal obliteration in patients with GOV1 bleeding. Chonnam Medical Journal. 49(1), 14-19.
12. **Zheng F, Lin X, Tao L. (2012).** A randomized trial of endoscopic treatment of acute gastric variceal hemorrhage: n-butyl-2-cyanoacrylate injection versus band ligation. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 27(5), 113-113.
13. **Nguyễn Mạnh Hùng (2012),** Kết quả xử trí cấp cứu và dự phòng XH do vỡ giãn TM thực quản bằng thắt vòng cao su qua nội soi và thuốc chẹn β giao cảm không chọn lọc ở bệnh nhân xơ gan, Luận án tiến sỹ y học chuyên ngành nội khoa, Học viện Quân Y.
14. **Hachisu T, Satoh S, Fujii T. (1997).** Endoscopic ligation of esophageal varices using a detachable snare and transparent cap with rim. Digestive endoscopy. 9(3), 183-188.
15. **Triantos C, Vlachogiannakos J, Armonis A, et al. (2005).** Primary Prophylaxis of Variceal Bleeding in Cirrhotics Unable to Take Beta-blockers: A. Randomized Trial of Ligation. Aliment Pharmacol & Therapeutics. 21(12), 1435- 1443.

CAN THIỆP TỔN THƯƠNG TẮC MẠN TÍNH ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN, NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Đình Công*, Vũ Duy Lâm*, Phạm Quang Phúc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tắc hoàn toàn mạn tính động mạch vành là tổn thương thường gặp trong chụp mạch vành và là một thách thức trong can thiệp tái thông dòng chảy động mạch vành.

Phương pháp: nghiên cứu hai ca lâm sàng tổn thương tắc mạn tính động mạch vành tại bệnh viện Thanh Nhàn

Kết quả: Hai bệnh nhân giới tính nam, tiền sử THA, nhập viện với triệu chứng đau ngực có xu hướng tăng lên theo thời gian, chụp mạch vành chẩn đoán đều có tổn thương tắc hoàn toàn mạn tính động mạch vành phải. Hai ca được tiến hành tái thông động mạch vành bằng can thiệp động mạch vành qua da. Sau can thiệp triệu chứng đau ngực cải thiện và được xuất viện trong thời gian lần lượt là 3 và 5 ngày.

Kết luận: can thiệp tổn thương tắc hoàn toàn mạn tính động mạch vành là can thiệp khó, đòi hỏi sự chuẩn bị về con người, kỹ thuật và thiết bị. Can thiệp thành công giúp cải thiện triệu chứng tim mạch và chất lượng sống của bệnh nhân.

Từ khóa: Tắc hoàn toàn mạn tính động mạch vành, can thiệp động mạch vành

SUMMARY

A REPORT OF TWO PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION CASES OF CHRONIC CORONARY TOTAL OCCLUSION IN THANH NHAN HOSPITAL

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Công

Email: nguyendinhcong91.md@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 09/12/2019

Ngày duyệt bài: 14/01/2020

Introduction: chronic total occlusions are commonly found in patients undergoing coronary angiography and are high-challenging procedure to interventionalists.

Method: two clinical cases are reported, both had chronic total occlusion lesions of right coronary artery and were undergoing percutaneous coronary intervention.

Results: two male patients with history of hypertension were admitted for chest pain with progression, angiography showed both had chronic total occlusion lesions in right coronary artery. Two patients have undergone percutaneous intervention of right coronary artery with complete revascularization. After the procedures, their angina has improved and they were discharged from hospital in 3 and 5 days, respectively

Conclusion: percutaneous coronary interventions in chronic total occlusion lesion are challenging procedure that required considerate preparation in staffs, technique and devices. Successful revascularization will help improve patients' cardiac symptoms and life quality.

Keywords: chronic total occlusion, percutaneous coronary intervention.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc mạn tính động mạch vành (CTO – chronic total occlusion) được định nghĩa là tổn thương tắc hoàn toàn động mạch vành với dòng chảy TIMI 0 và ước lượng thời gian tồn tại ≥ 3 tháng [1]. CTO là tổn thương thường gặp ở bệnh nhân được thực hiện chụp động mạch vành chẩn đoán [2,3]. Can thiệp tổn thương CTO được xem là một thách thức đối với các bác sĩ làm can thiệp. Tái thông

dòng chảy trong tổn thương tắc mạn tính giúp giảm triệu chứng đau ngực, cải thiện khả năng gắng sức và chức năng tâm thu thất trái, dự phòng các biến cố lớn về tim mạch. Tại bệnh viện Thanh Nhân hiện tại đã triển khai một số ca can thiệp tổn thương tắc mạn tính động mạch vành và xin báo cáo hai ca can thiệp điển hình.

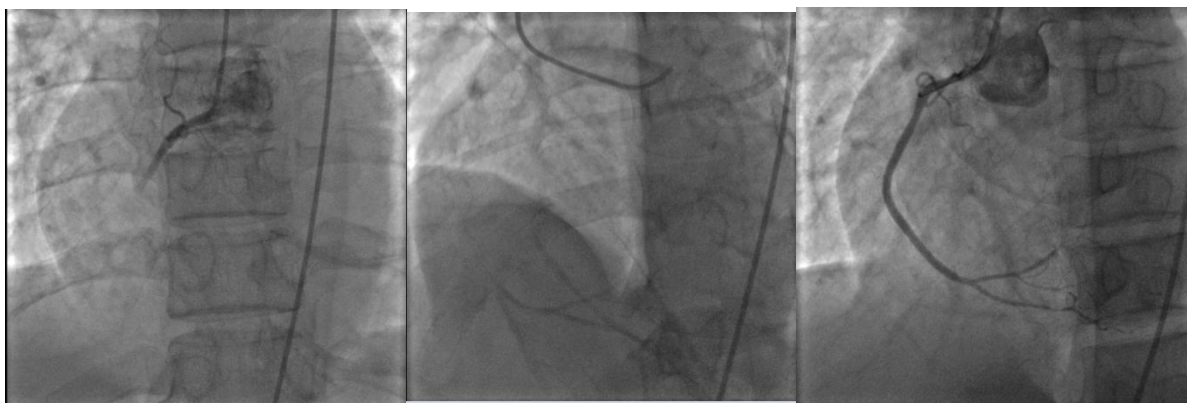
II. CA LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1

Bệnh nhân nam, 61 tuổi, tiền sử tăng huyết áp điều trị thường xuyên bằng amlodipine 5mg/ngày, rối loạn chuyển hóa lipid máu, đau ngực nhiều tháng điều trị nội khoa không cải thiện. Xét nghiệm lúc vào: điện tim có sóng Q ở các chuyển đạo vùng sau dưới DII, DIII, AVF, xét nghiệm troponin Ths 0,02ng/l, không có động học, siêu âm tim không có giảm vận động vùng, chức năng thất trái trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được chụp động mạch

vành qua da chần đoán, kết quả chụp mạch thể hiện hình ảnh tắc hoàn toàn mạn tính từ đoạn 2 động mạch vành phải, có tuần hoàn bàng hệ từ nhánh động mạch liên thất trước, kèm tổn thương hẹp khoảng 60% đoạn 2 của động mạch mũ. Bệnh nhân sau đó được tiến hành can thiệp động mạch vành phải.

Các bước can thiệp chúng tôi sử dụng đường vào là động mạch đùi phải, ống thông hỗ trợ can thiệp Judkins right 3,5 (JR 3,5), các thuốc được sử dụng tối ưu trước can thiệp. Chúng tôi sử dụng dây dẫn Runthrough và Fielder XT-R và sử dụng vi ống thông Finecross để trợ lực và đã đục qua được đoạn tắc của động mạch vành phải. Tổn thương tiếp tục được nong bóng và đặt thành công 2 stent 2,75x38 mm và 3,0x38mm, sau can thiệp dòng chảy TIMI 3. Bệnh nhân sau can thiệp đỡ đau ngực, các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ổn định, xuất viện sau 3 ngày.



Hình 1: Hình ảnh can thiệp ca lâm sàng 1

Ca lâm sàng 2

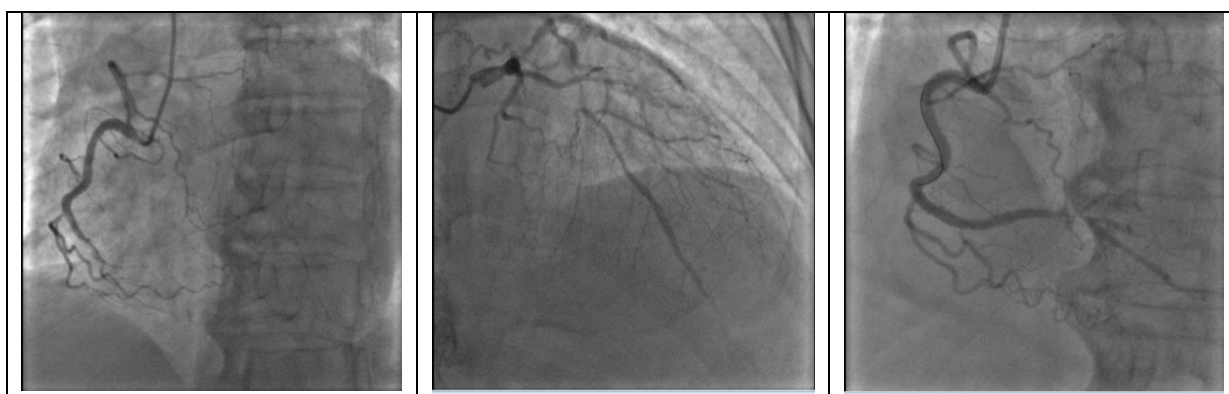
Bệnh nhân nam, 71 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, hút thuốc lá nhiều năm, đợt này vào viện vì đau ngực kèm khó thở khi gắng sức. Xét nghiệm lúc vào điện tim có biểu hiện thiếu máu cơ tim nhiều vùng chuyển

đạo, men tim không tăng, siêu âm tim có giảm chức năng thất trái với phân số tổng máu thất trái EF 42%, không có rối loạn vận động vùng. Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim trên nền bệnh tim thiếu máu cục bộ và tăng huyết áp, sau đó bệnh nhân được chụp

động mạch vành chẩn đoán. Kết quả chụp động mạch vành cho thấy tổn thương tắc mạn tính ở cả đoạn 3 động mạch vành phải và đoạn 2 động mạch liên thất trước, có bàng hệ tự thân và từ động mạch mũ.

Các bước can thiệp đầu tiên chúng tôi lựa chọn can thiệp động mạch liên thất trước tuy nhiên tổn thương quá cứng và không thể đưa dây dẫn qua, nhận định khả năng can thiệp thành công động mạch liên thất trước khá

thấp, chúng tôi thay đổi chiến lược sang can thiệp động mạch vành phải. Các bước can thiệp động mạch vành phải được tiến hành tương tự như ca thứ nhất, với thời gian sau khoảng 30 phút chúng tôi đã lái được dây dẫn qua tổn thương và tiến hành đặt stent động mạch vành phải thành công, sau can thiệp dòng chảy TIMI 3. Bệnh nhân sau can thiệp cải thiện triệu chứng đau ngực, được cho ra viện sau 5 ngày.



Hình 2: Hình ảnh can thiệp ca lâm sàng 2

IV. BÀN LUẬN

Việc lựa chọn chiến lược điều trị cho bệnh nhân có tổn thương tắc mạn tính động mạch vành cũng là một vấn đề còn đang gây tranh cãi, tuy nhiên có nhiều bằng chứng cho thấy các lợi ích của việc tái thông dòng chảy động mạch vành so với điều trị nội khoa đơn thuần. Các lợi ích này bao gồm giảm triệu chứng đau ngực, giảm liều các thuốc giãn vành, cải thiện khả năng gắng sức, phục hồi chức năng tâm thu thất trái, giảm nguy cơ rối loạn nhịp [4]. Trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp của tác giả Ka Hou Christien Li và cộng sự xuất bản năm 2019, tổng hợp 11493 bệnh nhân trong 17 nghiên cứu cả lâm sàng ngẫu nhiên và quan sát, khi so sánh với can thiệp qua da, điều trị nội khoa có tỉ lệ

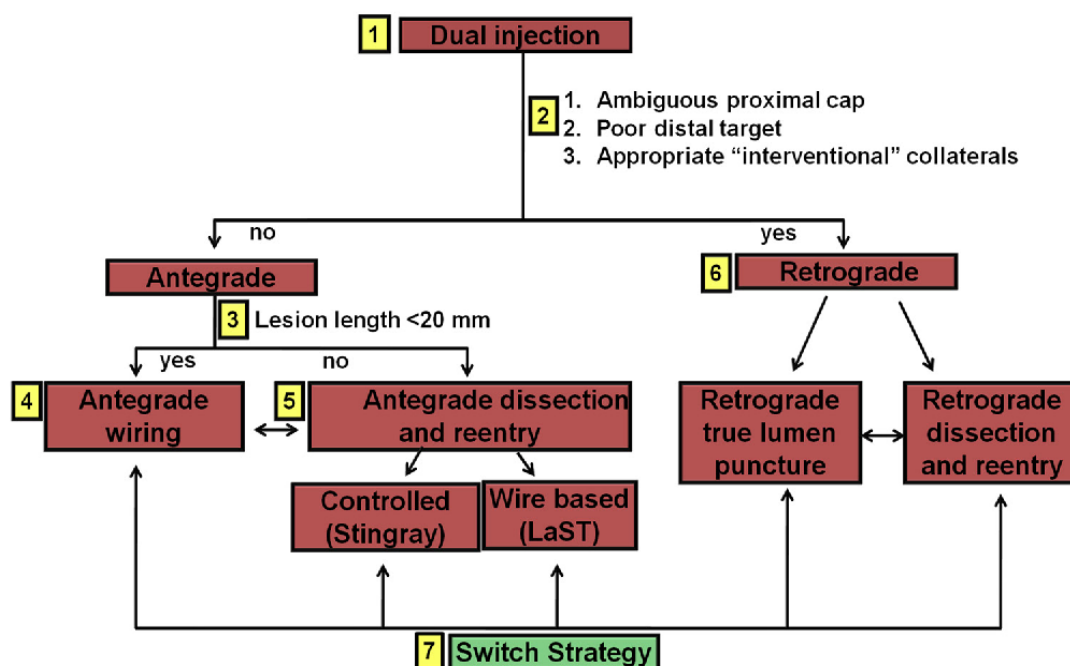
cao hơn về tử vong do mọi nguyên nhân (RR 1,99, 95% CI 1,38-2,86), tử vong do tim mạch (RR 2,36 (1,97-2,84)), và biến cố tim mạch lớn (RR 1,25 (1,03-1,51)), tuy nhiên không có sự khác biệt về tỉ lệ nhồi máu cơ tim hoặc phải tái can thiệp giữa hai nhóm [5]. Các bệnh nhân có tổn thương tắc hoàn toàn mạn tính có thể được tái thông bằng phẫu thuật bắc cầu nối chủ-vành, tuy nhiên can thiệp động mạch vành qua da vẫn là phương pháp được ưu tiên hơn trong nhiều trường hợp, đặc biệt là bệnh nhân đã có cầu nối chủ-vành trước đó hoặc bệnh nhân có tổn thương tắc mạn tính động mạch vành phải đơn độc.

Can thiệp động mạch vành trong tổn thương tắc động mạch vành mạn tính được

xem là một thách thức cho các nhà can thiệp với tỉ lệ thành công thấp và nguy cơ biến chứng cao. Trong một nghiên cứu gần đây của Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ (ACC), can thiệp tổn thương tắc mạn tính chiếm chỉ 3,8% trong số can thiệp bệnh động mạch vành mạn tính với tỉ lệ thành công thấp hơn (59% so với 96%, $p<0,001$) cùng tỉ lệ biến chứng thủ thuật cao hơn (1,6% so với 0,8%, $p<0,001$) so với can thiệp tổn thương bình thường [6]. Tuy nhiên tỉ lệ này được cải thiện ở các trung tâm có nhiều kinh nghiệm, nhiều trung tâm đã có báo cáo về các kỹ thuật và thiết bị hiện đại hơn đã cải thiện tỉ lệ thành công của can thiệp tổn thương tắc mạn tính [7,8].

Cả hai bệnh nhân của chúng tôi nhập

viện chủ yếu đều vì triệu chứng đau ngực mạn tính và có xu hướng tăng lên theo thời gian. Các bệnh nhân đều có các yếu tố nguy cơ điển hình của bệnh tim mạch, bệnh nhân thứ nhất là tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, bệnh nhân thứ hai ngoài hai yếu tố trên có thêm tiền sử đái tháo đường và hút thuốc lá nhiều năm. Trong thống kê số bệnh nhân chụp và can thiệp tại bệnh viện chúng tôi trong vòng hai năm, số bệnh nhân có từ 3 yếu tố nguy cơ tim mạch có tỉ lệ tổn thương động mạch vành với mức độ nặng và lan tỏa hơn. Trong phác đồ điều trị của bệnh mạch vành mạn tính, việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ đóng vai trò rất quan trọng nhằm tối ưu kết quả can thiệp và cải thiện tiên lượng lâu dài của bệnh nhân.



Hình 3: Phác đồ can thiệp tổn thương tắc CTO (theo Brilakis ES, Grantham JA, Rinfret S, et al. A percutaneous treatment algorithm for crossing coronary chronic total occlusions. JACC Cardiovasc Interv 2012;5:367-79)

Kỹ thuật can thiệp trong tổn thương tắc mạn tính động mạch vành yêu cầu nhiều thiết bị và kỹ năng so với can thiệp thông thường. Chiến lược được áp dụng nhiều nhất từ trước đến nay là chiến lược hybrid, được trình bày trong nghiên cứu RECHARGE [9]. Chiến lược này được thể hiện ngắn gọn qua lược hình 3, trình bày về sự lựa chọn chiến lược can thiệp xuôi dòng và ngược dòng dựa trên giải phẫu mạch máu, tính chất tổn thương cũng như phân bố của tuần hoàn bàng hệ. Việc nắm vững giải phẫu và tuần hoàn bàng hệ của động mạch vành đóng vai trò rất lớn quyết định sự thành công của ca can thiệp.

Cả hai bệnh nhân của chúng tôi đều được can thiệp tổn thương tắc mạn tính của động mạch vành phải. Do khởi đầu làm can thiệp, chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân có tổn thương không quá phức tạp, ít vôi hóa và ít can thiệp vào các nhánh bên. Chiến lược can thiệp của hai bệnh nhân đều là đi xuôi dòng, do tuần hoàn bàng hệ tự thân của bệnh nhân đều khá rõ nên chúng tôi không chụp mạch hai bên theo phương pháp hybrid. Với tính chất tổn thương ít vôi hóa và không gấp góc, ống thông can thiệp được lựa chọn cho cả hai trường hợp là judkins right kích thước 6 French cho đường vào động mạch quay phải, đây là loại ống thông có tính thông dụng trong can thiệp động mạch vành phải và có thể sử dụng với những ca CTO có tổn thương ít lực cản. Đối với những tổn thương phức tạp hơn và cần tính trợ lực cao, ống thông Amplatz left có thể là lựa chọn thay thế.

Kỹ thuật khó khăn nhất là việc đưa được dây dẫn can thiệp qua tổn thương, đây cũng là giai đoạn có tỉ lệ thất bại cao nhất trong tổn thương CTO [1]. Ca đầu tiên của chúng tôi tiến hành thuận lợi với dây dẫn Fielder

XT-R dưới sự trợ lực của vi ống thông Finecross. Đối với ca thứ hai, khi chúng tôi tiến hành can thiệp với tổn thương CTO của động mạch liên thất trước, việc đưa dây dẫn qua tổn thương mạch rất khó khăn, do đầu gần của tổn thương nhọn và liên tục với nhánh bên. Với những tổn thương có tính chất như trên thì sử dụng chiến lược đi dây dẫn ngược dòng là một biện pháp có thể được cân nhắc. Các kỹ thuật đưa dây dẫn qua lòng tổn thương có thể đi xuôi dòng hoặc ngược dòng qua tuần hoàn bàng hệ, đi qua lòng thật hoặc lòng giả, việc lựa chọn kỹ thuật phụ thuộc vào tính chất tổn thương trong lúc làm can thiệp. Các giai đoạn nong bóng và đặt stent sau khi đi được qua tổn thương của hai ca của chúng tôi đều được tiến hành thuận lợi.

Các biến chứng trong can thiệp tổn thương tắc mạn tính có tỉ lệ cao hơn hẳn so với can thiệp tổn thương không phải CTO, đặc biệt là các biến chứng nguy hiểm đến tính mạng như lóc tách động mạch hay thủng động mạch vành, việc xử trí các biến chứng này cũng thường khó khăn hơn so với các tổn thương thông thường. Các ca can thiệp của chúng tôi chưa gặp phải các biến chứng này, với đặc điểm mạch máu của hai bệnh nhân ít vôi hóa, sự dụng dây dẫn can thiệp không quá cứng và có sự hỗ trợ của vi ống thông can thiệp nên ít khả năng xảy ra việc thủng thành mạch.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương tắc mạn tính động mạch vành là tổn thương thường gặp trong chụp động mạch vành. Việc tái thông mạch vành trong tổn thương tắc mạn tính có lợi ích giảm triệu chứng, giảm phụ thuộc thuốc giãn vành, cải thiện khả năng gắng sức và chức năng tâm thu thất trái.

Can thiệp động mạch vành qua da trong tổn thương tắc mạn tính là can thiệp khó với tỉ lệ thành công thấp và nguy cơ biến chứng cao hơn can thiệp thường quy, do vậy đòi hỏi các nhà can thiệp cần tính toán và cân nhắc kỹ trong chỉ định, chiến lược điều trị và kỹ thuật can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brilakis ES.** Manual of Coronary Chronic Total Occlusion Interventions, 1st Edition: A Step-By-Step Approach. Waltham, MA: Elsevier; 2013
2. **Fefer P, Knudtson ML, Cheema AN, et al.** Current perspectives on coronary chronic total occlusions: the Canadian Multicenter Chronic Total Occlusions Registry. *J Am Coll Cardiol* 2012;59:991-7.
3. **Christofferson RD, Lehmann KG, Martin GV, Every N, Caldwell JH, Kapadia SR.** Effect of chronic total coronary occlusion on treatment strategy. *Am J Cardiol* 2005;95:1088-91.
4. **Grantham JA, Jones PG, Cannon L, Spertus JA.** Quantifying the early health status benefits of successful chronic total occlusion recanalization: results from the FlowCardia's Approach to Chronic Total Occlusion Recanalization (FACTOR) Trial. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3:284-90.
5. **Li, K. H. C., Wong, K. H. G., Gong, M., Liu, T., Li, G., Xia, Y., ... Vassiliou, V. S. (2019).** Percutaneous Coronary Intervention Versus Medical Therapy for Chronic Total Occlusion of Coronary Arteries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Atherosclerosis Reports*, 21(10).
6. **Brilakis ES, Banerjee S, Karmaliotis D, et al.** Procedural outcomes of chronic total occlusion percutaneous coronary intervention: a report from the NCDR (National Cardiovascular Data Registry). *JACC Interv* 2015;8:245-53.
7. **Christopoulos G, Menon RV, Karmaliotis D, et al.** The efficacy and safety of the "hybrid" approach to coronary chronic total occlusions: insights from a contemporary multicenter US registry and comparison with prior studies. *J Invasive Cardiol* 2014;26:427-32.
8. **Galassi AR, Tomasello SD, Reifart N, et al.** In-hospital outcomes of percutaneous coronary intervention in patients with chronic total occlusion: insights from the ERCTO (European Registry of Chronic Total Occlusion) registry. *EuroIntervention* 2011;7:472-9.
9. **Szjgyarto Z, Rampat R, Werner GS, et al.** Derivation and validation of a chronic total coronary occlusion intervention procedural success score from the 20,000-patient EUROCTO Registry: the EUROCTO (CASTLE) score. *J Am Coll Cardiol Intv* 2019;Epub ahead of print.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BÀI THUỐC QUYÊN TÝ THANG KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNҺ TAY TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thị Ngọc Linh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bài thuốc Quyên tý thang kết hợp điện châm trên bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay tại khoa Y học cổ truyền, bệnh viện Thanh Nhàn. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh kết quả trước và sau điều trị trên 45 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng cổ vai cánh tay. **Kết quả nghiên cứu:** Điểm VAS trung bình giảm từ 6.04 ± 1.35 xuống 2.13 ± 0.97 ($p < 0.01$); tầm vận động cột sống cổ tăng lên mức ảnh hưởng sinh hoạt hàng ngày cải thiện, có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$; kết hợp bài thuốc Quyên tý thang và điện châm điều trị hội chứng cổ vai cánh tay không gặp các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng. **Kết luận:** Bài thuốc Quyên tý thang kết hợp điện châm điều trị có kết quả tốt và an toàn trên những bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay.

Từ khóa: Quyên tý thang, điện châm, hội chứng cổ vai cánh tay.

SUMMARY

**THE RESULTS OF QUYEN TY THANG
COMBINED WITH ELECTRO –
ACUPUNCTURE IN PATIENTS WITH
ARM NECK AND SHOULDER
SYNDROME AT THE TRADITIONAL**

*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Linh
Email: bluenight0309@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 09/12/2019

Ngày duyệt bài: 14/01/2020

MEDICINE DEPARTMENT, THANH NHAN HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of “Quyên ty thang” combined with electro - acupuncture in patient's arm neck and shoulder syndrome at the traditional medicine department, Thanh Nhan hospital. **Methods and subjects:** prospective studies, clinical interventions, comparing results before and after treatment on 45 patients with arm neck and shoulder syndrome. **Results:** Average VAS score decreased from 6.04 ± 1.35 to 2.13 ± 0.97 ($p < 0.01$); The movement of the cervical spine increased with the effect of improving daily activities, statistical significance with $p < 0.01$; “Quyên ty thang” combined with electro-acupuncture for treatment of arm neck and shoulder syndrome has no side effects on clinical. **Conclusions:** The combination of “Quyên ty thang with electro-acupuncture” has good effects and safety in patients with arm neck and shoulder syndrome.

Keywords: “Quyên ty thang”, electro-acupuncture, arm neck and shoulder syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cổ vai cánh tay (HCCVCT) là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ, thường kèm theo các rối loạn của chức năng rễ, dây thần kinh cổ và/hoặc tủy cổ. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau vùng cổ, vai và một bên tay, kèm theo một số rối loạn cảm giác và/hoặc vận động tại vùng chi phối của rễ dây thần kinh cột sống cổ bị ảnh hưởng. Nguyên nhân thường gặp HCCVCT là do

thoái hóa cột sống cổ (THCSC), một số do thoát vị đĩa đệm cột sống cổ (TVĐĐCSC) và các nguyên nhân khác [1]. Năm 2015, nghiên cứu thống kê tại Bắc Mỹ cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ là 41 - 605/1.000.000 người, tỷ lệ nhập viện là 4,04/100.000 người/năm và tỷ lệ can thiệp phẫu thuật ngày càng tăng [2]. Theo y học cổ truyền (YHCT), HCCVCT thuộc phạm vi chứng tý nguyên nhân do phong hàn thấp tà xâm nhập vào cơ thể nhân lúc chính khí hư suy, dẫn đến khí huyết vận hành không thông, làm gân cốt, cơ bắp, khớp xương bị đau, tê dại, co duỗi khó khăn [3]. Các phương pháp điều trị không dùng thuốc như điện châm, xoa bóp bấm huyệt, thủy châm... thường được sử dụng đơn thuần hoặc phối hợp với các bài thuốc cổ phương. Trong đó, bài thuốc Quyên tý thang có xuất xứ từ Bách nhất tuyển phương [4] là một trong những bài thuốc chủ trị phong thấp tý thống, vai cổ đau mỏi, tê tay đã dùng nhiều và có kết quả trên lâm sàng. Thực tế những năm gần đây bệnh nhân HVCVCT đến khoa YHCT - bệnh viện Thanh Nhân ngày càng đông, được điều trị kết hợp bài thuốc Quyên tý thang và điện châm có mang lại hiệu quả. Tuy nhiên chưa có công trình nghiên cứu nào thống kê lại kết quả điều trị trên. Để có thêm minh chứng khoa học cho phương pháp điều trị kết hợp đó chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu mục tiêu chính sau: *Đánh giá kết quả điều trị bài thuốc Quyên tý thang kết hợp điện châm trên bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay tại khoa YHCT bệnh viện Thanh Nhân.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân có chẩn đoán là hội chứng cổ vai cánh tay được điều trị nội trú tại Khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện Thanh

Nhàn từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 11 năm 2018. Lấy cỡ mẫu chủ đích là 45 bệnh nhân.

2.2.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Theo YHHĐ: Bệnh nhân tuổi từ 30 trở lên, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, được chẩn đoán xác định HCCVCT [1]. Lâm sàng có hội chứng cột sống cổ. Cận lâm sàng: trên phim X- quang cột sống cổ có hình ảnh thoái hóa. BN tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, tuân thủ điều trị, không áp dụng các phương pháp điều trị khác trong thời gian nghiên cứu.

Theo YHCT: Căn cứ vào thể trạng BN qua tứ chẩn, bát cương để chẩn đoán, qui nạp hội chứng: chọn BN thuộc chứng tý ở vùng cổ, vai, cánh tay thể phong hàn thấp tý biểu hiện: đau âm ỉ vùng cổ gáy, đau tăng khi vận động, chườm nóng đỡ đau, kèm đau đầu, đau lan xuống vai, tay; vận động nặng nề khó khăn, chất lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoạt hoặc trầm tế.

2.2.2 Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

***YHHĐ:** HCCVCT không phải do nguyên nhân THCSC như viêm quanh khớp vai, chấn thương, các khối u tại cột sống, viêm, lún đốt sống do ung thư trên phim X-quang. Phụ nữ có thai và đang cho con bú. Bỏ điều trị trên 3 ngày, không tự nguyện tham gia điều trị. Mắc các bệnh mãn tính: lao, xẹp đốt sống cổ. BN kèm tổn thương nội tạng hoặc các bệnh mạn tính khác: suy tim, suy thận, viêm gan cấp, xơ gan, tăng huyết áp chưa ổn định, bệnh lý ác tính, rối loạn tâm thần. Tự dùng thuốc chống viêm, giảm đau khác trong thời gian nghiên cứu. Bệnh nhân có tổn thương da, rối loạn đông máu.

***YHCT:** BN đau cổ, vai, cánh tay không thuộc thể phong hàn thấp tý.

2.2. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

- Bài thuốc Quyển tỷ thang xuất xứ từ Bách hất tuyền phương gồm 8 vị thuốc đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam IV [5] và tiêu chuẩn cơ sở. Kim châm cứu, Pince, bông, cồn, máy điện châm, thước đo điểm VAS, bộ câu hỏi NPQ (Northwick Pack Pain Questionnaire).

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

2.3.2. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân nghiên cứu đều được thăm khám lâm sàng toàn diện theo mẫu bệnh án thống nhất. Phác đồ điều trị: BN uống thuốc sắc ngày 2 lần lúc 10h - 16h, trong 2 tuần. Phác đồ huyết và kỹ thuật châm [6]: Châm tả: tần số từ 5 - 10 Hz, cường độ từ 5 - 10 μ A, các huyệt Phong trì (VB 20), Giáp tích C3-4-5-6, Thiên trụ (V 10), Kiên trình (IG 9), Kiên tỉnh (GI 21), Kiên ngưng (GI 15) xuyên Tý nhu (GI 14), Thủ tam lý (GI 11) xuyên Khúc trì (GI 10), Ngoại quan (TR 5) xuyên Chi câu (TR 6), Hợp cốc (GI 4). Liệu trình: Thời gian: 30

phút/ngày, 5 ngày/ tuần, trong 2 tuần. Theo dõi các biểu hiện lâm sàng, các tác dụng không mong muốn của phác đồ điều trị (nếu có) trong và sau điều trị. Nếu có gì bất thường sẽ được xử lý kịp thời. Đánh giá kết quả trước và sau điều trị 14 ngày.

2.4. Các chỉ tiêu chuẩn đánh giá

2.4.1. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

Mức độ đau chủ quan của người bệnh được lượng giá bằng thang điểm VAS. Thang VAS được chia thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 điểm từ 0 (hoàn toàn không đau) đến 10 (đau nghiêm trọng, có thể choáng ngất) [7]: VAS = 0: hoàn toàn không đau; VAS 1 - 3: đau ít; VAS 4 - 6: đau vừa; VAS 7 - 8: đau nhiều; VAS 9 - 10: đau không chịu nổi.

2.4.2. Đánh giá về tầm vận động cột sống cổ

Tầm vận động của cột sống cổ được đo ở các động tác gấp duỗi (cúi ngửa), nghiêng bên và quay.

Bảng 1.1. Tầm vận động cột sống cổ

Tầm vận động \ Điểm	4 điểm	3 điểm	2 điểm	1 điểm	0 điểm
Độ gấp (Cúi)	< 30°	30-34°	35- 39°	40-44°	45-55°
Độ duỗi (Ngửa)	< 45°	45-49°	50-54°	55-59°	60-70°
Độ nghiêng (P)	<25°	25-29°	30-34°	35-39°	40-50°
Độ nghiêng (T)	< 25°	25-29°	30-34°	35-39°	40-50°
Xoay (P)	<45°	45-49°	50-54°	55-59°	60-70°
Xoay (T)	< 45°	45-49°	50-54°	55-59°	60-70°

- Đánh giá tầm vận động cột sống cổ: Không hạn chế: 0 điểm; Hạn chế ít: 1 - 6 điểm; Hạn chế vừa: 7 - 12 điểm; Hạn chế nhiều: 13 - 18 điểm; Hạn chế rất nhiều: 19 - 24 điểm.

2.4.3. Đánh giá ảnh hưởng đau với chức năng sinh hoạt

- Dựa vào bảng câu hỏi NPQ: đánh giá mức độ đau và ảnh hưởng của đau vùng cổ nên chức năng sinh hoạt hàng ngày. Đây là

một phương pháp đơn giản, dễ sử dụng trong lâm sàng và cung cấp một công cụ đo đặc khách quan triệu chứng theo thời gian được xây dựng và sử dụng tại bệnh viện Northwick Park, Middlesex (Anh) [8].

- Điểm tối đa cho phần này là 32 điểm chia các mức độ như sau: Không ảnh hưởng: 0 - 2 điểm; Ảnh hưởng ít: 3 - 8 điểm; Ảnh hưởng vừa: 9 - 16 điểm; Ảnh hưởng nhiều: 17 - 24 điểm; Ảnh hưởng rất nhiều: 25 - 32

điểm.

2.5. Theo dõi các triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng: Tác dụng không mong muốn của điện châm (nếu có): vụng châm, chảy máu, nhiễm trùng, gãy kim. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc (nếu có): Mẩn ngứa, buồn nôn, tiêu chảy.

2.6. Xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả điều trị

Bảng 3.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị

Mức độ đau	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	%	n	%	
Hoàn toàn không đau (0 điểm)	0	0	1	2.22	
Đau ít (1- 3 điểm)	2	4.44	31	68.89	< 0.01
Đau vừa (4 - 6 điểm)	27	60.00	13	28.89	< 0.01
Đau nhiều (7 – 8 điểm)	16	35.56	0	0	
Đau không chịu nổi (9 - 10 điểm)	0	0	0	0	
Tổng	45	100	45	100	
Điểm VAS trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	6.04 $\pm$ 1.35		2.13 $\pm$ 0.97		< 0.01

Nhận xét: Điểm trung bình so sánh trước và sau điều trị có khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.2. Số đo tầm vận động cột sống cổ trước và sau điều trị

Tầm vận động	Trước điều trị (độ°) ($\bar{X} \pm SD$)	Sau điều trị (độ°) ($\bar{X} \pm SD$)	p
Cúi	33.89 $\pm$ 4.75	43.78 $\pm$ 4.28	< 0.01
Ngửa	48.89 $\pm$ 4.38	48.89 $\pm$ 2.79	< 0.01
Nghiêng trái	29.91 $\pm$ 3.74	39.00 $\pm$ 3.47	< 0.01
Nghiêng phải	29.33 $\pm$ 3.47	39.22 $\pm$ 2.60	< 0.01
Quay trái	48.89 $\pm$ 4.98	57.89 $\pm$ 2.71	< 0.01
Quay phải	49.33 $\pm$ 4.34	59.33 $\pm$ 2.73	< 0.01

Nhận xét: Số đo tầm vận động theo các động tác đều tăng có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$.

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo mức độ ảnh hưởng sinh hoạt hàng ngày trước và sau điều trị

Mức độ ảnh hưởng sinh hoạt	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	%	N	%	
Không ảnh hưởng	1	2.22	14	31.11	< 0.01
Ảnh hưởng ít	3	6.67	30	66.67	< 0.01
Ảnh hưởng vừa	21	46.67	1	2.22	< 0.01
Ảnh hưởng nhiều	18	40	0	0	
Ảnh hưởng rất nhiều	2	4.44	0	0	
Tổng	45	100	45	100	
Điểm NPQ trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	12.87 $\pm$ 3.96		4.70 $\pm$ 2.68		< 0.01

Nhận xét: Điểm NPQ trung bình giảm từ 12.87 $\pm$ 3.96 xuống còn 4.70 $\pm$ 2.68, khác biệt với p < 0.01.

3.2 Tác dụng không mong muốn: Trong quá trình điều trị, không có bệnh nhân nào gặp tác dụng mong muốn của điện châm và bài thuốc Quyên tý thang.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Bàn luận về chỉ số VAS: Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm đau VAS trung bình sau điều trị giảm nhiều so với trước điều trị, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với p < 0.01. Tác dụng giảm đau của phương pháp điện châm kết hợp dùng bài thuốc Quyên tý thang đạt hiệu quả trên lâm sàng. Điện châm là sử dụng dòng điện 1 chiều kích thích liên tục tác dụng kích thích não giải phóng morphin nội sinh, tăng cường tưới máu tới vùng đau giúp cải thiện triệu chứng đau. Đồng thời, chúng tôi sử dụng công thức huyết chủ yếu nhóm huyết tại chỗ có tác dụng kích thích mạnh tại điểm đau, tăng cường tuần hoàn tới vị trí đau. Bài thuốc Quyên tý thang gồm các vị khu phong, tán hàn, thông kinh hoạt lạc, hành khí hoạt huyết từ đó chỉ thống (giảm đau) hiệu quả.

Như vậy việc kết hợp điện châm và bài thuốc Quyên tý thang trong điều trị HCCVCT do THCS đem lại kết quả tốt trên lâm sàng.

4.2 Bàn luận về số đo tầm vận động: Chỉ số đo tầm vận động của các động tác cúi, ngửa, nghiêng phải, nghiêng trái, xoay phải, xoay trái đều tăng hơn so với trước điều trị sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với p < 0.01. Kết quả này cũng phù hợp kết quả của Lê Tuấn Anh [9]. Hạn chế tầm vận động cột sống cổ là do các nhóm cơ vùng cổ bị co cứng và đau khiến cơ thể hình thành tư thế chống đau. Theo YHCT, người bẩm tố tiên thiên không đủ, lại do lao động nặng nhọc quá độ hoặc do bệnh lâu người hư hoặc tuổi già yếu, phòng dục quá độ làm cho thận tinh hư tổn, thận hư không nuôi dưỡng được can mộc, can thận hư không nuôi dưỡng được cân cốt mà sinh bệnh. Nhân lúc chính khí suy giảm, phong hàn thấp tà thừa cơ xâm nhập vào vùng cổ gáy, gây tắc trở kinh lạc, cân cơ làm khí huyết ứ trệ, vận hành không thông lợi mà gây đau, co cứng cơ và hạn chế vận động. Như vậy, điện châm tác dụng giảm

đau giãn cơ kết hợp bài thuốc trừ phòng hàn thấp tà mà khí huyết vận hành thông lợi từ đó giãn cơ, cải thiện tầm vận động cột sống cổ.

4.3 Mức độ ảnh hưởng sinh hoạt thay đổi sau điều trị: Trong nghiên cứu, kết quả cho thấy sự thay đổi mức độ ảnh hưởng sinh hoạt sau điều trị với điểm NPQ trung bình cũng giảm đáng kể, có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Mức ảnh hưởng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện tương ứng với mức độ giảm triệu chứng của bệnh, nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Như vậy việc kết hợp điều trị có hiệu quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân trong thời gian ngắn.

4.4 Tác dụng không mong muốn của bài thuốc và điện châm: Trong quá trình nghiên cứu, các tác dụng không mong muốn của điện châm (vùng châm, chảy máu, nhiễm trùng, gãy kim) và bài thuốc Quyên tý thang (mẩn ngứa, buồn nôn, tiêu chảy) không gặp trên bệnh nhân nào. Điện châm là các phương pháp điều trị an toàn, được y văn ghi nhận [10]. Bài thuốc Quyên tý thang là bài thuốc cổ phương được ghi trong Bách nhất tuyển phương được sử dụng qua nhiều năm, đến nay chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn [4].

V. KẾT LUẬN

Bài thuốc Quyên tý thang kết hợp điện châm điều trị có kết quả giảm đau, cải thiện tầm vận động cột sống cổ và an toàn trên những bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2014)**, Hội chứng cổ, vai, cánh tay. Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, 217-24.
2. **Nouri A, etc (2015)**, Degenerative Cervical Myelopathy: Epidemiology, Genetics, and Pathogenesis, Spine. 40(12): E675–E693, JUN 2015.
3. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2014)**, Nội kinh, Nhà xuất bản Y học, 130-6.
4. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2006)**, Thuốc Đông y cách sử dụng và một số bài thuốc hiệu nghiệm, Nhà xuất bản Y học, 348 - 49, 490.
5. **Bộ Y tế (2009)**, Dược điển Việt Nam IV, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2017)**, Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc, Nhà xuất bản Y học.
7. **Donald D. Price, PhD et al (2011)**, How should we use the visual analogue scale (VAS) in rehabilitation outcomes? II: Visual analogue scales as ratio scales: an alternative to the view of Kersten et al. J Rehabil Med. 2012 Sep; 44(9): 800–804.
8. **Yeung PL, Chiu TT, Leung AS**. Use of modified Northwick Park Neck Pain Questionnaire in patients with postirradiation neck disability: validation study. Head Neck. 2004 Dec; 26(12):1031-7.
9. **Lê Tuấn Anh (2016)**, Đánh giá hiệu quả điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt kết hợp với điện xung, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2017)**, Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc, Nhà xuất bản Y học.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN

Nguyễn Minh Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu thực hiện với hai mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người tiền đái tháo đường và phân tích một số yếu tố liên quan đến người tiền đái tháo đường tại địa điểm nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, cắt ngang có can thiệp được thực hiện trên 249 đối tượng có chỉ số xét nghiệm Glucose máu lúc đói dưới 7,0 mmol/l tại 2 phường thuộc thành phố Thái Nguyên từ tháng 08/2018 đến tháng 09/2018.

Kết quả: Tăng glucose máu lúc đói, sau ăn của nghiệm pháp dung nạp glucose và HbA1c lần lượt là 92,0%, 55,8% và 49,8%; Theo giá trị G2 (Glucose 2 giờ sau nghiệm pháp) đối tượng ĐTĐ có tiền sử thích ăn ngọt có rối loạn G2 (69,0%) cao hơn đối tượng TĐTĐ không thích ăn ngọt có ý nghĩa thống kê với $OR=2,512$, 95%CI: (1,476 – 4,277) và $p<0,001$.

Kết luận: Glucose máu giờ thứ 2 tăng ở đối tượng có chu vi vòng eo tăng, thói quen thích ăn ngọt và thói quen thích ăn mỡ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME RELATED FACTORS IN PRE-DIABETIC PEOPLE IN THAI NGUYEN CITY

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hiền

Email: hienshbvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 09/12/2019

Ngày duyệt bài: 14/01/2020

Background: This study aimed to describe clinical and subclinical characteristics in pre-diabetes and to analyze some factors related to pre-diabetes in the study site.

Materials and methods: The study was applied with descriptive cross-sectional methodology. The study was conducted on 249 subjects with fasting blood glucose test index below 7.0 mmol/l in 2 wards of Thai Nguyen city from August 2018 to September 2018.

Results: Increased fasting blood glucose, after eating of glucose and HbA1c tolerance tests, respectively 92.0%, 55.8% and 49.8%; According to the G2 value (Glucose 2 hours after the test), subjects with diabetes history of sweet-eating had G2 disorder (69.0%) were higher than subjects with diabetes who did not like to eat sweet with statistical significance with $OR = 2,512$, 95% CI: (1,476 - 4,277) and $p < 0,001$.

Conclusion: Blood glucose at the 2nd hour increased in subjects with increased waist circumference, habits like eating sweet and habits like to eat fat. The difference was statistically significant with $p < 0.05$.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền đái tháo đường là giai đoạn đầu tiên triển của bệnh đái tháo đường hiện nay tình trạng này đang tăng nhanh trên toàn thế giới. Nhiều nghiên cứu dịch tễ cho thấy khoảng 25% người RLG đói hay RLDNG diễn tiến sang ĐTĐ tít 2 trong khoảng 5 năm, trong khi đó khoảng 50% vẫn duy trì tiền ĐTĐ và 25% trở về bình thường, tốc độ diễn biến từ tiền đái tháo đường sang đái tháo đường tít 2 trung bình khoảng 10-12% mỗi năm. [1] Năm 2011, ước tính trên thế giới tỉ lệ ĐTĐ là

6,5% lứa tuổi 20-79 tuổi, tương ứng 280 triệu người. Tỷ lệ tiền ĐTĐ sẽ tăng lên 6,7%, tương ứng 398 triệu người vào năm 2030. Năm 2012, điều tra toàn quốc của bệnh viện Nội tiết TW cho thấy tỷ lệ RLDNG là 13,7%. Tỷ lệ RLDNG tại các khu vực: miền núi phía Bắc: 10,7%, đồng bằng sông Hồng: 11,2%, duyên hải miền Trung: 13%, Tây Nguyên: 10,7% và miền Đông Nam Bộ: 17,5% và đồng bằng sông Cửu Long: 13,6%. Tuy nhiên ở Thái Nguyên chưa có nghiên cứu nào về Tiền đái tháo đường cũng như tìm hiểu những yếu tố nguy cơ ở người dân nhằm đề xuất mô hình sàng lọc và theo dõi dự phòng tiền đái tháo đường, hướng tới chăm sóc sức khỏe và nâng cao chất lượng sống trong cộng đồng. Vì vậy chúng tôi tiến

hành nghiên cứu đề tài “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở người tiền đái tháo đường tại thành phố Thái Nguyên”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu theo pháp mô tả, cắt ngang có can thiệp được thực hiện trên 249 đối tượng có chỉ số xét nghiệm Glucose máu lúc đói dưới 7,0 mmol/l, được chọn ngẫu nhiên trong 510 người được khám sức khỏe định kỳ tại 2 phường thuộc thành phố Thái Nguyên từ tháng 08/2018 đến tháng 09/2018.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp nhân trắc, phỏng vấn và xét nghiệm sinh hóa. Phương pháp xử lý số liệu với phần mềm SPSS 16.0 với các test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm chung và yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của tuổi và giới (n=249)

Nhóm tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Chung		P
	n	%	n	%	n	%	
40 - 49	38	48,7	42	24,6	80	32,2	0,001
50 - 59	18	23,1	59	34,5	77	30,9	
≥ 60	22	28,2	70	40,9	92	36,9	
Tổng số	78	100,0	171	100,0	249	100,0	
Trung bình	55,93 ± 9,99 (min = 40; max = 84)						

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nữ cao hơn nam tương ứng là 68,7% và 31,3%, nữ gấp 2,2 lần nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chúng tôi thấy rằng có tuổi trung bình $55,93 \pm 9,99$ tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 40 và nhiều tuổi nhất là 84. Chúng tôi thấy gặp nhiều nhất là nhóm tuổi ≥ 60 (36,9%), tiếp theo là nhóm tuổi 40-49 (32,2%), nhóm tuổi 50-59 gặp (30,9%)

Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử và thói quen hàng ngày

Biểu hiện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử gia đình có ĐTĐ	18	7,2
Hút thuốc lá (có khi hút >10 bao/năm)	37	14,9
Thích ăn ngọt	100	40,2
Thích ăn mỡ	107	43,0

Ít hoạt động thể lực	177	71,1
Phụ nữ đẻ con $\geq 3,6$ kg	10	4,0
Hội chứng buồng trứng đa nang	1	0,4

Trong nghiên cứu của chúng tôi tiền sử gia đình có người mắc bệnh đái tháo đường là 7,2%, tiền sử hút thuốc lá 14,9%, tiền sử phụ nữ tiền sử đẻ con to $\geq 3,6$ kg là 4,0%, tiền sử phụ nữ có hội chứng buồng trứng đa nang gặp ít nhất 0,4%. Thói quen hay gặp nhất là ít hoạt động thể lực 71,1%, thích ăn mỡ 43%, thích ăn ngọt 40,2%. Nghiên cứu

của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Vũ Bích Nga và cs là: tỉ lệ ĐTĐ và TĐTĐ ở người tiền sử hút thuốc lá và thói quen ít hoạt động thể lực cao hơn so với người không hút thuốc và hoạt động thể lực, tuy nhiên chưa thấy mối quan hệ liên quan ($p>0,05$) [2].

Bảng 3.3. Phân độ THA theo JNC VII

Phân loại THA	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	66	26,5
Tiền THA	139	55,8
THA độ 1	39	15,7
THA độ 2	5	2,0
Tổng	249	100,0

Qua số liệu thu thập được ở bảng 3 chúng tôi thấy rằng đa phần đối tượng tiền đái tháo đường đều tiền tăng huyết áp (55,8%), đối tượng tiền đái tháo đường có mức huyết áp bình thường là 26,5%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tăng huyết áp

ở đối tượng tiền đái tháo đường (55,8%) cao hơn tỉ lệ đối tượng tiền đái tháo đường có tăng huyết áp (43,1%) trong nghiên cứu của Phan Văn Đoàn, Hoàng Trung Vinh và cộng sự [3].

Bảng 3.4. Tỷ lệ RLLP máu theo các chỉ số bị rối loạn

Số các chỉ số rối loạn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
0	87	34,9
1	69	27,7
2	62	24,9
3	28	11,2
4	3	1,2
Tổng	249	100,0

Qua số liệu thu thập được ở bảng 4 chúng tôi thấy rằng đa phần đối tượng tiền đái tháo đường đều có mức mỡ máu bình thường là 34,9%, tỷ lệ rối loạn 1 chỉ số mỡ máu là 27,7%, tỷ lệ rối loạn 2 chỉ số mỡ máu là 24,9%, tỷ lệ rối loạn 3 chỉ số mỡ máu là 11,2% và tỷ lệ rối loạn 4 chỉ số mỡ máu là

1,2%. Kết quả của chúng tôi tỉ lệ rối loạn lipid máu ở đối tượng tiền đái tháo đường (65,1%) thấp hơn so với tỉ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tiền đái tháo đường (80,7%) trong nghiên cứu của tác giả Phan Văn Đoàn, Hoàng Trung Vinh và cộng sự [3].

Liên quan giữa nồng độ glucose, HbA1C nhóm tuổi**Bảng 3.5. Liên quan giữa nồng độ glucose, HbA1c nhóm tuổi**

Nhóm tuổi (năm)	G0 (mmol/l)		G2 (mmol/l)		HbA1c (%)	
	5,6 - 6,9	< 5,6	7,8 – 11,0	< 7,8	5,6 – 6,4	<5,6
40 – 49	76 (95,0%)	4 (5,0%)	38 (47,5%)	42 (52,5%)	60 (75,0%)	20 (25,0%)
50 – 59	66 (85,7%)	11 (14,3%)	47 (61,0%)	30 (39,0%)	35 (45,5%)	42 (54,5%)
≥ 60	87 (94,6%)	5 (5,4%)	54 (58,7%)	38 (41,3%)	29 (31,5%)	63 (68,5%)
p	0,052		0,182		< 0,001	

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ TĐTĐ trong nhóm 40-84 tăng dần theo nhóm tuổi, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Như nghiên cứu của Nguyễn Vinh QUang năm 2007 tại hai tỉnh Nam Định và Thái Bình cho kết quả tỷ lệ ĐTĐ tít 2 và TĐTĐ đều tăng dần theo tuổi có ý nghĩa thống kê [25]. Nghiên cứu ở châu Âu cho

thấy ĐTĐ tít 2 thường xảy ra sau 50 tuổi chiếm 85-90% các trường hợp ĐTĐ [25]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng tỷ lệ TĐTĐ chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi 60 – 69 (43,9%). Tỷ lệ TĐTĐ tỷ lệ ở nhóm tuổi 50 – 59 (41,5%). Và giảm dần đến các đối tượng 40 – 49 tuổi.

Bảng 3.6. Liên quan giữa nồng độ glucose máu, HbA1c với giới

Giới	G0 (mmol/l)		G2 (mmol/l)		HbA1c (%)	
	5,6 - 6,9	< 5,6	7,8 – 11,0	< 7,8	5,6 – 6,4	<5,6
Nam	74 (94,9%)	4 (5,1%)	39 (50,0%)	39 (50,0%)	50 (64,1%)	28 (35,9%)
Nữ	155 (90,6%)	16 (9,4%)	100 (58,5%)	71 (41,5%)	74 (43,4%)	97 (56,7%)
OR (95%CI)	1,910 (0,617 – 5,912)		0,710 (0,415 – 1,216)		2,341 (1,347 – 4,068)	
p	0,255		0,211		0,002	

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tỉ lệ tiền ĐTĐ ở nữ cao hơn ở nam trong độ tuổi > 40 (nữ 68,7% so với nam 31,3%). Một số nghiên cứu trong nước chỉ ra rằng tại một số tỉnh thành, tỉ lệ tiền ĐTĐ tít 2 của nữ cao hơn nam hoặc không có nhiều sự khác biệt

về tỉ lệ ĐTĐ tít 2 giữa nam và nữ. Nghiên cứu của Phạm Đình Tuấn và Nguyễn Thy Khuê (2001) tại thành phố Long Xuyên – tỉnh An Giang cho thấy tỷ lệ ĐTĐ tít 2 của nữ cao hơn nam (4,9% và 2,8%) [31].

Bảng 3.7. Liên quan giữa nồng độ glucose, HbA1c với hút thuốc lá

TS hút thuốc lá	G0 (mmol/l)		G2 (mmol/l)		HbA1c (%)	
	5,6 - 6,9	< 5,6	7,8 - 11,0	< 7,8	5,6 - 6,4	<5,6
Có	37 (100,0%)	0 (0,0%)	23 (62,2%)	14 (37,8%)	25 (67,6%)	12 (32,4%)
Không	192 (90,6%)	20 (9,4%)	116 (54,7%)	96 (45,3%)	99 (46,7%)	113 (53,3%)
OR (95%CI)			1,360 (0,664 - 2,786)		2,378 (1,135 - 4,981)	
p	0,051		0,400		0,019	

Về liên quan giữa hút thuốc lá với ĐTDĐ, nghiên cứu của Tạ Văn Bình tại Hà Nội năm 2003 chỉ ra rằng tỉ lệ mắc ĐTDĐ ở nhóm người có thói quen hút thuốc có cao hơn 4 lần tỉ lệ này ở nhóm không hút thuốc lá [4]. Nghiên cứu của Lê Anh Tuấn và CS cho kết quả tỉ lệ ĐTDĐ ở nhóm có hút thuốc lá

22,5%, nhóm không hút thuốc là 23,7% [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ ĐTDĐ ở nhóm có hút thuốc lá (theo chỉ số G0, G2, HbA1c lần lượt là 100%, 62,2% và 32,4%) nhóm không hút thuốc (theo chỉ số G0, G2, HbA1c lần lượt là 90,6%, 54,7% và 53,3%) (p = 0,051, p = 0,4 và p = 0,019).

Bảng 3.8. Liên quan giữa nồng độ glucose, HbA1C với thói quen ăn ngọt

TS thích ăn ngọt	G0 (mmol/l)		G2 (mmol/l)		HbA1c (%)	
	5,6 - 6,9	< 5,6	7,8 - 11,0	< 7,8	5,6 - 6,4	<5,6
Có	93 (93,0%)	7 (7,0%)	69 (69,0%)	31 (31,0%)	58 (58,0%)	42 (42,0%)
Không	136 (91,3%)	13 (8,7%)	70 (47,0%)	79 (53,0%)	66 (44,3%)	83 (55,7%)
OR (95%CI)	1,270 (0,488 - 3,303)		2,512 (1,476 - 4,277)		1,737 (1,041 - 2,898)	
p	0,623		0,001		0,034	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo kết quả bảng 3.8 cho thấy: tỉ lệ đối tượng ĐTDĐ có rối loạn xét nghiệm theo giá trị G0, G2 và HbA1c thích ăn ngọt lần lượt có tỉ lệ: 93,0%, 69,0% và 42,0%. Tỉ lệ đối tượng ĐTDĐ có rối loạn xét nghiệm theo giá trị G0, G2 và HbA1c không thích ăn ngọt lần lượt có tỉ lệ:

91,3%, 47,0% và 55,7%. Theo giá trị G2 (Glucose 2 giờ sau nghiệm pháp) đối tượng ĐTDĐ có tiền sử thích ăn ngọt có rối loạn G2 (69,0%) cao hơn đối tượng ĐTDĐ không thích ăn ngọt có ý nghĩa thống kê với OR=2,512, 95%CI: (1,476 - 4,277) và p<0,001.

Bảng 3.9. Liên quan giữa nồng độ glucose, HbA1c với thói quen ăn mỡ

TS thích ăn mỡ	G0 (mmol/l)		G2 (mmol/l)		HbA1c (%)	
	5,6 - 6,9	< 5,6	7,8 - 11,0	< 7,8	5,6 - 6,4	<5,6
Có	98 (91,6%)	9 (8,4%)	74 (69,2%)	33 (30,8%)	60 (56,1%)	47 (43,9%)
Không	131 (92,3%)	11 (7,7%)	65 (45,8%)	77 (54,2%)	64 (45,1%)	78 (54,9%)
OR (95%CI)	0,914 (0,365 - 2,292)		2,656 (1,569 - 4,498)		1,556 (0,939 - 2,578)	
p	0,848		<0,001		0,086	

Tỉ lệ đối tượng TĐTĐ có rối loạn xét nghiệm theo giá trị G0, G2 và HbA1c thích ăn mỡ lần lượt có tỉ lệ: 91,6%, 69,2% và 43,9%. Tỉ lệ đối tượng TĐTĐ có rối loạn xét nghiệm theo giá trị G0, G2 và HbA1c không thích ăn mỡ lần lượt có tỉ lệ: 92,3%, 45,8% và 54,9%. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy sự khác biệt giữa đối tượng TĐTĐ thích ăn mỡ với đối tượng TĐTĐ không thích ăn mỡ.

IV. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người tiền đái tháo đường.

- Tăng glucose máu lúc đói, sau ăn của nghiệm pháp dung nạp glucose và HbA1c lần lượt là 92,0%, 55,8% và 49,8%.

- Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỉ lệ cao nhất (36,9%).

- Nữ gặp nhiều hơn nam.

- Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ: Ít hoạt động thể lực: 71,1%; Thích ăn mỡ: 43%; Thích ăn ngọt: 40,2%; Hút thuốc lá: 14,9%; Tiền sử gia đình có đái tháo đường: 7,2%; Phụ nữ sinh con to $\geq 3,6$ kg: 4,0%; Hội chứng buồng trứng đa nang ở phụ nữ: 0,4%.

- Tỷ lệ dư cân béo phì: 39,4%

- Tăng chu vi vòng eo: 16,9%

- Tăng tỉ số eo hông: 77m9%

- Tỉ lệ tăng huyết áp: 17,7%, tiền tăng huyết áp: 15,7%

Tỷ lệ rối loạn lipid máu chung 65,1%, trong đó tăng cholesterol: 44,2%, tăng triglycerid: 36,5%, tăng LDL-C: 19,3%, giảm HDL-C: 16,1%; Tăng insulin máu: 82,3%

Liên quan giữa nồng độ glucose máu, HbA1c với một số yếu tố nguy cơ ở đối tượng tiền đái tháo đường

- HbA1c tăng dần theo nhóm tuổi, ở nữ cao hơn ở nam, có hút thuốc lá, thích ăn ngọt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Glucose máu giờ thứ 2 tăng ở đối tượng có chu vi vòng eo tăng, thói quen thích ăn ngọt và thói quen thích ăn mỡ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Glucose máu lúc đói đều liên quan không có ý nghĩa thống kê với các yếu tố nguy cơ đã khảo sát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 **Lê Văn Bằng (2008)**, “Tiền đái tháo đường”. Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học – Hội nghị nội tiết & đái tháo đường miền Trung lần thứ VI, số 616-617 tr. 79-85.
- 2 **Vũ Bích Nga và cs (2017)**, “Tình hình ĐTĐ, tiền ĐTĐ và một số yếu tố liên quan của người trưởng thành tại xã Hồng Trị, huyện Bảo Lạc, tỉnh Cao Bằng năm, 2015”. Tạp chí nội tiết & đái tháo đường số 26/2017. Tr 180-186.
- 3 **Phan Văn Đoàn, Hoàng Trung Vinh, Nguyễn Văn Tiến (2017)**, “Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân tiền đái tháo đường” Tạp chí Nội tiết – Đái tháo đường. số 26 năm 2017. Tr 236-240.
- 4 **Tạ Văn Bình (2017)**, “Béo phì”, Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường – tăng glucose máu, NXB Y học, Hà Nội, tr 706-723.
- 5 **Phạm Đình Tuấn, Nguyễn Thy Khuê (2003)**, “Khảo sát tỷ lệ bệnh đái tháo đường trong cộng đồng dân cư thành phố Long Xuyên tỉnh An Giang”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tập 7(1) Chuyên đề Nội tiết. tr. 14-19.

THỰC TRẠNG VÀ KIẾN THỨC CỦA CÁN BỘ Y TẾ VỀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN KINH MÔN, HẢI DƯƠNG NĂM 2018

Nguyễn Minh Hiền*, Trần Thanh Tú*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này gồm 2 mục tiêu: 1) Mô tả thực trạng công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các phòng phẫu thuật, thủ thuật của Bệnh viện đa khoa huyện Kinh Môn, Hải Dương năm 2018; 2) Mô tả kiến thức của cán bộ y tế tại địa điểm trên về kiểm soát nhiễm khuẩn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang với đối tượng nghiên cứu là: Môi trường không khí tại các phòng phẫu thuật, thủ thuật; Nguồn nước sử dụng; Dụng cụ y tế; Bàn tay cán bộ y tế; Phẫu thuật viên, cán bộ y tế làm việc tại các khoa, phòng phẫu thuật, thủ thuật và cán bộ làm công tác quản lý giám sát

Kết quả: Còn 9,09% phòng phẫu thuật, thủ thuật còn thấm, mốc. 18,2% chưa được ốp gạch đến trần nhà. Tất cả các phòng đều đạt tiêu chí về xây dựng. Có 5/11 phòng còn đèn khử khuẩn ngoài phòng. 66,19% trả lời đúng về yếu tố gây nhiễm khuẩn bệnh viện cho bệnh nhân; 81,69% cho y bác sĩ, 58,45% về yếu tố tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện. Có 94,40% cán bộ biết về phân loại đồ vải, 98,60% về phương tiện vận chuyển, từ 94,40-98,60% biết về việc phải ghi nhãn, nơi lưu giữ và nơi giặt đồ vải bẩn.

Kết luận: Tăng cường hội thảo về kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế nhất là các đối tượng là nhân viên, thâm niên công tác ngắn để học cải thiện kiến thức của mình, từ đó làm tốt công tác kiểm soát nhiễm khuẩn của bệnh viện.

SUMMARY

CURRENT SITUATION AND KNOWLEDGE OF THE HEALTH OFFICER ON CONTROL OF DISEASES IN KIEN MON HOSPITAL, HAI DUONG, 2018

Objectives: This study includes 2 objectives: 1) Describe the situation of infection control in the operating rooms and procedures of Kinh Mon General Hospital, Hai Duong in 2018; 2) Describe the knowledge of health workers at the site on infection control.

Subjects and research methods: Descriptive studies cross-section with research subjects are: Air environment in operating rooms, procedures; Water source used; Medical instruments; Hands of health officials; Surgeons, medical staff working in faculties, operating rooms, procedures and supervisory management

Results: 9.09% of operating rooms, procedures are still penetrating and musty. 18.2% had no tiles on the ceiling. All rooms meet construction criteria. There are 5/11 rooms with disinfection lamps outside the room. 66.19% answered correctly about the factors causing hospital infections for patients; 81.69% for physicians and 58.45% for increased risk of hospital infections. 94.40% of officials know about classification of fabrics, 98.60% of vehicles, from 94.40-98.60% know about labeling, storage and washing of dirty fabrics.

Conclusion: Strengthening seminars on infection control for health workers, especially those who are employees, short-term seniority to learn to improve their knowledge, thereby doing a good job of infection control of the hospital.

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hiền

Email: hienshbvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 09/12/2019

Ngày duyệt bài: 14/01/2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện không chỉ xảy ra ở các nước chậm phát triển mà còn xảy ra ở khắp các bệnh viện trên thế giới. Tổ chức Y tế thế giới ước tính ở bất cứ thời điểm nào cũng có trên 1,4 triệu người trên thế giới mắc nhiễm khuẩn bệnh viện.

Tại Việt Nam, tuy chưa có được bức tranh đầy đủ về hiện trạng nhiễm khuẩn bệnh viện, song những điều tra của các bệnh viện và của bộ y tế cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện luôn dao động trong khoảng từ 3% đến 68% [1],[2],[3],[4].

Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là một trong những chỉ số quan trọng phản ánh chất lượng chuyên môn của bệnh viện, liên quan đến sự an toàn của người bệnh và nhân viên y tế, vì thế mang tính nhạy cảm về phương diện xã hội [2]. Hoạt động của chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn đóng vai trò rất quan trọng, góp phần ngăn chặn chống nhiễm khuẩn bệnh viện và mang lại hiệu quả kinh tế cao.

Bệnh viện Đa khoa Kinh Môn, Hải Dương đóng vai trò như bệnh viện khu vực nằm ở cuối tỉnh, giáp với Hải Phòng, đảm bảo công tác khám chữa bệnh cho nhân dân

và cho công nhân của khu công nghiệp. Để thực hiện sứ mệnh, bệnh viện phải có đầy đủ trang thiết bị cần thiết, đầy đủ nhân viên, công tác kiểm soát nhiễm khuẩn cũng phải được thực hiện thường xuyên, hiệu quả. Tuy nhiên, cho đến hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đề cập tới thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn, kiến thức thái độ của cán bộ y tế, bệnh nhân về việc này. Từ thực tế này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Thực trạng và kiến thức của cán bộ y tế kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện Kinh Môn, Hải Dương năm 2018*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang với thời gian nghiên cứu từ 1/6/2017 – 31/5/2018

Đối tượng nghiên cứu:

- Môi trường không khí tại các phòng phẫu thuật, thủ thuật
- Nguồn nước sử dụng
- Dụng cụ y tế
- Bàn tay cán bộ y tế
- Phẫu thuật viên, cán bộ y tế làm việc tại các khoa, phòng phẫu thuật, thủ thuật và cán bộ làm công tác quản lý giám sát

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Thực trạng công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại 11 khoa, phòng Bệnh viện đa khoa Kinh Môn năm 2018

Bảng 3.1. Kết quả về điều kiện vệ sinh các khoa, phòng (n=11)

	Đạt (n)	Tỷ lệ (%)
Nền nhà khô ráo	11	100
Tình trạng tường, trần nhà (thấm mốc)	10	90,01
Tường, phòng có ốp gạch men đến trần	09	81,80
Guốc, dép sử dụng riêng	11	100
Hệ thống làm khô tay hoặc khăn vô khuẩn	11	100
Dụng cụ làm sạch cho mỗi phòng	11	100
Bảng hướng dẫn qui trình rửa tay (treo ở trước bồn rửa tay)	11	100

Tất cả các phòng đều đạt tiêu chuẩn ,chỉ có 1/11 phòng còn tình trạng tường , trần nhà thấm mốc ,2 phòng chưa có ốp gạch men đến nhà.

Bảng 3.2. Thực trạng của cán bộ cho kiểm KSNK và Kết quả KSNK

		Số lượng (n)	Tỉ lệ %
Tham gia KSNK	Kiểm nhiệm	13	72,22
	Chuyên trách	5	27,7
Năm công tác	<5 năm	0	0,0
	5-10 năm	10	55,55
	>10 năm	8	44,45
Kết quả kiểm soát nhiễm khuẩn về công tác tập huấn cho cán bộ viên chức các khoa, phòng trong 6 tháng do bệnh viện tổ chức (n=142)			
Tham gia toàn bộ các tập huấn KSNK tại BV		142	100,0
Tham gia ít nhất 1 lần		142	100,0
Tham gia >1 lần, không liên tục		142	100,0
Tổng		142	100,0
Kết quả kiểm tra định kỳ thực hiện công tác KSNK tại các khoa phòng			
Định kì (số lần)		12	100,0
Đột xuất (số lần)		35	100,0
Lưu biên bản kiểm tra		12	100,0
Biên bản kiểm tra thực hiện kiến nghị		0	0

Có 05 cán bộ chuyên trách làm KSNK chiếm 27,78% còn lại là kiêm nhiệm. thâm niên công tác trên 10 năm có 8/18 chiếm 44,45% số còn lại là thâm niên 1-10 năm chiếm 55,55% . không có cán bộ nào thâm niên dưới 5 năm.

100% số người được tham gia phòng vấn đều được tập huấn định kì về KNNK tại bệnh viện

Kiểm soát nhiễm khuẩn được kiểm tra định kì và đột xuất lần lượt là 12 và 35 lần. có 12 lần được lưu biên bản kiểm tra. không có lần nào phải kiến nghị.

Bảng 3.3. Số lượng vi khuẩn có trong không khí phòng phẫu thuật, thủ thuật (n=11)

Vị trí lấy mẫu	Số lượng vi khuẩn (VK/m ³)	
	Số mẫu	Lượng vi khuẩn trung bình
Phòng vô trùng	3	810
Phòng hữu trùng	8	1280
Tổng số	11	952,7

Số lượng vi khuẩn trung bình ở phòng vô khuẩn và hữu trùng có khá cao. trung bình cho cả 11 phòng vô khuẩn và hữu trùng là 922,7 VK/m³ không khí.

Kiến thức của cán bộ y tế về kiểm soát nhiễm khuẩn**Bảng 3.4. Kiến thức của cán bộ y tế về khái niệm cơ bản nhiễm khuẩn bệnh viện.**

	Định nghĩa NKBV	Tỷ lệ (%)	Đường lây	Tỷ lệ (%)	Thời gian NKBV	Tỷ lệ (%)
Đúng	85	59,80	95	66,90	102	71,80
Sai	47	30,10	36	25,40	40	28,20
Không trả lời	10	10,10	11	7,70	0	0,00

Có 59,80% cán bộ y tế trả lời đúng về định nghĩa nhiễm khuẩn bệnh viện, 66,90% trả lời đúng về đường lây, và có 71,80% cán bộ y tế trả lời đúng về khoảng thời gian được tính là nhiễm khuẩn bệnh viện ở bệnh nhân.

Bảng 3.5. Kiến thức của cán bộ y tế về phân loại, thu gom, vận chuyển và xử lý đồ vải

	Phân loại đồ vải	Tỷ lệ (%)	Nơi phân loại đồ vải	Tỷ lệ (%)	Vận chuyển đồ vải	Tỷ lệ (%)
Số lượng (n)	142		142		142	
Đúng	134	94,40	136	95,80	135	95,50
Sai	8	5,60	6	4,20	7	4,90

	Phương tiện vận chuyển đồ vải	Tỷ lệ (%)	Ghi nhãn đồ vải	Tỷ lệ (%)	Lưu giữ đồ vải	Tỷ lệ (%)	Nơi giặt đồ vải bẩn	Tỷ lệ (%)
Số lượng (n)	142		142		142		142	
Đúng	140	98,60	140	98,60	134	94,40	134	94,40
Sai	2	1,40	2	1,40	8	5,60	8	5,60

94,40% trả lời đúng về phân loại đồ vải trong bệnh viện, 95,80% người được hỏi trả lời đúng nơi phân loại đồ vải, 95,50% trả lời đúng về vận chuyển và 98,60% đúng về phương tiện vận chuyển đồ vải. Có 98,60% trả lời đúng về việc phải ghi nhãn đồ vải, 94,40% phải có nơi lưu giữ và 94,40% trả lời phải có nơi giặt riêng.

Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn**Bảng 3.6. Liên quan giữa tuổi, vị trí làm việc, thâm niên công tác với kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn.**

		Không đạt		Đạt		Tổng	OR	p
		n	%	n	%			
Tuổi	<35 tuổi	31	35,60	56	64,40	87	1,48 (0,7 – 3,09)	>0,05
	≥35 tuổi	15	27,30	40	72,70	55		
	Tổng	46	32,40	96	67,60	142		
Vị trí	Nhân viên	44	36,10	78	63,90	122	5,01	<0,05

việc làm	Lãnh đạo	2	10,00	18	90,00	20	(1,13-22,91)	
	Tổng	46	32,40	96	67,60	142		
Thâm niên	<10 năm	41	43,20	54	56,80	95	6,38 (2,32 – 17,55)	<0,05
	≥10 năm	5	10,60	42	89,40	47		
	Tổng	46	32,40	96	67,60	142		

Cán bộ y tế tuổi <35 hay từ 35 trở lên thì nguy cơ không đạt về kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn là như nhau với OR=1,48, cực dưới của 95%CI là 0,7 <1 và điều này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Cán bộ y tế là nhân viên bình thường thì nguy cơ không có kiến thức đạt về kiểm soát nhiễm khuẩn tăng lên 5,01 lần so với cán bộ y tế là lãnh đạo với 95% CI từ 1,13 – 22,91. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Cán bộ y tế có thâm niên công tác < 10 năm nguy cơ không có kiến thức đạt về kiểm soát nhiễm khuẩn tăng lên 6,38 lần so với cán bộ y tế có thâm niên công tác từ 10 năm với 95%CI từ 2,32 – 17,55 và $p<0,05$.

V. KẾT LUẬN

- Còn 9,09% phòng phẫu thuật, thủ thuật còn thấm, mốc. 18,2% chưa được ốp gạch đến trần nhà. Tất cả các phòng đều đạt tiêu chí về xây dựng. Có 5/11 phòng còn đèn khử khuẩn ngoài phòng.

- Có 5/18 cán bộ là chuyên trách, thâm niên công tác 5-10 năm (55,55%).

- 66,19% trả lời đúng về yếu tố gây nhiễm khuẩn bệnh viện cho bệnh nhân; 81,69% cho y bác sĩ, 58,45% về yếu tố tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Có 94,40% cán bộ biết về phân loại đồ vải, 98,60% về phương tiện vận chuyển, từ

94,40-98,60% biết về việc phải ghi nhãn, nơi lưu giữ và nơi giặt đồ vải bẩn.

- Vị trí việc làm và thâm niên công tác liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn chưa đạt, và tuổi, giới của cán bộ y tế liên quan không có ý nghĩa thống kê với kiểm soát nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Ca, Đặng Thu Dung và cộng sự (1994)**, “Thông báo các chủng vi khuẩn gây nhiễm trùng ngoại khoa tại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 1985 đến năm 1990”. Một số công trình nghiên cứu về độ nhạy cảm của vi khuẩn với thuốc kháng sinh 1988-1994, Viện thông tin y học TW, tr54.
2. **Hoàng Ngọc Hiền (1992)**, Đại cương nhiễm trùng vi sinh vật y học, NXB Đại học và giáo dục chuyên nghiệp Hà Nội, tr 77
3. **Hoàng Minh Hùng và CS (1993)**, “Tình hình nhiễm khuẩn trong mô hệ tiết niệu tại khoa ngoại Bệnh viện Trung ương Huế từ 1986-1992”, Hội thảo Quốc tế Việt Nam – Thụy Điển về sỏi tiết niệu, tr.41.
4. **Nguyễn Việt Hùng, Nguyễn Thị Mỹ Châu, Trương Anh Thư, và cộng sự (2001)**, “Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Bạch Mai”, công trình nghiên cứu khoa học, tập 1, NXB Y học, Hà Nội, tr123 -128.

THỰC TRẠNG NHIỄM HIV VÀ CHUYỂN GỬI ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS ĐỐI VỚI KHÁCH HÀNG TƯ VẤN XÉT NGHIỆM TẠI TRUNG TÂM PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS HẢI PHÒNG

Nguyễn Minh Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này gồm 2 mục tiêu: 1) Mô tả thực trạng nhiễm HIV ở khách hàng tư vấn xét nghiệm tại Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS năm 2017, và 2) Mô tả thực trạng chuyển gửi điều trị HIV ở khách hàng tư vấn xét nghiệm tại trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang và theo dấu đối tượng nghiên cứu 6 tháng sau khi xét nghiệm. 562 khách hàng tư vấn và xét nghiệm tại Phòng tư vấn xét nghiệm Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Hải Phòng.

Kết quả: Các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm HIV: bạn tình có hành vi nguy cơ nhiễm HIV; có trên 2 bạn tình (OR: 6,52; 95%CI: 2,42-22,06); không sử dụng/sử dụng không thường xuyên BCS (OR:4,23; 95%CI:1,98-9,51); tiêm chích ma túy; mắc STI (OR: 30,56; 95%CI: 11,72-81,59) với $p < 0,05$.

Tỉ lệ chuyển gửi thành công khách hàng nhiễm HIV là 90,6%

Kết luận: Nâng cao kiến thức, kỹ năng tư vấn cho nhân viên tư vấn của phòng xét nghiệm tự nguyện HIV/AIDS. Tăng cường công tác giám sát, quản lý khách hàng đến tư vấn xét nghiệm tự nguyện tại phòng xét nghiệm tự nguyện trung tâm Phòng chống HIV/AIDS.

**Bệnh viện Thanh Nhân*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hiền

Email: hienshbvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 09/12/2019

Ngày duyệt bài: 14/01/2020

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF HIV INFECTION AND TRANSFER OF HIV / AIDS TREATMENT TO CLIENT CONSULTANCY AT HAI PHONG HIV / AIDS PREVENTION AND CONTROL CENTER

Objectives: This study includes 2 objectives: 1) Describe the status of HIV infection among HIV testing clients at the HIV / AIDS Prevention and Control Center in 2017, and 2) Describe the status of referral for HIV treatment in HIV testing and counseling clients at HIV / AIDS Prevention and Control Center.

Subjects and research methods: Descriptive cross-sectional studies and follow-up of research subjects 6 months after testing. 562 counseling and testing customers at the Hai Phong HIV/AIDS Prevention and Control Center.

Results: Factors that increase the risk of HIV infection: sexual partners are at risk for HIV infection; having more than 2 sexual partners (OR: 6.52; 95% CI: 2.42-22.06); non-regular condom use / condom use (OR: 4.23; 95% CI: 1.98-9.51); injecting drugs; have an STI (OR: 30.56; 95% CI: 11.72-81.59) with $p < 0.05$.

Successful referral rate of HIV-infected customers is 90.6%

Conclusion: Improve the knowledge, counseling skills for counselors of voluntary HIV / AIDS laboratories. Strengthen the supervision and management of clients to voluntary counseling and testing at the voluntary laboratory of HIV / AIDS Prevention Center.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Chương trình phối hợp của Liên hợp quốc về HIV/AIDS UNSAIDS, trên thế giới đã có khoảng 60 triệu người nhiễm HIV, khoảng hơn 30 triệu người chết vì AIDS [1].

Tỷ lệ người nhiễm HIV tại Việt Nam trong những năm gần đây có xu hướng giảm, nhưng dịch vẫn trong giai đoạn tập trung trong các nhóm có nguy cơ nhiễm HIV cao như người nghiện chích ma túy, phụ nữ bán dâm, nam quan hệ tình dục đồng giới với nam, và các bạn tình các nhóm trên [2],[3].

Từ người nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện tại Hải Phòng năm 1994, số liệu HIV/AIDS tính đến ngày 30/6/2018, lũy tích người nhiễm HIV 12200 người, chuyển sang AIDS 6268 người, chết do AIDS 4522 người, hiện còn sống 7678 người, so với toàn quốc đứng thứ 4 về số người nhiễm HIV còn sống; đứng thứ 8 về tỷ lệ hiện nhiễm 0,37% [2].

Trong năm 2018 tại thành phố Hải Phòng, số khách hàng nhiễm mới được phát hiện là 235 người, chủ yếu được phát hiện qua hệ thống các phòng tư vấn xét nghiệm HIV và được giới thiệu chuyển gửi đến các phòng khám điều trị HIV/AIDS [4],[5].

Nhằm thực hiện chiến lược 90-90-90 trong phòng chống HIV/AIDS, tối đa tìm kiếm người nhiễm HIV được xét nghiệm chẩn đoán và đưa vào điều trị HIV/AIDS, trong khi đó thực tế đang thiếu một bộ công cụ chuẩn để theo dõi, cải thiện chuyển gửi khách hàng HIV dương tính từ các cơ sở tư vấn xét nghiệm đến các cơ sở điều trị HIV/AIDS. Do vậy để cải thiện hoạt động tư vấn xét nghiệm phát hiện HIV và tăng cường hiệu quả chuyển gửi khách hàng HIV dương tính đến điều trị HIV/AIDS, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “*Thực trạng nhiễm HIV và chuyển gửi HIV/AIDS đối với khách hàng tư vấn xét nghiệm tại Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Hải Phòng, năm 2017*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và theo dấu đối tượng nghiên cứu 6 tháng sau khi xét nghiệm.

Đối tượng nghiên cứu: Khách hàng tư vấn và xét nghiệm tại Phòng tư vấn xét nghiệm Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Hải Phòng.

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính cho nghiên cứu ngang xác định tỉ lệ theo công thức là 562

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Tỉ lệ nhiễm HIV và hành vi nguy cơ của khách hàng tư vấn xét nghiệm tại Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS

Bảng 3.1. Sự phân bố tỉ lệ nhiễm HIV theo nhóm tuổi/Tình trạng hôn nhân/Hành vi nguy cơ

		Số xét nghiệm	Số HIV (+)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤19	21	0	0
	20-29	282	9	3,2
	30-39	174	7	4
	40-49	79	14	17,7
	≥50	6	2	33,3
	Tổng	562	32	5,7

Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	313	10	3,2
	Sống với chồng/bạn tình	145	17	11,7
	Đã ly hôn/ly thân	98	3	3,1
	Góa	6	2	33,3
	Tổng	562	32	5,7
Hành vi nguy cơ	Tiêm chích ma túy	177	9	5,1
	Gái mại dâm	197	3	1,5
	MSM	82	0	-
	Tình dục không an toàn, nhiều bạn tình	207	14	6,8
	Không xác định hành vi nguy cơ	76	6	7,9
	Tổng	562	32	5,7

Tỉ lệ nhiễm HIV cao nhất ở nhóm tuổi ≥ 50 tuổi (chiếm 33,3%), tiếp theo là nhóm tuổi 40-49 (17,7%), không có khách hàng nào dưới 19 tuổi nhiễm HIV.

Tỉ lệ nhiễm HIV cao nhất ở nhóm người góa (33,3%), tiếp theo ở nhóm người sống với chồng/bạn tình (11,7%), nhóm chưa kết

hôn và nhóm đã ly hôn/ly thân lần lượt chiếm 3,2% và 3,1%.

Tỉ lệ nhiễm HIV của nhóm không xác định hành vi nguy cơ là cao nhất (chiếm 7,9%), tiếp theo là nhóm quan hệ tình dục không an toàn, nhiều bạn tình chiếm 6,8%, nhóm TCMT chiếm tỉ lệ thấp hơn là 5,1%.

Bảng 3.2. Liên quan giữa nhiễm HIV với giới tính, số lượng bạn tình, sử dụng BCS, TCMT và nguy cơ mắc STI

		HIV (+)		HIV (-)		OR (95% CI)	p
		n	%	n	%		
Giới tính	Nam	19	3,4	286	50,9	0,8 (0,39-1,66)	>0,05
	Nữ	13	2,3	244	43,4		
	Tổng	32	5,7	530	94,3		
Số lượng bạn tình	≥ 2 bạn tình	4	1,5	256	98,5	6,52 (2,42-22,06)	<0,001
	1 bạn tình	28	9,3	274	90,7		
	Tổng	32	5,7	530	94,3		
Sử dụng bao cao su	Không sử dụng/ Sử dụng không thường xuyên	22	3,9	181	32,2	4,23 (1,98-9,51)	<0,001
	Thường xuyên	10	1,8	349	62,1		
	Tổng	32	5,7	530	94,3		
Tiêm chích ma túy	Có	9	5,1	168	94,9	1,19 (0,54 – 2,62)	>0,05
	Không	23	5,9	362	94,1		
	Tổng	32	5,7	530	94,3		

Nguy cơ mắc STI	Có mắc	12	54,5	10	45,5	30,56 (11,72 -81,59)	<0,001
	Không mắc	20	3,7	520	96,3		
	Tổng	32	5,7	530	94,3		

Trong tổng số 32 khách hàng nhiễm HIV, nam giới chiếm 3,4%, nữ giới chiếm 2,3%. Tỷ lệ nam giới nhiễm HIV cao hơn gấp 0,8 lần nữ giới, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm khách hàng có từ 2 bạn tình trở lên cao gấp 6,52 lần so với nhóm khách hàng có 1 bạn tình (OR=6,52; 95%CI: 2,42-22,06). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm khách hàng không sử dụng/sử dụng bao cao su không thường xuyên cao gấp 4,23 lần nhóm khách

hàng sử dụng bao cao su thường xuyên (OR=4,23; 95%CI:1,98-9,51). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nhóm khách hàng tiêm chích ma túy có tỷ lệ nhiễm HIV là 5,1%, trong khi đó nhóm không TCMT là 5,9%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Nhóm khách hàng mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 30,56 lần so với nhóm khách hàng không mắc STI (OR=30,56, 95%CI: 11,72-81,59). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Thực trạng chuyển gửi điều trị HIV/AIDS với khách hàng tư vấn xét nghiệm tại Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS.

Bảng 3.3. Phân bố khách hàng chuyển gửi điều trị ARV thành công/ tổng số khách hàng

	N	%
Mất dấu	1	3,1
Không khai thật thông tin	2	6,3
Chuyển gửi và điều trị ARV	29	90,6

Trong tổng số 32 khách hàng bị nhiễm HIV, 29 khách hàng chuyển gửi và điều trị ARV thành công chiếm tỷ lệ 90,6%, khách hàng không khai thật thông tin và mất dấu lần lượt là 6,3% và 3,1%.

Bảng 3.4. Sự phân bố theo thời gian khách hàng chuyển tới cơ sở điều trị sau khi chẩn đoán HVI (+)

Thời gian	Điều trị ARV	Tỷ lệ %
Dưới 1 tháng	22	75,9
Từ 1-3 tháng	5	17,2
Trên 3 tháng	2	6,9
Tổng	29	100

Trong tổng số 29 khách hàng điều trị ARV, 22 khách hàng chuyển tới cơ sở điều trị dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ 75,9%, 17,2 % từ 1-3 tháng, 6,9% khách hàng chuyển tới cơ sở điều trị trên 3 tháng.

IV. KẾT LUẬN

95,3% khách hàng bộc lộ tên khi tiến hành tư vấn và xét nghiệm

Các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm HIV: bạn tình có hành vi nguy cơ nhiễm HIV; có trên 2 bạn tình (OR: 6,52; 95%CI: 2,42-22,06); không sử dụng/sử dụng không thường xuyên BCS (OR:4,23; 95%CI:1,98-9,51); tiêm chích ma túy; mắc STI (OR: 30,56; 95%CI: 11,72-81,59) với $p < 0,05$.

Tỉ lệ chuyển gửi thành công khách hàng nhiễm HIV là 90,6%

Sau khi được chẩn đoán bệnh: 51,7% khách hàng vào điều trị ARV; 75,9% khách hàng tới cơ sở điều trị dưới 1 tháng; thời gian trung bình khách hàng đến cơ sở OPC là 5,1 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sprie B., Lucas GM., Carrieri MP. (2007)**, Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST), Int J Drug Policy, 18 (4), pp.. 262 -270.
2. **Bộ Y tế (2005)**, “Ước tính và dự báo nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam giai đoạn 2005-2010”, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế (2007)**, “Chương trình can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS, Hà Nội.
4. **Sở Y tế Hải Phòng, Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS**, “ Báo cáo kết quả giám sát trọng điểm HIV/AIDS năm 2006”, Hải Phòng.
5. **Sở Y tế Hải Phòng, Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS (2007)**, “ Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS 9 tháng năm 2017”, Hải Phòng.

VIÊN NANG NỘI SOI

Đào Quang Minh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ứng dụng nội soi viên nang chẩn đoán bệnh lý ống tiêu hóa (CE: Capsule Endoscopie).

Đối tượng, phương pháp: mô tả 01 trường hợp bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp I bệnh viện Thanh Nhân tháng 12/2019.

Kết quả: Bệnh nhân nữ 67 tuổi vào viện vì đi ngoài phân đen 01 tuần, kết quả nội soi bằng viên nang xuất huyết do giãn mao mạch ở ruột non.

Kết luận: Nội soi viên nang là một kỹ thuật hiệu quả trong chẩn đoán bệnh lý ống tiêu hóa nói chung và đặc biệt đối với các bệnh lý ruột non.

Từ khóa: viên nang, nội soi, xuất huyết tiêu hóa.

SUMMARY

CASULE ENDOSCOPIE

Endoscopic capsules diagnose gastrointestinal tract diseases especially those of the small intestine, where other conventional endoscopic methods cannot be diagnosed. We introduced an endoscopic gastrointestinal haemorrhage patient by capsule at General Surgery Department Thanh Nhan hospital, concluding gastrointestinal bleeding due to varicose veins in the small intestine. This is a new technology, relatively safe and convenient for both patients and health workers, but at present the cost is still high, so it has not been

widely applied.

Objectives: Endoscopic application of gastrointestinal tract diagnostic capsule (CE: Capsule Endoscopie).

Subjects and methods: describe 01 case of gastrointestinal bleeding patient at General Surgery Department, Thanh Nhan Hospital in December 2019.

Results: 67-year-old female patient was hospitalized for 1 week of stool excretion, endoscopy with capillary hemorrhage capsule in small intestine.

Conclusion: Endoscopic capsule is an effective technique in the diagnosis of gastrointestinal disease in general and especially for small bowel pathologies.

Key words: capsule, endoscopy, gastrointestinal bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ trước đến nay ruột non là vùng khó thăm khám trực tiếp so với phần còn lại của ống tiêu hóa. Năm 1980, một vài tác giả có dùng phương pháp chụp ruột non bằng thuốc cản quang là phương pháp thăm khám gián tiếp do vậy có nhiều hạn chế trong việc phát hiện các tổn thương. Phương pháp nội soi hai đường ống cho phép thăm khám trực tiếp, sinh thiết tổn thương nhưng chỉ dùng góc Treitz và là kỹ thuật xâm lấn, giá thành cao, gây khó chịu cho người bệnh và khó khăn cho cả nhân viên y tế [1].

Với những trường hợp xuất huyết tiêu hóa, đi ngoài phân đen thì nội soi dạ dày và đại tràng phát hiện 45-65% nguyên nhân gây chảy máu [2, 3], nhưng không thăm khám được toàn bộ ống tiêu hóa đặc biệt là ruột non.

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2019

Ngày duyệt bài: 15/01/2020

Viên nang nội soi xuất hiện cho phép về mặt lý thuyết thăm khám toàn bộ ống tiêu hóa đặc biệt là ruột non, là kỹ thuật không xâm lấn thực hiện đơn giản không gây phiền phức cho bệnh nhân và bác sỹ, tuy nhiên giá thành còn cao. Chúng tôi xin giới thiệu trường hợp sử dụng viên nang nội soi để chẩn đoán bệnh lý ống tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp 1 bệnh viện Thanh Nhân.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Đ.T.H nữ 67 tuổi vào viện vì đi ngoài phân đen 01 tuần nay. Tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2 điều trị thuốc thường xuyên. Bệnh nhân được chỉ định sử dụng viên nang nội soi để chẩn đoán.

Kết quả: Có hình ảnh xuất huyết do giãn mao mạch ở ruột non. Niêm mạc dạ dày và đại tràng hoàn toàn bình thường không có biểu hiện xuất huyết



Xuất huyết do giãn mao mạch ở ruột non



Hồng tràng

Kỹ thuật và phương tiện:

- Viên nang (CMOS: Complementary Metal Oxyde Silicon) có độ phân giải 65.000

pixels thu nhận hình ảnh và truyền thành một tín hiệu điện tử ít năng lượng hơn là CCD (Charge Coupled Device), hệ thống ánh sáng

LED (Light Emitting Diode) tất cả trong viên nang kích thước 26x11 mm. Truyền 02 ảnh/01 giây, trung bình 50.000 hình ảnh thu được trong 24h. Hình ảnh thu trong bộ đeo thắt lưng và điện cực gắn ở da phát ra từ viên nang. Tín hiệu sóng phát 410 MHz và truyền vào hệ thống để đọc hình ảnh (có thể xem lại ở các góc độ khác nhau).

- Bệnh nhân được chuẩn bị sạch đại tràng vào ngày hôm trước và uống viên nang khoảng 8-9 giờ sáng hôm sau. Sau uống viên nang khoảng 4 giờ bệnh nhân có thể uống sữa hay ăn cháo nhẹ. Quá trình nội soi viên nang thông thường kéo dài từ 10-12 giờ, trong thời gian này bệnh nhân vẫn có thể sinh hoạt và vận động bình thường. Một số trường hợp có hội chứng chậm tiêu có thể dùng thêm Erythromycin 1-3mg/kg đường uống để làm tăng nhu động. Tất cả hình ảnh cuối ngày được tập hợp và xử lý thành 01 video dài khoảng 2 giờ gửi cho bác sĩ chuyên khoa xem và đọc kết quả.

III. BÀN LUẬN

Năm 1981, tác giả Gabriel Iddan đã phát triển kỹ thuật thu nhỏ hình ảnh vào viên nang (CMOS: Complementary Metal Oxide Silicon)

Năm 2000 tại hội nghị nội soi tiêu hóa Hoa Kỳ, viên nang nội soi lần đầu tiên được giới thiệu rộng rãi đến với công chúng. Sau đó là hàng loạt các bài báo cáo nghiên cứu rất có giá trị

Appelyard và cộng sự phát hiện tổn thương ruột non một vài vị trí phù nề ở hồng tràng mà nội soi thông thường không tới được và so sánh đánh giá giữa nội soi viên nang và nội soi ấn sâu thêm (push endoscopy) tương đồng 92% ở vị trí góc Treitz ngược trở lên. Các yêu cầu thực hiện trên lâm sàng để thăm dò ruột non cho thấy

phát hiện tổn thương tại dạ dày kể cả phình vị lớn, đại tràng dù không có chuẩn bị. Tuy nhiên vẫn cần phải làm sạch như nội soi đại tràng thông thường.

Nội soi viên nang được chỉ định ở những bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa không rõ nguyên nhân, nội soi PE (push endoscopy) đường ống thông thường khó phát hiện tổn thương ở ruột non. Phát hiện 35-75% căn nguyên gây xuất huyết tiêu hóa.

Nghiên cứu đầu tiên trên 11 bệnh nhân thiếu máu mạn tính, tỷ lệ nội soi viên nang chẩn đoán được 20-30% so với nội soi PE. Phát hiện 35-75% căn nguyên gây xuất huyết tiêu hóa. 7/11 có tổn thương xuất huyết ruột non.

Neu và cộng sự ghi nhận là viên nang nội soi là phương tiện ưu thế hơn để chẩn đoán sang thương và tương đương trong việc định hướng điều trị và cải thiện tiên lượng. Viên nang nội soi có thể phát hiện các tổn thương ở dạ dày và đại tràng gây chảy máu mà trước đó không phát hiện được. Tuy nhiên vẫn cần có nhiều nghiên cứu sâu hơn về việc lựa chọn viên nang nội soi như phương tiện hàng đầu chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa.

Viên nang nội soi dường như có một ảnh hưởng tích cực lên việc quyết định điều trị cho bệnh nhân và giúp cải thiện tiên lượng. Mylonaki và cộng sự so sánh viên nang nội soi với phương pháp nội soi ấn sâu thêm (push endoscopy) ở 50 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa và nhận thấy rằng viên nang nội soi không chỉ phát hiện tổn thương mà còn có ảnh hưởng đến sự thay đổi quyết định điều trị ở 71% bệnh nhân. Viazis và cộng sự phát hiện rằng can thiệp điều trị có thể thực hiện ở 82% bệnh nhân có kết quả nội soi bằng viên nang dương tính và 35% bệnh nhân có những dấu hiệu chưa chắc chắn.

Khác với phương pháp phương pháp nội soi ấn sâu thêm (push endoscopy), viên nang nội soi không thể điều trị ngay tổn thương nhưng nó giúp định hướng những can thiệp thích hợp về sau. Trong 1 nghiên cứu ở 33 bệnh nhân được theo dõi 20 tháng sau khi nội soi bằng viên nang vì xuất huyết tiêu hóa thì Maldonado và cộng sự đã ghi nhận thấy nguy cơ tái xuất huyết đặc biệt thấp ở nhóm bệnh nhân được can thiệp điều trị dựa trên kết quả nội soi bằng viên nang hơn là nhóm có những kết quả nội soi âm tính hay dương tính mà không được điều trị. Ghi nhận này giúp ích nhiều cho việc quyết định điều trị bổ sung sau khi nội soi bằng viên nang.

Mức độ an toàn của kỹ thuật đã được thử nghiệm trên chó [2]. Biến chứng duy nhất là vỡ vỏ viên nang, pin vào lòng ruột và thực tế pin chứa oxyde bạc không tiếp xúc với niêm mạc ruột và không có biến chứng đại thể vi thể nào của ruột non [3]. Trái lại có trường hợp viên nang tồn đọng trong ống tiêu hóa 03 tháng không thấy có biến chứng gì và viên nang vẫn ra ngoài nguyên vẹn [4]. Lewis báo cáo tại hội nghị AGA 2012 trên 75 bệnh nhân có tiền sử tiểu đường, phẫu thuật ổ bụng... Có thể mất hình ảnh nhưng không có những hình ảnh không mong muốn [5]. Trong trường hợp không thấy viên nang ra ngoài thì chụp bụng không chuẩn bị ngày thứ 30.

Nội soi viên nang là kỹ thuật không xâm lấn, an toàn. Hình ảnh thu được của toàn bộ ống tiêu hóa có chất lượng cao. Trong quá trình nội soi bệnh nhân không cần gây mê, không cần nằm viện, áp dụng tốt cho các bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh lý kèm theo.

Những tổn thương phát hiện trên nội soi viên nang không sinh thiết được, không can

thiệp được. Chi phí cho một ca nội soi hiện còn cao và chưa được bảo hiểm thanh toán.

IV. KẾT LUẬN

Nội soi viên nang là kỹ thuật hiệu quả trong việc chẩn đoán bệnh lý ống tiêu hóa nói chung và đặc biệt đối với các bệnh lý ruột non. Đối với những bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa mà các phương pháp nội soi dạ dày, đại tràng thông thường không chẩn đoán được thì nội soi viên nang là lựa chọn tốt nhất. Là một thủ thuật an toàn, dễ thực hiện nên nội soi viên nang đang và sẽ là xu hướng mới của chuyên ngành nội soi tiêu hóa. Tuy nhiên hiện tại giá thành của phương pháp này còn cao và chưa được bảo hiểm thanh toán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barkin JS, Schonfeld W, Thomsen S, Manten HD, Rogers AI.** Enteroscopy and small bowel biopsy an improved technique for the diagnosis of small bowel disease. *Gastrointest endosc* 1985;31:215-7
2. **Wilmer A, Rutgeerts P.** Push enteroscopy. Technique, depth, and yield of insertion. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1996;6:759-76
3. **Chong J, Tagle m, Barkin JS, Reiner DK,** Small bowel push-type fiberoptic enteroscopy for patients with occult gastrointestinal bleeding or suspected small bowel pathology. *Am J Gastroenterol* 1994;89:243-6
4. **Gong F, Swain P, Milk T.** Wireless endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2000;51:725-9
5. **Fischer D, Schreiber R et al.** Location of the Wireless capsule endoscopy in its passage through the GI tract (abstract). *Gastrointest Endosc* 2001;53:AB126

VAI TRÒ HỒI SỨC NGOẠI SAU PHẪU THUẬT NHÂN 02 TRƯỜNG HỢP

Đào Quang Minh*, Vũ Khang Ninh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đưa ra các yếu tố tiên lượng bệnh nhân sau phẫu thuật để vào khoa hồi sức ngoại.

Đối tượng, phương pháp: Mô tả 2 trường hợp bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật lớn được theo dõi và điều trị tại khoa hồi sức ngoại.

Kết quả: 1 bệnh nhân tử vong sau 9 ngày điều trị, 1 bệnh nhân ngày thứ 12 hiện đang ổn định.

Kết luận: Bệnh nhân phẫu thuật cao tuổi có bệnh phối hợp, mổ lại,.. là những yếu tố tiên lượng vào hồi sức ngoại sau phẫu thuật.

Từ khóa: Hồi sức, phẫu thuật, tử vong

SUMMARY

ROLE OF INTENSIVE CARE UNIT AFTER SURGERY REPORT TWO CASE

Department of intensive care unit very important role in recovering patients after major surgeries to avoid complications and death. The prognosis of patients after major surgery should be on external resuscitation depends a lot of factors and is very controversial. We introduce two elderly patients after major surgery and many combined chronic diseases, one patient treated immediately after surgery, one patient immediately underwent surgery after surgery. As a result, the patient who was immediately

rescued from external resuscitation had much better results and the other patient died.

Objective: Provide prognostic factors for patients after surgery to enter the intensive care unit department.

Subjects and methods: Describe 2 cases of elderly patients after major surgery being monitored and treated at the department of intensive care.

Results: 1 patient died after 9 days of treatment, 1 patient on day 12 is currently stable.

Conclusion: Elderly surgical patients have coordinated diseases, re-operations, .. are prognostic factors for postoperative resuscitation.

Keywords: intensive care unit department, surgery, death.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiên lượng sớm để chuyển bệnh nhân vào khoa hồi sức ngoại sau các phẫu thuật lớn còn ít các báo cáo và nghiên cứu. Ngày nay, các phẫu thuật viên thực hiện nhiều phẫu thuật lớn ở bệnh nhân cao tuổi với các bệnh nội khoa mạn tính kết hợp là những nguyên nhân đưa đến biến chứng sau phẫu thuật. Hội nghị Hồi sức Châu Âu lần thứ 2 (1993) đồng thuận rằng hồi sức tích cực Ngoại khoa có vai trò dự phòng các biến chứng như viêm phổi, suy kiệt, suy đa phủ tạng sau các phẫu thuật lớn[1,2]. Vì vậy việc quyết định bệnh nhân chuyển vào khoa hồi sức ngoại nhằm mục đích hồi sức nâng cao thể trạng chống viêm phổi, suy đa phủ tạng

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2019

Ngày duyệt bài: 15/01/2020

để sớm hồi phục và chuyển về các khoa phòng là hết sức cần thiết.

Sau đây chúng tôi xin giới thiệu 2 ca lâm sàng:

II. CA LÂM SÀNG

1.Trường hợp 1: BN nữ 68 tuổi, vào viện 03/02/2020 chẩn đoán dọa vỡ phình mạch lách. Tiền sử: Xơ gan, lách to, viêm gan C. Lâm sàng: không sốt, bụng mềm ấn đau hạ sườn 2 bên, lách to, CT Scanner u gan phải (6,1 x 5,8cm), lách to (14,8cm), phình động mạch lách. Các xét nghiệm khác trong giới hạn bình thường. Chỉ định mổ: Cắt lách, cắt phình động mạch lách. Sau mổ chuyển về khoa Ngoại tổng hợp trong tình trạng tỉnh, mạch 80 l/p, huyết áp 120/ 80mmHg, nhịp thở 20l/p SpO2 100%. Hậu phẫu ngày thứ nhất, ngày thứ hai: kháng sinh, truyền máu huyết tương. Chụp CLVT ngực: tổn thương đông đặc 2 phổi. Hậu phẫu những ngày tiếp theo diễn biến nặng lên. Hậu phẫu ngày thứ 9, chuyển khoa Hồi sức ngoại trong tình trạng suy hô hấp, tuần hoàn gia đình xin về.

Bệnh nhân 2: Nữ 83 tuổi, vào viện 01/02/2020 chẩn đoán suy thận cấp/đặt sonde JJ 2 bên. Tiền sử: cao huyết áp, đặt sonde JJ 02 bên do hẹp niệu quản cách 02 tháng. Lâm sàng: tỉnh, da niêm mạc nhợt, bụng có phản ứng, sonde tiểu ra máu đỏ tươi, cắt lớp vi tính hình ảnh máu cục lấp đầy bàng quang. Chỉ định mổ: mở bàng quang lấy máu cục, mở thông bàng quang, đặt lại sonde JJ 02 bên. Sau mổ chuyển khoa Hồi sức ngoại. Kháng sinh, truyền máu huyết tương, nuôi dưỡng tĩnh mạch. Hậu phẫu

ngày thứ 5: sốt cao, môi khô lưỡi bẩn, bụng chướng, vô niệu, suy thận không cải thiện. Tiếp tục đối kháng sinh chạy thận ngày 01 lần. Hậu phẫu ngày thứ 12, chỉ định mổ cấp cứu đưa 02 niệu quản ra da, mở thông hồng tràng chuyển về khoa Hồi sức ngoại. Hậu phẫu những ngày tiếp theo bệnh nhân ổn định không sốt, nước tiểu 3000ml/24h, bụng mềm không chướng.

III. BÀN LUẬN

Hầu hết các tác giả cho rằng chưa có những yếu tố đặc trưng nào dự báo trước phẫu thuật cho biết mức độ nặng sau mổ của bệnh nhân để chuyển vào khoa hồi sức.

Hiện nay chỉ có những tiêu chuẩn bệnh nhân nặng IGS2 hay tiêu chuẩn Apache II dự báo tử vong của bệnh nhân tại khoa ICU[3,4] và dựa trên những tính toán sau 24h hồi sức với những chỉ số lâm sàng, sinh hóa của bệnh nhân. Chúng ta có thể đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ để tiên lượng bệnh nhân có vào ICU hay không. Tuy những tiêu chuẩn này không đặc hiệu nhưng có giá trị với hầu hết những bệnh nhân đã điều trị nội ngoại khoa trước.

Các nghiên cứu về những yếu tố dự đoán mức độ nặng của bệnh nhân sau phẫu thuật. Meurette và cộng sự nghiên cứu những bệnh nhân nằm ở khoa hồi sức sau phẫu thuật nhận thấy tuổi, tình trạng lúc vào hồi sức hay tiền sử bệnh không phải là những yếu tố làm tăng tỷ lệ tử vong. Nghiên cứu đơn biến của Meurette theo thang điểm IGS2 thì tình trạng nhiễm khuẩn trong mổ, sock, phẫu thuật lại, thiếu nuôi dưỡng, thời gian nằm viện tại ICU

là những yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong của các bệnh nhân sau phẫu thuật ở khoa hồi sức. Với phân tích đa biến bệnh nhân mổ lại là nguy cơ độc lập với tỷ lệ tử vong. Chính vì vậy đây là những yếu tố tiên lượng để quyết định chuyển bệnh nhân sau mổ vào khoa hồi sức. Cùng quan điểm này hầu hết các tác giả cho rằng ở những bệnh nhân lớn tuổi có các bệnh lý phối hợp sau phẫu thuật cần phải vào khoa hồi sức

Pocard và cộng sự trong 1 nghiên cứu 37 bệnh nhân sau phẫu thuật >75 tuổi cho thấy tiêu chuẩn IGS 1 > 10 kết hợp thời gian nằm hồi sức > 10 ngày là những yếu tố tiên lượng xấu bởi các bệnh nhân sẽ tử vong trong vòng 6 tháng. Trái lại nếu không có những tiêu chí này thì tỷ lệ tử vong bằng 0 và ¾ bệnh nhân tiến triển tốt sau thời gian điều trị [6]

Claviere và cộng sự nghiên cứu 102 bệnh nhân sau phẫu thuật tuổi >80 tuổi nhập ICU và đưa ra tiêu chí đánh giá mức độ tử vong từ 4 tiêu chí trước và sau phẫu thuật: > 80 tuổi, phẫu thuật cấp cứu, ASA>3 và IGS >41 thì tỷ lệ tử vong từ 3-75%[7]

Các tác giả của Mỹ đưa ra một phương pháp mới thống kê toán học dựa trên các yếu tố nguy cơ: tuổi, thở máy, phải sử dụng vận mạch cho thấy có thể dự báo được tỷ lệ tử vong, tỷ lệ bệnh nhân hồi phục, thời gian nằm viện.

Meurette và cộng sự cho rằng thời gian nằm hồi sức liên quan đến tỷ lệ bệnh phổi, không tự chủ trước phẫu thuật nhưng không phải là yếu tố tử vong [5]. Trái lại trong nghiên cứu của Pocard cho thấy thời gian nằm viện >10 ngày kết hợp với tiêu chuẩn về

mức độ nặng của bệnh nhân IGS1>10 [6] và nghiên cứu của Claviere cho rằng thời gian nằm viện và tuổi >70, IGS2>41 dẫn đến sock là yếu tố độc lập dẫn đến tử vong bệnh nhân [7].

Trường hợp bệnh nhân 1 cao tuổi có nhiều bệnh phối hợp, sau phẫu thuật lớn chuyển về khoa điều trị không chuyển vào khoa Hồi sức ngoại diễn biến bệnh nhân nặng dần, chuyển khoa Hồi sức ngoại khi tình trạng bệnh nhân không có khả năng hồi sức và tử vong do không tiên lượng được bệnh nhân trước trong và sau mổ.

Trường hợp bệnh nhân 2 cao tuổi có nhiều bệnh phối hợp, sau phẫu thuật lớn chuyển về khoa Hồi sức ngoại ngay sau phẫu thuật, bệnh nhân được hồi sức tích cực theo dõi sát, hồi chẩn kịp thời giữa phẫu thuật viên và chuyên khoa hồi sức do vậy bệnh nhân tiến triển tốt.

Các tác giả thống nhất đưa ra bộ câu hỏi 136 câu chia thành 12 mức độ để thăm dò các bệnh nhân sau hồi sức và đưa ra kết luận: các bệnh nhân 30-50 tuổi hồi phục tốt, >70 tuổi hồi phục trung bình và xấu.

Lipesett và cộng sự thực hiện theo dõi và đánh giá bệnh nhân sau ra viện 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng thì hầu hết các bệnh nhân đều hồi phục tốt.

Tỷ lệ hồi phục của các bệnh nhân sau phẫu thuật nằm hồi sức theo các tác giả Meurette là 93%, Pocard là 72%, Claviere là 91%.

IV. KẾT LUẬN

Với những bệnh nhân phẫu thuật lớn

tuổi, có bệnh phổi hợp, mỡ lại,.. là những yếu tố quyết định chuyển vào hồi sức sau phẫu thuật. Việc chuyển bệnh nhân vào khoa hồi sức có sự kết hợp của phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê và bác sĩ hồi sức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 **Sutter P, Acemogianidis A, Beaufils F et al.** Predicting outcome in ICU patients, *Intens Care Med* 1994 ;20 :390-7
- 2 **Nierman DM, Schechter CB, Cannon LM, Meier DE.** Outcome prediction model for very elderly critically ill patients. *Crit Care Med* 2001;10:1853-9
- 3 **Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F.** A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a european/north american multicenter study. *Jama* 1993;270:2957-63
- 4 **Kauss WA, Draper EA, Wagner DP, et al.** Apache II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985;13:818-29
- 5 **Meurrete G, Hamy A, Bizouarn P.** Recours à l'hospitalisation en soins intensifs après chirurgie colorectale, *Ann Chir* 2002;5:356
- 6 **Pocard M, Frileux P, Vaillant JC, et al.** Intensive care after digestive surgery: the outcome in elderly patients. *Ann Chir* 2001;2:127-32
- 7 **De Clavière G.** Les patients opérés se plus de 80 ans en réanimation chirurgicale digestive. Étude de facteurs de mortalité précoce et du pronostic à long terme. Thèse pour le doctorat en médecine 18 october 2000. Université Paris XI. Faculté de Médecin Paris Sud.
- 8 **Lipsett PA.** Survival and functional outcome after prolonged intensive care unit stay. *Ann Surg* 2000;2:262-8

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU THAY KHỚP HÁNG TẠI KHOA NGOẠI THẦN KINH, BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Phạm Quang Phúc*, Tạ Văn Tư*,
Lương Cẩm Phong*, Hoàng Ngọc Tân*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương khớp háng là hậu quả của chấn thương và nhiều bệnh lý: hoại tử vô trùng chỏm xương đùi, thoái hóa khớp háng... Thay khớp háng là phẫu thuật cắt bỏ các phần khớp hư hỏng thay vào đó bằng khớp nhân tạo nhằm mục đích phục hồi chức năng của khớp. **Mục tiêu:** 1) Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý khớp háng có chỉ định thay khớp háng tại khoa ngoại Thần kinh. 2) Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật thay khớp háng tại khoa ngoại thần kinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 12 BN được phẫu thuật thay khớp háng tại khoa Ngoại thần kinh, từ tháng 12/2018 đến tháng 2/2020, nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình $69,75 \pm 14,3$ tuổi, nam 75%, nữ 25%. Khớp háng bị tổn thương: bên phải 16,6%, bên trái 83,4%. Bệnh lý thường gặp là gãy cổ xương đùi chiếm 83,4%. Thay khớp háng bán phần chiếm 83,4% và thay khớp háng toàn phần chiếm 16,6%. Kết quả phục hồi chức năng tốt và rất tốt là 92,7%. **Kết luận:** Thay khớp háng mang lại kết quả phục hồi chức năng tốt.

Từ khóa: khớp háng, thay khớp, khớp nhân tạo

SUMMARY

EVALUATION OF INITIAL RESULT OF HIP REPLACEMENT SURGERY AT DEPARTMENT OF NEUROSURGERY - THANH NHAN HOSPITAL

Hip injury is a consequence of trauma and many conditions: aseptic necrosis of the femur, hip degeneration ... A hip replacement is surgery to remove damaged joint parts instead. Artificial joints aimed at rehabilitation of joints. **Objectives:** 1) Clinical and subclinical characteristics of hip arthritis with indications of hip replacement in neurosurgery. 2) Evaluation of initial results of hip replacement surgery at neurosurgery. **Subjects and research methods:** 12 patients underwent hip replacement surgery at the Department of Neurology, from December 2018 to February 2020, the study described the study. **Results:** Average age 69.75 ± 14.3 years, male 75%, female 25%. Damaged groin: right side 16.6%, left 83.4%. The common pathology is femoral neck fracture accounting for 83.4%. Partial hip replacement accounted for 83.4% and total hip replacement accounted for 16.6%. The result of good and very good rehabilitation is 92.7%. **Conclusion:** The hip replacement brings about good rehabilitation results.

Keywords: hip, hip injury, hip replacement surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương khớp háng là hậu quả của chấn thương và nhiều bệnh lý: hoại tử vô

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Phúc

Email: bsphamquangphuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2019

Ngày duyệt bài: 15/01/2020

trùng chỏm xương đùi, thoái hóa khớp háng... Cho đến nay có nhiều phương pháp điều trị tổn thương khớp háng do chấn thương hay bệnh lý. Bao gồm điều trị bảo tồn kết hợp xương hay thay khớp háng. Điều trị bảo tồn thường đem lại kết quả liên xương thấp (30-40%), để lại nhiều di chứng như loét, nhiễm trùng hô hấp, tiết niệu, khớp giả hoặc tử vong nhất là đối với bệnh nhân lớn tuổi [1]. Thay khớp háng để điều trị những bệnh lý của khớp háng như thoái hóa khớp, tiêu chỏm, gãy cổ xương đùi.... ngày nay đã trở nên phổ biến, giúp phục hồi chức năng vốn có của khớp, tránh được biến chứng của tổn thương khớp háng. Những phương pháp thay khớp háng chính hiện nay là thay khớp háng toàn phần bao gồm thay chỏm xương đùi và ổ cối, hoặc thay bán phần là chỉ thay chỏm xương đùi đơn thuần. Mỗi loại có những ưu nhược điểm khác nhau và chỉ định cho những trường hợp khác nhau mà yếu tố liên quan trực tiếp là độ tuổi và chất lượng xương.[2]

Từ tháng 12/ 2018 đến nay tại bệnh viện khoa Ngoại thần kinh đã tiến hành phẫu thuật thay khớp háng 12 bệnh nhân có bệnh lý tại khớp háng cho kết quả tốt. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục đích:

1. *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý khớp háng có chỉ định thay khớp háng tại khoa ngoại Thần kinh*

2. *Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật thay khớp háng tại khoa ngoại thần kinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

12 bệnh nhân được thay khớp háng: bán phần và toàn phần tại khoa ngoại thần kinh từ tháng 12/2018 đến tháng 2/2020

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu

2.2.1. Chẩn đoán

- Thăm khám lâm sàng
- Chụp Xquang thường quy khớp háng 2 bình diện thẳng và nghiêng

2.2.2. Loại khớp nhân tạo

- Khớp háng toàn phần
- Khớp háng bán phần

2.2.3. Chỉ định phẫu thuật:

Bệnh nhân gãy cổ xương đùi do chấn thương phân loại Garden 3, 4.

Gãy liên mấu chuyển xương đùi mất vững theo AO (A2, A3)

- Quy trình kỹ thuật:

+ Đánh giá trước mổ: đánh giá toàn trạng bao gồm các chức năng hô hấp, tuần hoàn, các bệnh phối hợp, chụp X quang kiểm tra mức độ gãy và mức độ loãng xương.

+ Chuẩn bị mổ và điều trị các bệnh phối hợp.

+ Quy trình mổ: gây tê hoặc gây mê, vệ sinh vùng mổ, rạch da và bóc lộ vùng gãy, cắt lấy chỏm xương đùi, thay khớp háng bán phần có cement hoặc không cement, đặt lại khớp và đóng vết mổ. Bất động chi gãy.

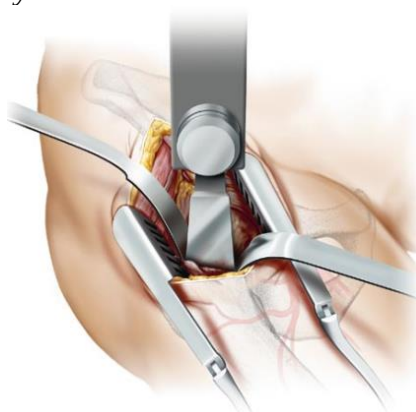
Các thì phẫu thuật [6]

Thì 1: Rạch da, bộc lộ khớp nhìn rõ cổ xương đùi.



Hình 2.1. Hình Đường rạch da

Thì 2: Cắt cổ xương đùi, lấy chỏm



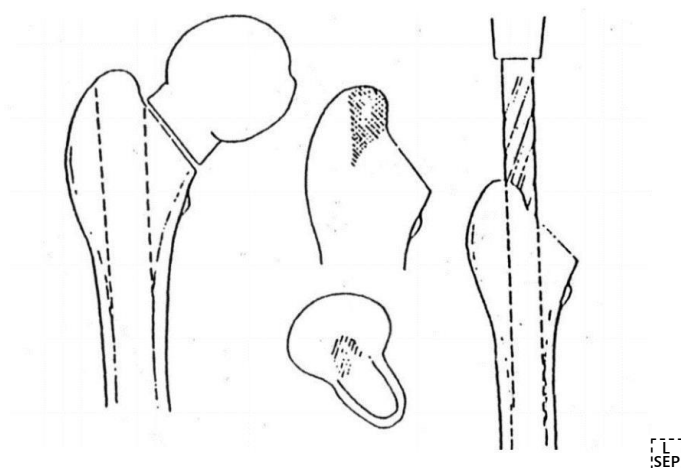
Hình 2.2. Vị trí cắt cổ xương đùi và cắt bằng cưa lắt

Thì 3: Chuẩn bị doa ổ cối

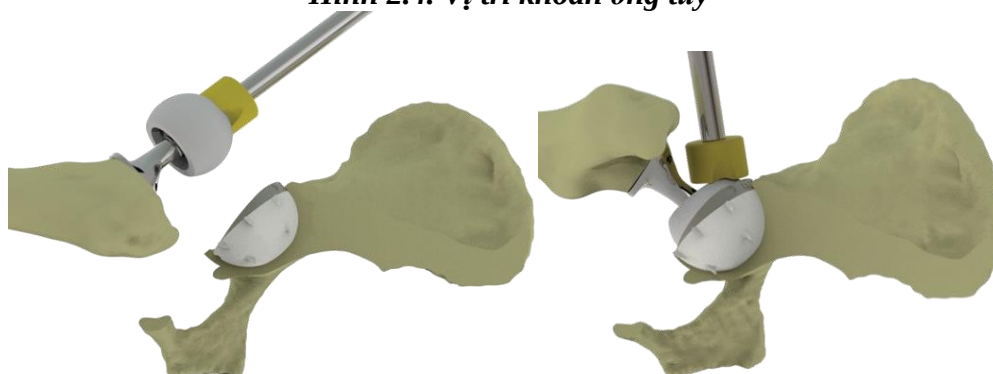


Hình 2.3. Thử ổ cối

Thì 4: Chuẩn bị xương đùi



Hình 2.4. Vị trí khoan ống tử



Hình 2.5. Nắn lại khớp háng nhân tạo sau khi đã xác định tốt

Thì 5: Nắn lại khớp, đóng vết mổ.

- Hậu phẫu: điều trị bằng kháng sinh, thay băng vết mổ và tập phục hồi chức năng theo phác đồ từ ngày thứ 2 sau mổ.

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: Ở các thời điểm 1 tháng, 3 tháng hoặc bất cứ lúc nào có diễn biến bất thường.

- Kết quả Xquang sau mổ: Dựa theo tiêu chuẩn của John Craford Adams.

- Đánh giá chức năng theo phương pháp Charnley [3]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giới và tuổi BN:

- Giới: 9 BN nữ (75%) và 3 BN nam (25), tỉ lệ nữ/nam là 3/1.

- Độ tuổi trung bình là 69,75 tuổi, thấp nhất là 50 tuổi, cao nhất là 85 tuổi,

3.2. Nguyên nhân bệnh lý:

Bảng1. Phân loại tổn thương khớp háng

Phân loại	n		n
Gãy cổ xương đùi	Garden 1	0	10
	Garden 2	0	

Gãy liên mấu chuyển	Garden 3	7	2
	Garden 4	3	
	A1	0	
	A2	0	
	A3	2	
	N	12	

- Chân trái: 10/12 BN, chân phải 2/12 BN

3.2.2. Loại khớp háng nhân tạo

- Khớp háng bán phần: 10

- Khớp háng toàn phần: 02

3.3. Thời gian phẫu thuật: Trung bình 90,5 phút (ngắn nhất 60 phút, dài nhất 120 phút)

3.3. Thời gian nằm viện: trung bình 10,5 ngày, ngắn nhất 7 ngày, dài nhất 28 ngày.

Bảng 2. Thời gian nằm viện

Thời gian	n
Dưới 10 ngày	5
Từ 10 – 15 ngày	5
Trên 15 ngày	2

3.4. Biến chứng sớm sau mổ:

- Trật khớp háng: 0 BN (0%).

- Gãy xương đùi: 0 BN (0%)

- Viêm phổi: 0 BN (0%)

- Nhiễm trùng vết mổ: 0 BN (0%)

- Tổn thương thần kinh ngồi: 0 BN

- XQ sau mổ theo John Craford Adam: Chính xác 100%

- Kết quả sớm sau mổ: tất cả BN liền vết mổ tốt.

- Kết quả về chức năng khớp háng theo thang điểm Charnley

3.5. Kết quả phẫu thuật:

Bảng 3. Đánh giá chức năng sau mổ theo thang điểm Charnley

Thang điểm Charnley	N
Rất tốt	9 (75%)
Tốt	2 (16,7%)
Khá	1 (8,3%)
Trung bình	0
Xấu	0

IV. BÀN LUẬN

Tổn thương khớp háng là hậu quả của chấn thương và nhiều bệnh lý: hoại tử vô trùng chỏm xương đùi, thoái hóa khớp háng... Cho đến nay có nhiều phương pháp điều trị tổn thương khớp háng do chấn thương hay bệnh lý. Bao gồm điều trị bảo

tồn kết hợp xương hay thay khớp háng. Điều trị bảo tồn thường đem lại kết quả liền xương thấp (30-40%), để lại nhiều di chứng như loét, nhiễm trùng hô hấp, tiết niệu, khớp giả hoặc tử vong nhất là đối với bệnh nhân lớn tuổi [1].

Thay khớp háng để điều trị những bệnh lý của khớp háng như thoái hoá khớp, tiêu chỏm, gãy cổ xương đùi.... ngày nay đã trở nên phổ biến, giúp phục hồi chức năng vận động của khớp, tránh được biến chứng của tổn thương khớp háng. Những phương pháp thay khớp háng chính hiện nay là thay khớp háng toàn phần bao gồm thay chỏm xương đùi và ổ cối, hoặc thay bán phần là chỉ thay chỏm xương đùi đơn thuần. Mỗi loại có những ưu nhược điểm khác nhau và chỉ định cho những trường hợp khác nhau mà yếu tố liên quan trực tiếp là độ tuổi và chất lượng xương.[2]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của BN là 69,75 (từ 50-85 tuổi), đây là nhóm BN cao tuổi đều bị loãng xương nên cần cần ngã đập hông nhẹ xuống nền cứng là bị gãy xương. Tỷ lệ nữ/nam = 3/1, phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác Phí Mạnh Công (2009), [4], Hoàng Thế Hùng (2013), [5].

100% trường hợp bệnh nhân vào viện sau chấn thương gây đau và mất vận động khớp háng, kèm theo các bệnh lý nội khoa. Đánh giá trên CLS chủ yếu là X-quang chúng tôi thu được kết quả đa phần là bệnh nhân gãy cổ xương đùi trong đó phân độ theo Garden 3 có 7 trường hợp, Garden 4 có 3 trường hợp. Tỷ lệ bệnh nặng trong nghiên cứu là phù hợp với chỉ định thay khớp háng.

Thời gian BN nằm viện trung bình 10,5 ngày, trong đó có 83,33% nằm viện ≤ 15 ngày. Các BN có thời gian nằm viện lâu hơn nhóm bệnh khác là do tình trạng sức khỏe yếu, mắc nhiều bệnh toàn thân như các bệnh tim mạch, hô hấp... nên phải điều trị nội khoa trước, trong và sau mổ. Đặc biệt có BN nằm

viện hơn 20 ngày do trước mổ và sau mổ phải điều trị các bệnh lý: tăng huyết áp, suy hô hấp... Thời gian nằm viện trong nghiên cứu này cũng tương đương như nghiên cứu của các tác giả khác Phí Mạnh Công (2009), [4], Hoàng Thế Hùng (2013), [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% BN không có tai biến trong mổ và đều liền vết mổ tốt. Kết quả này cho thấy với sự phát triển ngành hồi sức và kháng sinh, BN được điều trị tốt trước mổ và trong mổ nên hạn chế được tai biến trong mổ, do đó BN cao tuổi có xu hướng được phẫu thuật ngày càng nhiều hơn.

Về biến chứng sớm sau mổ hiện tại trên thế giới và tại Việt Nam các tác giả đã ghi nhận nhiều trường hợp bệnh nhân mắc phải như trật khớp, nhiễm trùng vết mổ, viêm phổi, tắc mạch... Nhưng do số liệu trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít, nên chưa gặp những trường hợp mắc biến chứng như vậy. Bước đầu đánh giá kết quả sau mổ khả quan, chúng tôi sẽ tiếp tục cập nhật trong tương lai.

12 BN đều không có biến chứng xa; kết quả chức năng khớp háng có 11 BN (91,7%) đạt kết quả tốt và rất tốt, 1 BN (8,3%) đạt kết quả khá, không có BN nào đạt kết quả trung bình và xấu. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác Nguyễn Tiến Bình, Nguyễn Ngọc Liêm (1999), [1], Phí Mạnh Công (2009), [4], Hoàng Thế Hùng (2013), [5] cho thấy sự phù hợp của phương pháp điều trị đối với người cao tuổi bị loãng xương nặng gây cổ xương đùi và liên mấu chuyển xương đùi. Chỉ định thay khớp háng trong tổn thương khớp háng căn cứ vào các yếu tố: người cao tuổi, loãng xương, mắc các

bệnh toàn thân, cơ sở chuyên khoa, điều kiện hồi sức trước, trong và sau mổ...

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 12 bệnh nhân chấn thương xương đùi được thay khớp háng nhân tạo trong khoảng thời gian từ 12/2018-02/2019 chúng tôi có một số kết luận sau:

- Thay khớp háng thường gặp ở nữ giới 75% và có thể gặp ở mọi lứa tuổi trong đó chủ yếu ở nhóm tuổi trung niên trung bình 69,75 tuổi.

- Các bệnh nhân đều đến do chấn thương khớp háng trong đó gãy cổ xương đùi ở mức độ nặng tương đương theo phân độ Garden 3,4 là bệnh lý chiếm nhiều nhất 83,3%.

- Thay khớp háng nhân tạo có hiệu quả điều trị tốt chấn thương xương đùi ở vị trí cổ xương đùi và liên mấu chuyển xương đùi với tỷ lệ cải thiện triệu chứng đạt 100% kèm theo biến chứng rất thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tiến Bình, Nguyễn Ngọc Liêm (1999)**, “Nhận xét kết quả 126 trường hợp thay khớp háng toàn phần và bán phần tại BV TW Quân đội 108” Báo cáo khoa học đại

hội ngoại khoa toàn quốc lần thứ 10, tr. 135-137.

2. **Nguyễn Văn Hỷ (2007)** “Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần bằng chỏm Bipolar trong điều trị gãy cổ chính danh xương đùi tại Bệnh viện TƯ Huế.” Hội nghị khoa học ngoại khoa chào mừng 105 năm ngày thành lập Đại học y Hà nội, tr 50-51.
3. **Jacques H. Caton (2014)**, A comparative and retrospective study of three hundred and twenty primary Charnley type hip replacements with a minimum follow up of ten years to assess whether a dual mobility cup has a decreased dislocation risk, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, International Orthopaedics (SICOT)
4. **Phí Mạnh Công (2009)**, “Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người trên 70 tuổi bằng kết hợp xương nẹp vít động tại Bệnh viện Saint Paul và Bệnh viện 198”, Luận văn thạc sĩ y học, tr. 40-41.
5. **Hoàng Thế Hùng (2013)**, “Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi bằng phương pháp thay khớp háng bán phần Bipolar”, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y, tr. 50-51.
6. **Lesur E (2010)**, "The Anterior Approach", Minimally Invasive Surgery in Total Hip Arthroplasty, Springer, pp. 27-45.

ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ BÍ TIỂU CƠ NĂNG SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÂN NHÂN 04 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Thị Ngọc Linh*

TÓM TẮT

Bí tiểu là một trong những biến chứng hay gặp sau phẫu thuật. **Mục tiêu:** Nhận xét một số yếu tố nguy cơ và hiệu quả của phương pháp điện châm điều trị bí tiểu cơ năng sau phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả ca lâm sàng.

Kết quả: Nghiên cứu đã thực hiện trên 4 bệnh nhân bí tiểu sau phẫu thuật, trong đó 2 bệnh nhân sau phẫu thuật khớp háng, 2 bệnh nhân sau phẫu thuật cột sống thắt lưng không có liệt tủy. Thời gian điện châm 30 phút/ngày; sau từ 2 đến 6 ngày điều trị 100% BN đã tự tiểu được. **Kết luận:** Điện châm điều trị bí tiểu cơ năng sau phẫu thuật là phương pháp khả thi, không xâm lấn và có hiệu quả.

Từ khóa: điện châm, bí tiểu sau phẫu thuật.

SUMMARY

ELECTRO-ACUPUNCTURE FOR THE TREATMENT POST-OPERATIVE URINARY RETENTION AT THANH NHAN HOSPITAL ON FOUR CASES

Urinary retention is one of the common complications after surgery. **Objectives:** The risk factors and effectiveness of electro-acupuncture method. **Method:** Describe clinical cases series. **Results:** The study has performed on 4 patients with urinary retention after surgery, while 2 patients after hip surgery, 2 patients after lumbar

spine surgery without SCI. Electro-acupuncture time 30 minutes per day; after 2 to 6 days of treatment, 100 percent of patients were able to urinate. **Conclusions:** Electro-acupuncture treatment of post-operative urinary retention therapy is a feasible, noninvasive and effective method.

Key words: electro-acupuncture, post-operative urinary retention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bí tiểu cơ năng là một trong những biến chứng hay gặp sau phẫu thuật (PT).

Các phương pháp điều trị hiện nay: chườm ấm, ép bàng quang, gõ trên xương mu, đặt sonde bàng quang và mở thông bàng quang qua da. Trong đó, đặt sonde bàng quang là phương pháp xử trí bí tiểu hiệu quả nhất tuy nhiên đó là thủ thuật xâm lấn hơn nữa nếu đặt sonde dài ngày sẽ dễ dẫn đến một số tác dụng không mong muốn như nhiễm trùng tiết niệu như viêm niệu đạo, viêm bàng quang, viêm bể thận, viêm thận. Theo Johansson và cộng sự (2013), nhiễm trùng đường tiết niệu chiếm ít nhất 35% tất cả các bệnh nhiễm trùng mắc phải tại bệnh viện, và chiếm tới 80% trong số này là do đặt sonde niệu đạo [1]. Phương pháp mở thông bàng quang qua da tuy làm giảm biến chứng nhiễm trùng nhưng lại kéo dài thời gian nằm viện cũng như tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân (BN).

Theo Y học cổ truyền (YHCT), châm cứu đặc biệt điện châm là phương pháp không xâm lấn, hiệu quả cao trong điều trị bí

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Linh

Email: bluenight0309@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 11/12/2019

Ngày duyệt bài: 17/01/2020

tiểu cơ năng. Khoa YHCT xin giới thiệu 04 trường hợp điện châm điều trị bí tiểu cơ năng sau PT.

II. CA LÂM SÀNG

➤ Ca lâm sàng 1

Bệnh nhân nữ, 98 tuổi, tiền sử (TS): tăng huyết áp (THA)

- Chẩn đoán: Bí tiểu sau PT thay khớp háng phải/THA

- Lâm sàng: BN được PT thay khớp háng ngày thứ 3, phẫu thuật viên (PTV) chỉ định rút sonde tiểu. Sau 4h Bn không tự đi tiểu được, cảm giác căng tức hạ vị, cầu bàng quang (+), tiến hành đặt lại sonde tiểu.

- Điều trị: Chỉ định điện châm điều trị kết hợp sau PT ngày thứ 15, với liệu trình 30 phút/ngày, tần số từ 4 - 10Hz, cường độ theo ngưỡng của bệnh nhân, với công thức huyết: Khí hải (CV6), Quan nguyên (CV4), Trung cực (CV3), Khúc cốt (CV2), Quy lai (ST29), Huyết hải (SP10), Túc tam lý (S36), Tam âm giao (Sp6). Sau 2 ngày châm BN có cảm giác căng tức, mót tiểu, tiến hành rút sonde và BN tự tiểu được.

➤ Ca lâm sàng 2

Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, TS: khỏe mạnh

- Chẩn đoán: Bí tiểu sau PT thay khớp háng trái/đa chấn thương (chấn thương sọ não, gãy xương đòn trái)

- Lâm sàng: BN được PT thay khớp háng ngày thứ 3, PTV chỉ định rút sonde tiểu. Sau 3h Bn không tự đi tiểu được, cảm giác căng tức hạ vị, cầu bàng quang (+), tiến hành đặt lại sonde tiểu.

- Điều trị: Chỉ định điện châm điều trị kết hợp ngày thứ 10 sau PT theo phác đồ. Sau 6 ngày châm BN có cảm giác căng tức, mót tiểu, tiến hành rút sonde và BN tự tiểu được.

➤ Ca lâm sàng 3

Bệnh nhân nữ, 74 tuổi, TS: THA

- Chẩn đoán: Bí tiểu sau mổ trượt đốt sống L4-5/THA

- Lâm sàng: BN được PT cố định cột sống thắt lưng ngày thứ 2, PTV chỉ định rút sonde tiểu, sau 5 ngày BN bí tiểu lại. Khám: BN không có cảm giác căng tức hạ vị, cầu bàng quang (+), tiến hành đặt lại sonde tiểu.

- Điều trị: Chỉ định điện châm điều trị kết hợp ngày thứ 7 sau PT theo phác đồ. Sau 2 ngày châm BN có cảm giác căng tức, mót tiểu, tiến hành rút sonde và BN tự tiểu được.

➤ Ca lâm sàng 4

Bệnh nhân nữ, 74 tuổi, TS: khỏe mạnh

- Chẩn đoán: Bí tiểu sau PT hẹp ống sống do xẹp đốt sống D10

- Lâm sàng: Trước PT BN có biểu hiện liệt không hoàn 2 chi dưới kèm tiểu khó, BN được PT giải ép tủy, sau PT ngày thứ 7 ngày, BN đã hồi phục vận động hoàn toàn. PTV chỉ định rút sonde tiểu. BN không tự đi tiểu được, cảm giác căng tức hạ vị, cầu bàng quang (+), tiến hành đặt lại sonde tiểu.

- Điều trị: Chỉ định điện châm điều trị kết hợp ngày thứ 7 theo phác đồ. Sau 3 ngày châm BN có cảm giác căng tức, mót tiểu, tiến hành rút sonde và BN tự tiểu được.

III. BÀN LUẬN

1. Bàn luận về các yếu tố nguy cơ của bí tiểu cơ năng sau phẫu thuật

Các bệnh nhân của chúng tôi là những bệnh nhân cao tuổi (65 đến 98 tuổi), có bệnh lý nội khoa phối hợp, sau PT thường nằm bất động kéo dài đều là những yếu tố nguy cơ cao mắc bí tiểu cơ năng sau phẫu thuật. Theo Sung KH và các cộng sự, tỷ lệ bí tiểu sau phẫu thuật cao nhất ở những người trên 80 tuổi (11,0%), sau đó là những người ở độ tuổi 70 (5,7%) và 60 (2,7%) [3]. Nghiên cứu của Pfisterer MH và cộng sự cũng cho thấy

nguy cơ bí tiểu sau phẫu thuật cao hơn 1,4 lần khi tuổi tăng thêm 10 tuổi [4]

Đa số các nghiên cứu chỉ ra nam giới có nguy cơ mắc bí tiểu sau mổ nhiều hơn nữ giới [4]. Cả 04 BN của nghiên cứu này là nữ giới, số lượng BN ít nên chưa đưa ra được liên quan giữa giới với tỷ lệ bí tiểu sau PT.

Trong một số nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan giữa bí tiểu sau mổ với bệnh lý nền đặc biệt là các bệnh lý tim mạch và rối loạn chuyển hóa, nghiên cứu của chúng tôi có 2/4 bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp và đang dùng thuốc. Theo tác giả Izard JP, cho thấy nguy cơ bí tiểu sau phẫu thuật cao hơn 1,3 lần ở bệnh nhân bị tăng huyết áp [5].

Một số các nghiên cứu cũng cho thấy loại phẫu thuật cũng là yếu tố nguy cơ của bí tiểu sau mổ, đặc biệt những bệnh nhân nằm bất động sau mổ dài ngày. Tỷ lệ mắc bí tiểu cơ năng trong các phẫu thuật nói chung là khoảng 4% [6] và thay đổi tùy theo loại phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 BN sau mổ khớp và 2 BN sau PT cột sống. Theo tác giả Sung KH và cộng sự, 2,3% tổng số BN sau PT thay khớp có biểu hiện bí tiểu sau mổ [3]; tỷ lệ bí tiểu sau PT cột sống là 5,6% ở nghiên cứu của Gandhi SD [7]. Ngoài ra, các nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ mắc bí tiểu sau PT cao hơn khi gây tê tùy sống so với gây mê toàn thân.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp phải điện châm điều trị kết hợp 6 ngày mới có kết quả. Theo chúng tôi có thể do trường hợp này bệnh nhân bị đa chấn thương đặc biệt chấn thương sọ não, thời gian nằm bất động dài, lưu sonde bàng lâu làm tăng nguy cơ cũng như kéo dài thời gian điều trị điện châm kết hợp.

Như vậy, tuổi cao, nằm bất động lâu ngày sau phẫu thuật, bệnh lý kèm theo và thời gian dẫn lưu sonde kéo dài đều là những

yếu tố nguy cơ dễ mắc bí tiểu cơ năng sau phẫu thuật cũng như ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

2. Bàn về tính hiệu quả của kỹ thuật điện châm

Điện châm là một phương pháp điều trị không dùng thuốc của Y học cổ truyền (YHCT) được biết đến như một liệu pháp thay thế, hỗ trợ điều trị rất nhiều bệnh. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đánh giá hiệu quả của phương pháp điện châm trong điều trị bí tiểu cơ năng đem lại cải thiện đáng kể.

Trong quá trình điều trị, cả 4 BN đều được tiến hành điện châm liệu trình 30 phút/ngày, tần số từ 4 - 10Hz, cường độ theo ngưỡng của bệnh nhân, thời gian điều trị 2 - 6 ngày, với công thức huyệt: Khí hải (CV6), Quan nguyên (CV4), Trung cực (CV3), Khúc cốt (CV2), Quy lai (ST29), Huyết hải (SP10), Túc tam lý (S36), Tam âm giao (Sp6). Về thời gian điện châm, nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như một số tác giả Gao Y và cộng sự [8]. Về phác đồ huyệt, theo tác giả Cao Thị Huyền Trang cũng dùng các huyệt Khí hải, Quan nguyên, Trung cực, Khúc cốt, Quy lai, Huyết hải điều trị trên 45 bệnh nhân bí tiểu sau mổ trĩ kết quả 71,1% bệnh nhân tiểu được sau điện châm, 28,9% bí tiểu lại [9]. Tác giả Gao Y cũng sử dụng các huyệt Khúc Cốt, Trung cực, Quan nguyên, Quy lai điều trị 31 bệnh nhân với thời gian điện châm 30 phút/ngày, tần số 2Hz, kết quả 100% bệnh nhân phục hồi sau điều trị [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN tiểu được sau can thiệp là 100% (cả 4 BN đều tự tiểu được). Điều này có thể giải thích do dòng điện sử dụng đã được chứng minh là có tác dụng giảm đau và cải thiện tuần hoàn tại chỗ. Điện châm kích thích tại các huyệt

vị: Quan nguyên, Trung cực, Khúc cốt, Khí hải, Quy lai hai bên, là các huyết có tác dụng thư cân hoạt lạc, hoạt huyết hóa ứ đặc biệt Huyết hải có tác dụng hóa ứ thông lạc. Túc tam lý có tác dụng cường tráng cơ thể, tăng cường miễn dịch giúp hỗ trợ phục hồi ở những bệnh nhân sau phẫu thuật. Việc kích thích điện châm góp phần làm tăng nồng độ Endorphin trong huyết thanh, giãn mạch, tăng lượng máu, kích thích thần kinh vận động làm co bóp cơ [10]. Tác dụng giảm đau thông qua việc bài tiết Endorphin làm giảm sự co thắt của cổ bàng quang; tác dụng giãn mạch tăng tuần hoàn tại chỗ giải quyết được tình trạng viêm phù nề; tác dụng kích thích thần kinh vận động làm tăng co bóp của cơ thành bàng quang khiến cho áp suất trong bàng quang tăng cao, sức cản đường ra giảm, từ đó nước tiểu được đẩy ra ngoài một cách dễ dàng hơn. Mặt khác sự kích thích có tính chu kỳ, tương tự với chu kỳ co bóp sinh lý của bàng quang, giúp cơ thành bàng quang dần co bóp thành từng đợt, điều này kích thích thần kinh trung ương, trung khu bài niệu và thần kinh vùng chậu hông, khôi phục lại phản xạ tiểu tiện.

Theo YHCT, sự bài tiết nước tiểu là nhờ công năng túc giáng của phế, khai nạp của thận, sơ tiết của can, vận hóa của tỳ, khí hóa của tam tiêu và của bàng quang. Sau phẫu thuật, cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi là sau phẫu thuật thay khớp và cột sống, kinh mạch bị tổn hại, khí cơ nghịch loạn, khí trệ huyết ứ ảnh hưởng đến sự khí hóa của bàng quang, dẫn tới bí tiểu cơ năng sau mổ. Huyết Khúc cốt là huyết hội của mạch Nhâm và các kinh Túc quyết âm can, có tác dụng điều trị bí tiểu và giảm đau. Huyết Khí hải có tác dụng giảm đau, thông dương khí. Huyết Quy lai thuộc kinh Vị có tác dụng giảm đau tại chỗ. Thông qua dòng điện với tần số tả qua

các điện cực, kích thích lên các huyết kể trên làm cho sơ thông khí bàng quang, phục hồi chức năng khí hóa của bàng quang mà thông lợi tiểu tiện. Mặt khác, về giải phẫu, vị trí của các huyết Khúc cốt, Khí hải, Trung cực, Quan nguyên, Quy lai hai bên cũng tương ứng với vị trí của bàng quang, nên việc điện châm kích thích lên các huyết trên cũng đồng nghĩa với việc tác động trực tiếp lên bàng quang, làm tăng co bóp của cơ thành bàng quang, giúp việc đẩy nước tiểu ra ngoài được dễ dàng hơn.

Trong quá trình điện châm điều trị, không bệnh nhân nào xuất hiện tai biến vùng châm, chảy máu, châm vào phủ tạng và nhiễm trùng. Cả 4 bệnh nhân sau khi đi tiểu được đều được chỉ định cho xuất viện. Như vậy, điện châm điều trị không để lại biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện của bệnh nhân đồng thời cải thiện được chất lượng cuộc sống và sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.

IV. KẾT LUẬN

Qua 04 trường hợp điện châm điều trị chúng tôi nhận thấy, bí tiểu cơ năng là biến chứng hay gặp sau PT. Tuổi cao, nằm bất động lâu ngày sau phẫu thuật, bệnh lý kèm theo và thời gian dẫn lưu sonde kéo dài đều là những yếu tố nguy cơ dễ mắc bí tiểu cơ năng sau phẫu thuật cũng như ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Điện châm điều trị bí tiểu sau PT là phương pháp khả thi, không xâm lấn, có hiệu quả cao, không để lại các biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện đồng thời cải thiện được chất lượng cuộc sống và sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. R.-M. Johansson, B.-E. Malmvall, B. Andersson-Gäre et al., "Guidelines for

- preventing urinary retention and bladder damage during hospital care,” *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, no. 3-4, pp. 347–355, 2013. View at: Publisher Site | Google Scholar
2. **X. SS and G. X. Y**, “Influence of acupuncture on nerve injury induced urine retention in the rabbit,” *Acupuncture Research*, vol. 28, no. 4, pp. 263–266, 2003. View at: Google Scholar
 3. **Sung KH, Lee KM, Chung CY, Kwon SS, Lee SY, Ban YS, Park MS**. What are the risk factors associated with urinary retention after orthopaedic surgery? *Biomed Res Int*. 2015;2015:613216. doi: 10.1155/2015/613216. Epub 2015 Feb 18. PMID: 25789322; PMCID: PMC4348600.
 4. **Pfisterer M. H.-D., Griffiths D. J., Schaefer W., Resnick N. M.** The effect of age on lower urinary tract function: a study in women. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006;54(3):405–412. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00613.x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 5. **Izard J. P., Sowery R. D., Jaeger M. T., Siemens D. R.** Parameters affecting urologic complications after major joint replacement surgery. *The Canadian Journal of Urology*. 2006;13(3):3158–3163. [PubMed] [Google Scholar].
 6. **Tammela T., Kontturi M., Lukkarinen O.** Postoperative urinary retention. I. Incidence and predisposing factors. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*. 1986;20(3):197–201. doi: 10.3109/00365598609024494. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 7. **Gandhi SD, Patel SA, Maltenfort M, Anderson DG, Vaccaro AR, et al. (2014)** Patient and Surgical Factors Associated With Postoperative Urinary Retention After Lumbar Spine Surgery. *SPINE* 39: 1905-1909.
 8. **Gao Y, Zhou X, Dong X, Jia Q, Xie S, Pang R.** Electroacupuncture for bladder function recovery in patients undergoing spinal anesthesia. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2014;2014:892619. doi:10.1155/2014/892619.
 9. **Cao Thị Huyền Trang (2011)**, Đánh giá tác dụng điều trị điện châm của nhóm huyết BÐ trên BN bí đái sau mổ trĩ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 10. **Phạm thị Thu Hiền (2016)**, Mô tả tình hình tiểu tiện của bệnh nhân sau mổ trĩ tại khoa ngoại bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2015, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

TẠO HÌNH BÀNG QUANG BẰNG RUỘT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG - KỸ THUẬT BẢO TỒN THẦN KINH CƯƠNG DƯƠNG: NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP

Đào Quang Minh*, Nguyễn Văn Phước *

TÓM TẮT

Điều trị triệt căn cắt bàng quang toàn bộ, nạo vét hạch và chuyển lưu nước tiểu là tiêu chuẩn vàng để điều trị ung thư bàng quang đã xâm lấn lớp cơ. Trong đó, việc chú trọng bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương đem lại sự hài lòng và chất lượng sống tốt hơn cho bệnh nhân.

Mục tiêu: Nhận xét kết quả bước đầu điều trị cắt bàng quang toàn bộ, tạo hình bàng quang bằng ruột có bảo tồn thần kinh cương dương.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo 2 trường hợp bệnh nhân ung thư bàng quang T2aN0M0 được mổ cắt bàng quang toàn bộ, nạo vét hạch, bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương và tạo hình bàng quang tân tạo bằng phương pháp Hautmann cải tiến lần đầu tiên được thực hiện tại bệnh viện Thanh Nhàn.

Kết luận: Đối với ung thư bàng quang giai đoạn còn sớm, khu trú $\leq T2$, vị trí u cách xa vùng cổ bàng quang thì việc tạo hình bàng quang có bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương cho kết quả tốt về chất lượng sống của bệnh nhân sau mổ.

Từ khóa: cắt bàng quang toàn bộ, ung thư bàng quang, bảo tồn thần kinh cương dương.

SUMMARY

THE ILEAL ORTHOTOPIC BLADDER SUBSTITUTE: EVALUATION OF

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 11/12/2019

Ngày duyệt bài: 17/01/2020

NEURO-VASCULAR BUNDLES PRESERVATION IN RADICAL CYSTECTOMY: A REPORT OF 2 CASES

Introduction: radical cystectomy with lymphadenectomy and urinary diversion is gold standard for muscle invasive bladder cancer. The problem now is focused on quality of life, neuro-vascular preservation techniques help to improve quality of life after surgery.

Method: describe 2 cases with T2aN0M0 bladder cancer; was in surgery at Thanh Nhan Hospital; underwent radical cystectomy with lymphadenectomy, used neuro-vascular preservation techniques, urinary diversion and replaced by orthotopic ileal neobladder (used reform Hautmann technique).

Result: Patient with bladder cancer $\leq T2$ stage, the ileal orthotopic bladder substitute with neuro-vascular bundles preservation in radical cystectomy help to improve quality of life after surgery.

Key word: ileal orthotopic bladder substitute, neuro-vascular bundles preservation in radical cystectomy, bladder cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là bệnh lý ác tính thường gặp, đứng hàng thứ 2 trong ung thư đường tiết niệu. Điều trị triệt căn cắt bàng quang toàn bộ, nạo vét hạch và chuyển lưu nước tiểu là tiêu chuẩn vàng để điều trị ung thư bàng quang đã xâm lấn lớp cơ. Chuyển lưu nước tiểu thì phương pháp tạo hình bàng quang mới bằng ruột và nối trực vị với niệu đạo ngày càng chứng minh được tính ưu việt

và hiệu quả, trở thành điều trị tiêu chuẩn ở các bệnh viện lớn trên thế giới và Việt Nam. Trong đó, việc chú trọng bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương đem lại sự hài lòng và chất lượng sống tốt hơn cho bệnh nhân, tránh được sự e dè của bệnh nhân sau tạo hình với việc đái không tự chủ hay mất khả năng cương dương vật sau mổ. Chúng tôi xin báo cáo nhân 2 trường hợp bệnh nhân ung thư bàng quang giai đoạn T2aNoMo được mổ cắt bàng quang toàn bộ, nạo vét hạch, bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương và tạo hình bàng quang tân tạo bằng phương pháp Hautmann cải tiến lần đầu tiên được thực hiện tại bệnh viện Thanh Nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu: mô tả nhân 2 trường hợp.

2. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân 1: Hoàng H. nam 63 tuổi, được chẩn đoán trước mổ: ung thư bàng quang T2aNoMo, chưa có dấu hiệu xâm lấn ra ngoài bàng quang, ung thư độ ác tính cao, tái phát sau 2 tháng cắt đốt nội soi. Soi bàng quang thấy tái phát tại vị trí thành phải ở lần cắt đốt nội soi trước cách xa vùng tam giác cổ bàng quang.

Hình ảnh chụp CT ổ bụng có hình ảnh dày thành bàng quang bên phải.

Bệnh nhân được mổ ngày 31.01.2018.

Bệnh nhân 2: Đỗ Bá Thụy, nam 53 tuổi, bệnh nhân chẩn đoán trước mổ: ung thư bàng quang T2NoMo, nhiều khối u ở thành phải bàng quang, soi bàng quang sinh thiết cho kết quả giải phẫu bệnh: ung thư tế bào chuyển tiếp.

CT bụng: u bàng quang thành phải chưa có dấu hiệu xâm lấn ra ngoài bàng quang.

Bệnh nhân được mổ ngày 11.5.2019.

3. Phương pháp tiến hành

Bệnh nhân được giải thích trước mổ về phương pháp mổ cũng như những tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau mổ cũng như những vấn đề có thể gặp trong thời kỳ hậu phẫu, vấn đề hóa trị hỗ trợ sau mổ.

Bệnh nhân trước mổ được dùng kháng sinh dự phòng 3 ngày, hướng dẫn chế độ ăn trước mổ, thực tháo sạch ruột bằng Fleet uống với 2000 ml nước sôi nguội.

Một số điều cần thực hiện để tránh tổn thương bó mạch thần kinh cương dương trong khi mổ:

- + Không dùng dao đốt điện ở vùng cổ bàng quang – tuyến tiền liệt.
- + Vào mặt trước bên tuyến tiền liệt.
- + Buộc và cắt tĩnh mạch lưng dương vật.
- + Tổn thương tối thiểu dây chằng mu tuyến tiền liệt.
- + Cắt xẻ lá trên của mạc nội chậu, không phạm dây chằng mu tuyến tiền liệt.
- + Xẻ lá dưới và vén đẩy bó mạch thần kinh ra ngoài thành bên tuyến tiền liệt.
- + Định vị và khâu cầm máu đám rối tĩnh mạch Santorini.
- + Bảo tồn bó mạch thần kinh 2 bên.

4. Đánh giá bệnh nhân sau mổ tạo hình bàng quang theo tiêu chí bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương: chức năng kiểm soát nước tiểu và chức năng cương dương.

4.1. Chức năng kiểm soát nước tiểu được đánh giá theo 3 mức độ: tốt, trung bình, xấu.

Bảng đánh giá chức năng kiểm soát nước tiểu

Tốt	Trung bình	Xấu
Kiểm soát được hoàn toàn ban ngày, thỉnh thoảng không kiểm soát được ban đêm	Ban ngày có lúc kiểm soát được, ban đêm không được	Không kiểm soát được cả ban ngày và ban đêm

4.2. Chức năng tình dục được đánh giá theo bảng câu hỏi quốc tế về chức năng tình dục IIEF-5.**Câu hỏi IIEF-5 (International Index of Erectile Function)**

1. Mức độ tin tưởng của bạn về khả năng cương dương vật bạn có thể cương được?				
Rất thấp 1□	Thấp 2□	Trung bình 3□	Tốt 4□	Rất tốt 5□
2. Khi dương vật cương khi có kích thích tình dục. Số lần cương đủ cứng để giao hợp được				
Không bao giờ hay gần như không bao giờ đạt 1□	Chỉ vài lần (<1/2 số lần) 2□	Đôi khi (1/2 số lần) 3□	Đa số (>1/2 số lần) 4□	Luôn luôn hay gần như luôn đạt được 5□
3. Trong lúc đang giao hợp, số lần bạn giữ dương vật cương được?				
Không bao giờ hay gần như không bao giờ đạt 1□	Chỉ vài lần (<1/2 số lần) 2□	Đôi khi (1/2 số lần) 3□	Đa số (>1/2 số lần) 4□	Luôn luôn hay gần như luôn đạt được 5□
4. Trong lúc đang giao hợp, mức độ khó khăn để giữ cương dương vật cho tới khi giao hợp xong?				
Vô cùng khó 1□	Rất khó 2□	Khó 3□	Hơi khó 4□	Không khó 5□
5. Khi giao hợp, bạn có thường thỏa mãn không? (Nếu bạn muốn giao hợp nhưng không giao hợp được vì dương vật cương không đạt thì chọn câu trả lời số 1)				
Không bao giờ hay gần như không bao giờ đạt 1□	Chỉ vài lần (<1/2 số lần) 2□	Đôi khi (1/2 số lần) 3□	Đa số (>1/2 số lần) 4□	Luôn luôn hay gần như luôn đạt được 5□

Mức độ RLC được phân thành 5 độ theo tổng điểm IIEF-5

RLC nặng	RLC trung bình	RLC trung bình nhẹ	RLC nhẹ	Không RLC
5-7 điểm□	8-11 điểm□	12-16 điểm□	17-21 điểm□	22-25 điểm□

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Tuổi

Bn nam giới 53 và 63 tuổi là độ tuổi còn khỏe, thể trạng bệnh nhân còn tốt, khám tim mạch và đo chức năng thông khí phổi trước phẫu thuật bình thường, đảm bảo phẫu thuật, ngoài ra không có các bệnh mạn tính khác như tăng huyết áp, đái tháo đường.

Đây là lứa tuổi hay gặp ung thư bàng quang cũng như có hiệu quả trong việc cắt bàng quang toàn bộ và tạo hình bàng quang thay thế.

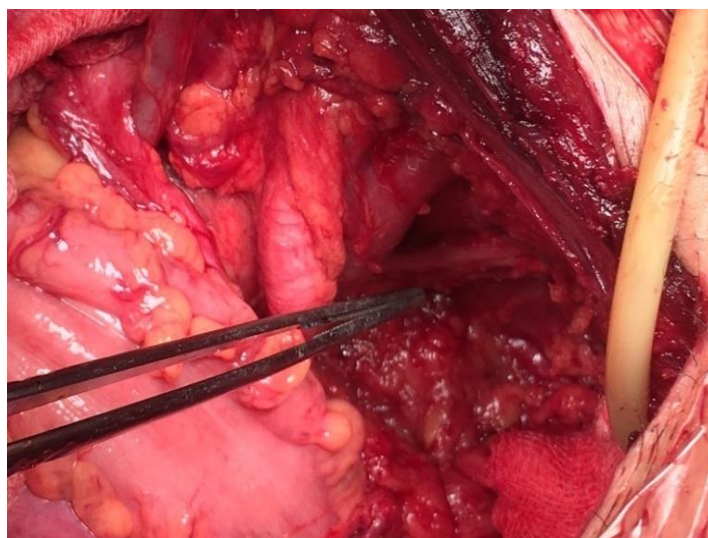
2. Kỹ thuật cắt bàng quang tận gốc, nạo vét hạch, tạo hình bàng quang.

Cắt bàng quang tận gốc (cắt bàng quang toàn bộ) có nghĩa là cắt toàn toàn bộ bàng quang kèm 2 túi tinh, tuyến tiền liệt và nạo vét hạch chậu bít.

Ống dẫn tinh được cắt và buộc lại đầu còn lại, buộc chỉ đầu nối với ống dẫn tinh làm mốc để cắt túi tinh và bàng quang.

Lấy mẫu bệnh phẩm: môm cắt niệu đạo, môm 2 niệu quản làm sinh thiết tức thì. Kết quả cho thấy diện môm cắt không thấy hiện diện của tế bào ác tính.

Nạo hạch chậu bít tiêu chuẩn là nạo 5 nhóm hạch: hạch bít, hạch chậu ngoài, chậu trong, chậu chung và nhóm hạch trước xương cùng. Nhận xét đại thể: có 03 hạch chậu bên phải kích thước 1cm, sinh thiết tức thì hạch viêm, không thấy hiện diện tế bào ác tính. Kỹ thuật nạo hạch tốt làm tăng tỷ lệ sống còn của bệnh nhân sau phẫu thuật, di căn nhóm hạch bít và chậu trong thường gặp nhất, bệnh nhân được nạo vét hạch tiêu chuẩn, đây là một số hình ảnh sau vét hạch:



Hình ảnh 1: sau nạo hạch chậu bít T.

Lấy 40 cm hồi tràng để chuẩn bị tạo hình bàng quang, phục hồi lại lưu thông tiêu hóa và xẻ đoạn hồi tràng để tạo hình bàng quang theo phương pháp Hautmann cải tiến. Cầm lại 2 niệu quản vào bàng quang tân

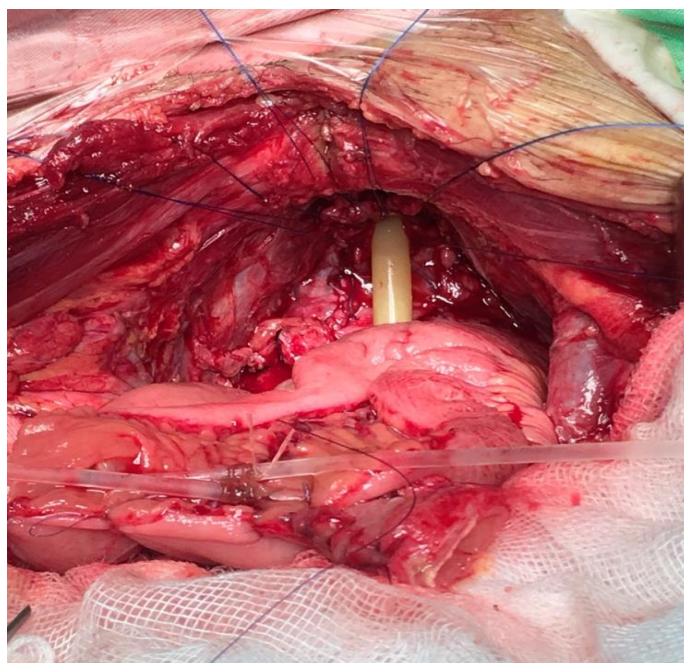
tạo. Phương pháp Hautmann để bảo tồn cuống mạch, để tạo hình bàng quang, đáp ứng được mục tiêu bàng quang tân tạo (trực vị, dễ thể tích, áp lực thấp) bảo vệ đường tiết niệu



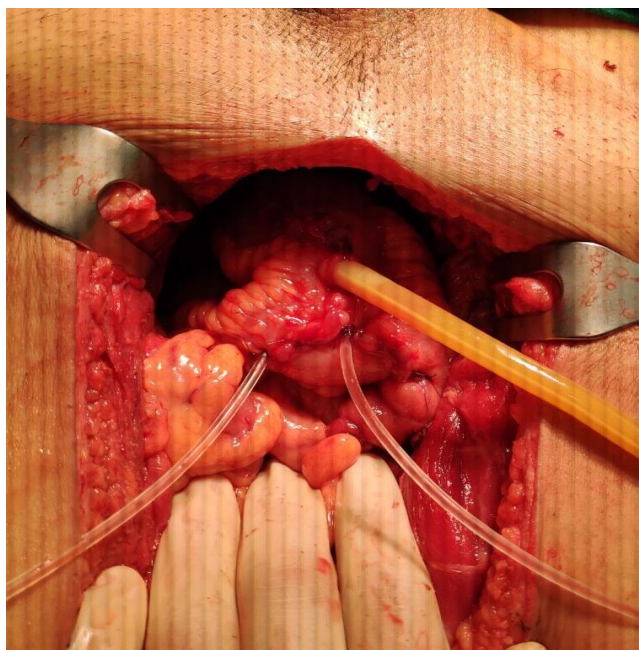
Hình ảnh 2: Đoạn ruột 40 cm chuẩn bị tạo hình.

Đặt sonde Foley 20ch niệu đạo và nối trực vị bàng quang tân tạo vào mồm cắt niệu đạo còn lại. Mở bàng quang ra da bằng Foley 20ch, đặt ống sonde 2 niệu quản bằng sonde hút nhót 8ch và đưa ra da đối bên, đặt dẫn lưu cạnh bàng quang 2 bên ra 2 hố chậu. Sau mổ 3 ngày bơm rửa bàng quang 1 lần/ngày, 2 ngày bệnh nhân có trung tiện cho ăn nhẹ trở

lại. Nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch đến 2 tuần sau mổ bằng DD MG_tan (bao gồm cả đạm, mỡ, đường, điện giải). Kháng sinh dùng sau mổ, cho ngồi dậy sớm 3 ngày sau mổ. Theo dõi biến chứng sau mổ: không có dấu hiệu nhiễm trùng hay dò tiêu hóa hoặc tắc ruột,...



Hình ảnh 3: Bàng quang tân tạo chuẩn bị nối trực vị Bn H.H



Hình ảnh 4: Bàng quang tân tạo đã nối trực vị của Bn Đ.B.Th

Rút các dẫn lưu theo thứ tự: Dẫn lưu ổ bụng 2 bên rút 1 tuần sau mổ, dẫn lưu 2 niệu quản ra da rút sau 2 tuần sau mổ. Dẫn lưu niệu đạo rút 3 tuần sau mổ vào ngày 21.02.2018. Dẫn lưu bàng quang được kẹp lại cho bệnh nhân đi tiểu đường tự nhiên được, chờ đủ 4 tuần rút dẫn lưu bàng quang ra da.



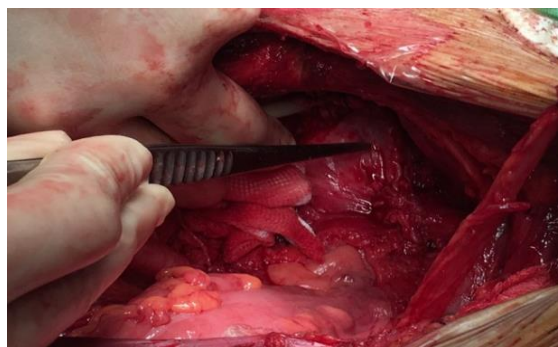
Hình ảnh 5: sau rút sonde niệu đạo.

3. Bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương.

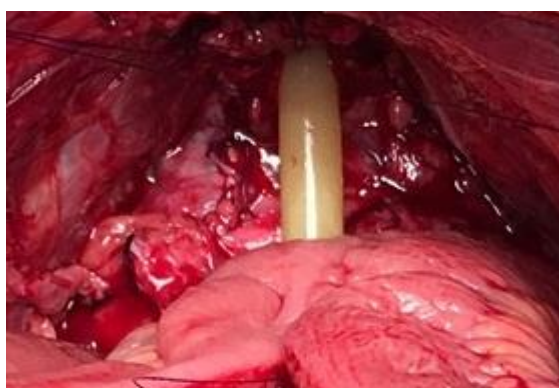
Bệnh nhân được bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương cả 2 bên, trước và sau mổ được đánh giá theo 2 tiêu chí: tiểu tiện tự chủ và cương dương.

Theo Hautmann và Studer (2009) tổng

kết kinh nghiệm của phẫu thuật này đã đưa ra lời khuyên: nếu không biết kỹ thuật bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương thì không nên thực hiện tạo hình bàng quang. Kỹ thuật này giúp cho bệnh nhân sau tạo hình cải thiện chức năng kiểm soát nước tiểu, đồng thời cải thiện chức năng tình dục [7,8].



Hình ảnh 6: bó mạch thần kinh cương dương P.



Hình ảnh 7: bó mạch thần kinh cương dương 2 bên.

3.1. Chức năng kiểm soát nước tiểu.

Bệnh nhân được rút sonde tiểu sau mổ 3 tuần, sau rút BN đi tiểu không có hiện tượng đái són, hoàn toàn kiểm soát nước tiểu và ban ngày và ban đêm. Chức năng kiểm soát nước tiểu của bệnh nhân sau tạo hình bàng quang được đánh giá ở mức độ tốt.

Turner và Cs đã thực hiện so sánh hiệu quả bảo tồn thần kinh với 3 nhóm: nhóm 1 gồm 20 BN bảo tồn 2 bên, nhóm 2 gồm 96 BN bảo tồn 1 bên, nhóm 3 gồm 49 BN không bảo tồn thần kinh. Kết quả cho thấy nhóm 1 phục hồi nhanh hơn và nhiều hơn nhiều so với nhóm 2 và nhóm 3, nhóm 3 kém nhất [12].

Đào Quang Oánh nghiên cứu 28 BN kết quả cho thấy chức năng kiểm soát nước tiểu tốt 92,7%, 7,3% trung bình và không có kết quả xấu [4].

Các tác giả cho rằng nên bảo tồn thần kinh khi có thể được ngay cả 1 bên.

Khi thao tác tại đám rối Santorini, các nút chỉ cầm máu không nên cột quá xa chỗ nối niệu đạo và tuyến tiền liệt để tránh tổn thương cơ thắt.

3.2 Chức năng tình dục:

Wash PC là người đầu tiên cho thấy bảo tồn bó mạch thần kinh làm tăng khả năng cương ở những bệnh nhân cắt bàng quang tận gốc có khả năng hoạt động tình dục sau 1 năm. Ông cho rằng rối loạn cương là do tổn thương đám rối thần kinh chậu chi phối thần kinh thể hang [14, 15].

Brendler CB báo cáo 27/52 TH có bảo tồn thần kinh phục hồi chức năng cương dương sau 1 năm. Kể từ nghiên cứu đó các tác giả đều cho tỷ lệ tương tự về tỷ lệ cương sau tạo hình bàng quang thay đổi từ 42-71% [1].

Đào Quang Oánh nghiên cứu 28 BN đánh giá chức năng cương sau 6 tháng cho kết quả 64,9% phục hồi tốt và khá, 21,4% phục hồi kém [4].

BN H.H có chỉ số IIEF trước mổ 20 điểm, 6 tháng sau khi tái khám IIEF 20 điểm, BN Đ.B.Th IIEF trước mổ 25, sau mổ 1 tháng 25 điểm. Điều này cho thấy chức năng cương dương của 2 bệnh nhân được bảo tồn nguyên vẹn sau phẫu thuật, đặc biệt BN Đ.B.Th có chức năng cương dương trở về bình thường như trước khi mổ sau 1 tháng.

IV. KẾT LUẬN

Đối với ung thư bàng quang giai đoạn còn sớm, khu trú $\leq T2$, vị trí u cách xa vùng cổ bàng quang thì việc tạo hình bàng quang có bảo tồn bó mạch thần kinh cương dương cho kết quả tốt về chất lượng sống của bệnh nhân sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brender CB et al.** local recurrence and survival following never sparing radical cystoprostatectomy. *J Urol*, 144: 1137 -1140.
2. **Dhar NB, Kessler TM, Mills RD, Burkhard F, Studer US** (2007). Nervesparing radical cystectomy and orthotopic bladder replacement in female patients. *Eur Urol* 52: 1006-1014.
3. **Thái Minh Sâm** (2013). Nhận xét cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang bằng hồi tràng tại bệnh viện Chợ Rẫy, *Y học Việt Nam, Chuyên đề thận học và Tiết Niệu học*, tập 409: 176 - 182.
4. **Đào Quang Oánh** (2013). Nhận xét cắt bàng quang tận gốc: hiệu quả của bảo tồn bó mạch thần kinh, *Y học Việt Nam, Chuyên đề thận học và Tiết Niệu học*, tập 409: 158-165.
5. **Gilpin SA, Gilpin CJ, Dixon JS, Gosling JA and Kirby RS** (1986). The effect of age on the autonomic innervation of the urinary bladder. *BJU*, 58: 378-381.
6. **Girgin C, Oder M, Sahin MO et al** (2006). Erection and ejaculation-Preserving cystectomy with orthotopic urinary diversion: is it feasible?, *J Androl*, 27(2): 253-257
7. **Hautmann RE, Botto H, Studer UE** (2009). How to obtain good results with orthotopic bladder substitution: the 10 commandments. *Eur Urol Suppl* (8): 712-717.
8. **Hautmann RE, Hautmann O, Volkmer BG, Hautmann S** (2010). Nerve-sparing radical cystectomy: A new technique. *Eur Urol Suppl* 9: 428-432.
9. **Kessler TM, Burkhard FC, Studer UE** (2004). Attempted nerve sparing surgery and age have a significant effect on urinary continence and erectile function after radical cystoprostatectomy and ileal orthotopic bladder substitution. *Eur Urol*, 172:1323-1327.
10. **Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, et al** (1999). Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impotence Res*, 11:319-326.
11. **Salem HK** (2005). Preservation of ejaculatory and erectile function after radical cystectomy for urothelial malignancy. *J Egyptian Nat Cancer Inst* 17(4): 239-244.
12. **Turner WH, Danuser H, Moehrle K and Studer UE** (1997). The effect of nerve sparing cystectomy technique on postoperative continence after orthotopic bladder substitution. *J Urol*, 158: 2118-2124.
13. **Venn SN, Popert RM and Mundy AR** (1998). Nerve sparing cystectomy and substitution cystoplasty in patients of either sex: limitations and techniques. *BJU*, 82: 361-365.
14. **Walsh PC, and Mostwin JL** (1984). Radical prostatectomy and cystoprostatectomy with preservation of potency: results using a new nerve-sparing technique. *BJU*, 56:694-697.
15. **Walsh PC, Partin AW** (2007). Anatomic radical retropubic prostatectomy. In *Campbell-Walsh Urology*, 9th edition, chapter 97.

ĐIỀU TRỊ SA TỬ CUNG Ở BỆNH NHÂN LỚN TUỔI BẰNG PHƯƠNG PHÁP CỐ ĐỊNH ÂM ĐẠO VÀO DÂY CHẰNG CÙNG GAI: NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP

Đào Quang Minh*

TÓM TẮT

Bệnh nhân lớn tuổi có sa tử cung mức độ nặng, điều trị bảo tồn không có kết quả, hoặc thực hiện cắt tử cung thì còn tồn tại nguy cơ cao tiếp tục sa môm cổ, khi thực hiện phẫu thuật nội soi cố định âm đạo vào môm nhô thì nguy cơ cao của gây mê cũng như biến chứng tiêu hóa cao. Do vậy, đối với những bệnh nhân lớn tuổi có sa tử cung mức độ nặng, chúng tôi đã lựa chọn phẫu thuật cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai qua ngã âm đạo để điều trị sa tử cung.

Mục tiêu: Nhận xét kết quả bước đầu điều trị sa tử cung ở bệnh nhân lớn tuổi bằng phương pháp cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả trường hợp bệnh

Kết quả: Phục hồi tốt khoang giữa sau phẫu thuật, không có biến chứng, xuất viện sau 7 ngày.

Kết luận: Phẫu thuật cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai ngồi bước đầu cho thấy tính an toàn, hiệu quả và ít biến chứng khi thực hiện trên bệnh nhân lớn tuổi điều trị sa tử cung.

Từ khóa: sa tử cung, cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai.

SUMMARY

THE ILEAL ORTHOTOPIC BLADDER SUBSTITUTE: EVALUATION OF

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 11/12/2019

Ngày duyệt bài: 17/01/2020

NEURO-VASCULAR BUNDLES PRESERVATION IN RADICAL CYSTECTOMY: A REPORT OF 2 CASES

Elderly patients with severe uterine prolapse, conserve treatment is warranted no result or performing hysterectomy is still in danger, high muscles continue to prolapse. when performing laparoscopic surgery fixed Vaginal on protrusion, there is a high risk of anesthesia as well as complication of digestion high. Therefore, for elderly patients with severe uterine prolapse. In severe cases, we have chosen to fix the vagina on the ligament along the vaginal opening to treat uterine prolapse.

Objectives: Comment on initial results of treatment of uterine prolapse in elderly patients by vaginal fixation on ligaments with thorns

Method: Describing the multiplication of two cases of uterine prolapse in the elderly undergoing surgery to fix the vagina into the ligament with thorns at Thanh Nhan hospital.

Results: A good recovery of the middle compartment after surgery, no complications, discharged after 7 days.

Conclude: Vaginal fixation on the ligament and spine sitting the top shows safety, effectiveness and fewer complications when implemented on elderly patients treated for uterine prolapse.

Key words: prolapse of the uterus, fixation of the vagina to the ligament with thorns.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa tạng sản chậu là bệnh lý xảy ra ở phụ nữ khi có khiếm khuyết tại các cấu trúc nâng

đỡ sàn chậu, làm cho các tạng trong vùng chậu bao gồm bàng quang, tử cung, âm đạo, trực tràng, ruột và các mô liên quan sa vào âm đạo, thường xảy ra ở những phụ nữ sinh đẻ nhiều lần. Sa tạng chậu không gây nguy hiểm tính mạng nhưng ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng sống của bệnh nhân (gây ra các rối loạn: làm tiểu tiện và đại tiện không tự chủ, bế tắc đường tiết niệu dưới, táo bón, gây khó chịu vùng chậu, nhiễm khuẩn niệu tái phát, rối loạn chức năng tình dục như đau khi giao hợp, giảm ham muốn tình dục,...). Chất lượng cuộc sống cũng như số phụ nữ cao tuổi ngày một tăng do vậy số bệnh nhân được phát hiện và điều trị bệnh lý sa tạng chậu ngày một nhiều.

Điều trị sa tử cung mức độ nặng (độ 3, 4) có nhiều phương pháp: phẫu thuật qua ngả bụng cố định âm đạo vào mỏm nhô (mổ mở hay mổ nội soi) [2], hoặc qua ngả âm đạo cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai ngồi.

Phẫu thuật khâu cố định âm đạo vào dây chằng cùng – gai ngồi được miêu tả đầu tiên bởi Richter (1942), có tỷ lệ biến chứng thấp khoảng 1%, phù hợp bệnh nhân không thể phẫu thuật cố định sàn chậu vào mỏm nhô xương cùng (bệnh nhân lớn tuổi, không thể nằm đầu thấp kéo dài do nguyên nhân tim mạch, đã phẫu thuật vùng chậu nhiều lần...). Ưu điểm của phẫu thuật này là có tỉ lệ thành công tương đương những phẫu thuật ngả bụng nhưng không cần mổ vào ổ bụng, có thể sửa chữa đồng thời các khiếm khuyết

khác của sàn chậu, bảo tồn chiều dài và chức năng của âm đạo [6]. **Mục Tiêu:** Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Nhận xét kết quả bước đầu điều trị sa tử cung ở bệnh nhân lớn tuổi bằng phương pháp cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả trường hợp bệnh

Bệnh nhân 1: Nữ 76 tuổi, PARA 8008, sa tử cung độ 4 theo phân loại POP-Q, vào viện vì có khối sa lồi vùng âm hộ từ lâu, kèm đau tức hạ vị khi đi tiểu.

Đã làm phiên đồ cổ tử cung tử cung không thấy tổn thương ác tính.

Nhận định bệnh nhân lớn tuổi không thích hợp cho phẫu thuật nội soi cố định âm đạo vào ụ nhô (thời gian phẫu thuật kéo dài nguy cơ ảnh hưởng đến hô hấp và tim mạch do phải nằm đầu thấp, nguy cơ tổn thương ruột) nên lựa chọn phương pháp mổ qua ngả âm đạo (cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai ngồi).

Bệnh nhân 2: Nữ 68 tuổi, PARA 4004, sa tử cung độ 3 theo phân loại POP-Q, vào viện vì có khối sa lồi vùng âm hộ, không có triệu chứng bất thường khi đi tiểu.

Kỹ thuật mổ

Bệnh nhân được tê tủy sống, nằm thế sản phụ khoa. Sau khi sát trùng vùng mổ, bác sỹ phẫu thuật đánh giá lại lần cuối những cơ quan bị sa cũng như đánh giá giai đoạn sa theo thang điểm POPQ.



Hình 1: sa tử cung độ 4, trước mổ.

Đặt sonde Foley 2 chạc 18ch.

Tiêm nước cất khoảng 40ml để bóc tách thành sau âm đạo, rạch niêm mạc thành sau âm đạo 5cm, bóc tách thành âm đạo về phía hố chậu trái tìm dây chằng cùng gai trái.

Khâu cố định vòng chu cổ tử cung vào dây chằng cùng gai trái với 2 sợi prolene khâu vào dây chằng cùng gai trái. Khâu thành âm đạo bằng chỉ tan vicryl 3.0.



Hình 2: sau mổ cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai

Theo dõi bệnh nhân sau mổ:

Bệnh nhân được rút thông tiểu sau 3 ngày, xuất viện sau 7 ngày. Ngày thứ 7 trước khi xuất viện đánh giá lại chức năng: đại tiểu tiện, vết mổ, phục hồi vị trí giải phẫu của tử cung.



Hình 3: sau mổ 1 tuần

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Lượng mất máu trong mổ: 150ml.
- Thời gian mổ: 70 và 90 phút.
- Tai biến, biến chứng sau mổ: không.
- Kết quả sớm: phục hồi hoàn toàn về giải phẫu khoang giữa, không còn các rối loạn về tiểu tiện.

IV. BÀN LUẬN

Thập niên trước thì việc phẫu thuật cắt tử cung đối với sa tử cung độ nặng (độ 3, 4) được thực hiện thường qui, tuy nhiên tỷ lệ sa móm cắt gặp nhiều sau phẫu thuật do không giải quyết được nguyên nhân khiếm khuyết của sàn chậu hông (là do suy yếu mô liên kết hỗ trợ nâng đỡ đáy chậu), cũng như ảnh hưởng rất lớn đến tâm lý của bệnh nhân, gây ảnh hưởng đến hoạt động tình dục.

Đồng thời cắt tử cung làm tăng thêm nguy cơ mắc tai biến và kéo dài thời gian của cuộc phẫu thuật một cách không cần thiết. Gần đây, phẫu thuật bảo tồn tử cung đã trở nên phổ biến, đặc biệt là ở những bệnh nhân còn trẻ, còn muốn giữ khả năng sinh sản. So

với phẫu thuật cố định âm đạo vào móm nhô (mổ mở hay nội soi), đối với bệnh nhân lớn tuổi chúng tôi lựa chọn phẫu thuật cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai vì thời gian phẫu thuật ngắn hơn cũng như ít xâm lấn hơn (không phải mở bụng). Bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi không còn hoạt động tình dục, tuy nhiên các nghiên cứu trước đây có chỉ ra rằng sa cơ quan đáy chậu đều có hoạt động tình dục kém hơn so với những người cùng tuổi mà không có mắc sa cơ quan đáy chậu [5,10].

Trong các phẫu thuật điều trị sa cơ quan đáy chậu, phẫu thuật cố định âm đạo vào móm nhô là phẫu thuật cho kết quả tốt nhất về tình dục do phục hồi được chiều dài âm đạo tốt nhất. Tuy nhiên, Marc Baumann thực hiện nghiên cứu trên 52 bệnh nhân cho thấy phẫu thuật cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai không làm xấu đi hay tốt hơn chức năng tình dục của bệnh nhân nhưng phẫu thuật mang đến sự hài lòng cho hầu hết bệnh nhân [6]. Tại Châu Âu, phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô thường chỉ định

cho những bệnh nhân trẻ, còn hoạt động tình dục do có ưu điểm trong vấn đề giảm giao hợp đau sau mổ và bảo tồn chiều dài âm đạo so với các phương pháp phẫu thuật khác [1].

V. KẾT LUẬN

Bước đầu cho thấy phẫu thuật cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai là một trong những lựa chọn thích hợp cho bệnh nhân lớn tuổi có sa tử cung mức độ nặng, không thể điều trị bằng các phương pháp khác. Kết hợp với nghiên cứu khác cho thấy phẫu thuật cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai là an toàn, hiệu quả và ít biến chứng trong điều trị sa tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anjali M. Ganatra, Francois Rozet, Rafael Sanchez Salas, Eric Barret, Marc Galiano, Xavier Cathelineau, Guy Vallancien (2009)**, The Current Status of Laparoscopic Sacrocolpopexy: A Review, *European urology* 55, 1089-1105.
2. **Chi Chiung Grace Chen, Mark D. Walters (2008)**, Pelvic organ prolapse: Clinical diagnosis and presentation, *Female urology* 3rd, Elsevier Inc pp 556-563.
3. **Dennerstein L., Dudley E., Burger H. (2001)**, Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril*; 76: 456-60.
4. **Fabre LF, Smith LC (2012)**, The effect of major depression on sexual function in women, *J Sex Med*; 9: 231-9.
5. **Handa V. L., Harvey L., Cundiff G. W., Siddique S. A., Kjerulff K. H. (2004)**, Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse, *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 751-6.
6. **Jack C. W. (2010)**, Vaginal and abdominal reconstructive surgery for pelvic organ prolapse, *Campbell urology 10th*, Elsevier Inc pp 2069-2114.
7. **Kuhn A., Hausermann A., Brandner S., Herrmann G., Schmid C., Mueller M. D. (2010)**, Sexual function after sacrocolpopexy, *J Sex Med*; 4018-23.
8. **Marc B., Claudia S., (2009)**, Sexual function after sacrospinous fixation for vaginal vault prolapse: bad or mad ? *Surg Endosc*, 23:1013-1017.
9. **Nguyễn Văn Ân, Phạm Hữu Đoàn, Huỳnh Đoàn Phương Mai (2016)**, Đánh giá vai trò phẫu thuật cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai trong điều trị sa tử cung trên bệnh nhân lớn tuổi, *Tài liệu hội nghị hội sản châu Tp Hồ Chí Minh 2016* – Bệnh viện Bình Dân.
10. **Tok E. C., Yasa O., Ertunc D., Savas A., Durukan H., Kanik A. (2010)**, The effect of pelvic organ prolapse on sexual function in a general cohort of women. *J Sex Med*; 7: 3957-62.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC CHÌ CÓ HỘI CHỨNG NÃO CẤP DO DÙNG THUỐC “CAM” Ở TRẺ EM

Lê Ngọc Duy*, Đinh Thị Hồng*,
Phạm Thị Thanh Tâm*, Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT

Ngộ độc chì có chứng não cấp ở trẻ em có tỷ lệ tử vong cao và di chứng thần kinh nặng nề, vì vậy cần chẩn đoán và điều trị sớm. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị ngộ độc chì do dùng thuốc “cam” ở trẻ có hội chứng não cấp. **Phương pháp:** Can thiệp điều trị theo phác đồ của Bộ Y tế và phân tích 30 trẻ ngộ độc chì cấp tính có hội chứng não cấp từ 9/2014-9/2016 tại Trung tâm Cấp cứu và Chống độc Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong 16,7% do tình trạng hôn mê sâu. Liệu pháp điều trị sau 05 ngày có tác dụng cải thiện rõ trên một số triệu chứng lâm sàng một cách có ý nghĩa như: tình trạng tri giác (96%), co giật, thóp phồng ($P < 0,05$). Trên kết quả xét nghiệm: nồng độ chì máu giảm $26,17 \pm 23,0 \mu\text{g/dl}$ (24,5%) và chì niệu đã tăng thái được $0,28 \pm 0,48 \mu\text{g/dl}$ (16,4%) so với thời điểm vào viện ($P < 0,01$). **Kết luận:** Điều trị ngộ độc chì cấp ở trẻ em theo phác đồ đã đạt hiệu quả tốt ở trẻ em trên cả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.

Từ khóa: ngộ độc chì, hội chứng não cấp

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT FOR CHILDREN WITH ACUTE ENCEPHALOPATHY SYNDROME

*Khoa Cấp cứu và Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Duy
Email: Drduy2411@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2019

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2019

Ngày duyệt bài: 17.01.2020

DUE TO LEAD POISONING FROM USING TRADITIONAL MEDICINE (CAM)

Lead poisoning has acute encephalopathy syndrome in children with high mortality and severe neurological sequelae, so early diagnosis and treatment is needed. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of treatment of lead poisoning by using "CAM" drugs in children with acute encephalopathy syndrome. **Methods:** intervention for treatment according to the regimen of the Ministry of Health and analysis of 30 acute lead poisoning cases from 9 / 2014-9 / 2016 at Center for Emergency Medicine and Poison Control of Vietnam National Children's Hospital. **Results:** Mortality rate 16.7% due to deep coma. After 5 days of treatment has a significant improvement effect on clinically significant symptoms such as conscious condition (96%), convulsions, bulging ($P < 0.05$). On the test results: blood lead levels decreased by $26.17 \pm 23.0 \mu\text{g} / \text{dl}$ (24.5%) and urinary lead increased $0.28 \pm 0.48 \mu\text{g} / \text{dl}$ (16.4%) compared to time of admission ($P < 0.01$). **Conclusion:** treatment of acute lead poisoning in children according to the protocol has been effective in children on both clinical and subclinical symptoms.

Keywords: lead poisoning, acute encephalopathy syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chì là độc chất kim loại nặng có trong không khí, đất, nước bị ô nhiễm...hay trong

các nguyên liệu sản xuất đồ chơi cho trẻ và cả những vật dụng hằng ngày. Ở Việt Nam, theo các tập quán dân gian, chỉ còn được sử dụng làm thuốc Cam để chữa: viêm loét miệng, biếng ăn, chậm lớn, còi xương, suy dinh dưỡng...nên có thể dẫn đến ngộ độc.

Theo định nghĩa của Hiệp hội nhi khoa Hoa Kỳ, ngộ độc chì khi nồng độ chì trong máu $\geq 10\mu\text{g/dl}$. Hội chứng não cấp như nôn, thay đổi hành vi, mất điều hòa, co giật, hôn mê thường chỉ xuất hiện trong ngộ độc chì nặng với BLL $\geq 70\mu\text{g/dl}$ [1].

Ngộ độc chì có hội chứng não cấp ở trẻ có tỷ lệ tử vong cao và di chứng thần kinh nặng nề, tỷ lệ tử vong có thể tới 65% khi chưa có thuốc gấp chì và giảm xuống dưới 5% khi có thuốc gấp chì và loại bỏ chì khỏi cơ thể. Khoảng 25% - 30% trẻ bị di chứng vĩnh viễn gây chậm phát triển trí tuệ, rối loạn chức năng tâm thần [1]. Ngộ độc chì ở trẻ em khó nhận biết nên cần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Điều trị ngộ độc chì có hội chứng não cấp ở trẻ em bao gồm: loại bỏ khả năng tiếp xúc với chì, điều trị triệu chứng đảm bảo chức năng sống và sử dụng các thuốc gấp chì [1],[2]. Các nghiên cứu về điều trị ngộ độc chì có hội chứng não cấp ở Việt Nam ở trẻ em còn hạn chế. Vì vậy, đề tài được thực hiện nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả điều trị ngộ độc chì do dùng thuốc "cam" ở trẻ có hội chứng não cấp*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Tất cả bệnh nhi <15 tuổi, dùng thuốc cam, chì máu $\geq 10\mu\text{g/dl}$ và có hội chứng não cấp với biểu hiện: co giật, nôn, liệt dây thần kinh sọ, phù gai thị, lơ mơ, thay đổi ý thức.

*Tiêu chuẩn loại trừ: Ngộ độc chì do các nguyên nhân khác. Ngộ độc chì do thuốc

cam nhưng không có biểu hiện não cấp. Ngộ độc chì do thuốc cam, có biểu hiện co giật nhưng do động kinh hoặc rối loạn ý thức do nguyên nhân khác.

***Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Cấp cứu và Chống độc Bệnh viện Nhi Trung ương từ 9/2014 đến 9/2016

***Thiết kế nghiên cứu:** Can thiệp điều trị và theo dõi dọc

***Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện. Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu chi tiết với các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Tiến hành hỏi bệnh, khám lâm sàng, cận lâm sàng theo quy trình. Đối tượng nghiên cứu đều được đánh giá tại 2 thời điểm ngày điều trị đầu tiên và sau 5 ngày điều trị trên dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng.

***Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý, làm sạch và phân tích bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 22.0 và một số thuật toán thống kê.

***Đạo đức trong nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có sự đồng ý của bệnh nhân hoặc người giám hộ. Đảm bảo không gây ra bất kỳ một ảnh hưởng xấu nào cho bệnh nhân. Trong quá trình nghiên cứu không tiến hành bất kỳ một thử nghiệm nào khác. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích học tập và nghiên cứu khoa học và giữ kín. Đề tài được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Nhi Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 9/2014 – 9/2016, chúng tôi nghiên cứu 52 bệnh nhân bị ngộ độc chì trong đó có 30 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn đưa vào phân tích.

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

- Ngộ độc chì có hội chứng não cấp gặp

80% ở trẻ dưới 1 tuổi

- Tỷ lệ nam/nữ: 1/1,14.
- 76,7% đến từ vùng nông thôn.
- 96,7% bố mẹ trình độ học cấp 2 và cấp 3.
- Lý do dùng thuốc chủ yếu là do tưa miệng (56,7%).
- Triệu chứng lâm sàng hay gặp là co giật, thiếu máu, rối loạn tri giác và nôn.
- Xét nghiệm biểu hiện tình trạng thiếu

máu nhẹ và vừa, không có biến đổi trên công thức bạch cầu. 94% có biến đổi dịch não tủy kiểu phân ly đạm, tế bào. Mức độ nhiễm chì ở bệnh nhân có hộ chứng não cấp rất cao ($106.81 \pm 30.19 \mu\text{g/dl}$).

- Trẻ được điều trị theo phác đồ của Bộ Y tế Việt Nam ban hành. Thời điểm vào viện (T0) có 30 bệnh nhân, sau đợt trị liệu 5 ngày (T5) còn 25 bệnh nhân do 5 trẻ đã tử vong.

3.2. Phương pháp điều trị

Bảng 3.1. Phương pháp điều trị

Điều trị		N	%
Thải chì	EDTA	27	86,7
	Succimer	2	6,7
	D- penicillamin	1	6,7
Đảm bảo hô hấp	Thở oxy	1	3,3
	Thở máy	8	26,7
Chống co giật	Midazolam	27/27	100
	Danotal	9/27	33,3
Điều trị TALNS	Chống phù não	8	26,7
	Dẫn lưu NT-OB	1	3,3
Truyền máu		12	40

Nhận xét: Bệnh nhân được sử dụng thuốc gấp chì đường tĩnh mạch bằng EDTA (86,7%), có 1 trường hợp dùng D-penicillamin và 2 trường hợp dùng Succimer để thải chì. 08 trẻ điều trị hỗ trợ bằng thở máy và 1 trẻ phải thở oxy mask. Các bệnh nhân có co giật điều được cắt giật ban đầu bằng Midazolam. Tuy nhiên 33,3% còn tái diễn cơn giật, nên được dùng Danotal tiêm tĩnh mạch.

3.3. Hiệu quả của điều trị trên triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.2. Tình trạng cải thiện các triệu chứng lâm sàng sau điều trị

Triệu chứng		T0 (n)	T0 (%)	T5 (n)	T5 (%)
Trình trạng tri giác	A	10	33,3	24	96,0
	V	11	36,7	1	4,0
	P	8	26,7	0	0
	U	1	3,3	0	0
Suy hô hấp	Không	21	70,0	22	88,0
	Nhẹ	2	6,7	0	0
	Vừa	7	23,3	3	12,0

	Nặng	0	0	0	0
Co giật		27	90,0	1	3,3
Thóp phồng		9/24	37,5	0	0
Da xanh		26	86,7	15	60
Nôn		18	60	0	0
Tiêu chảy		12	40	4	16,0

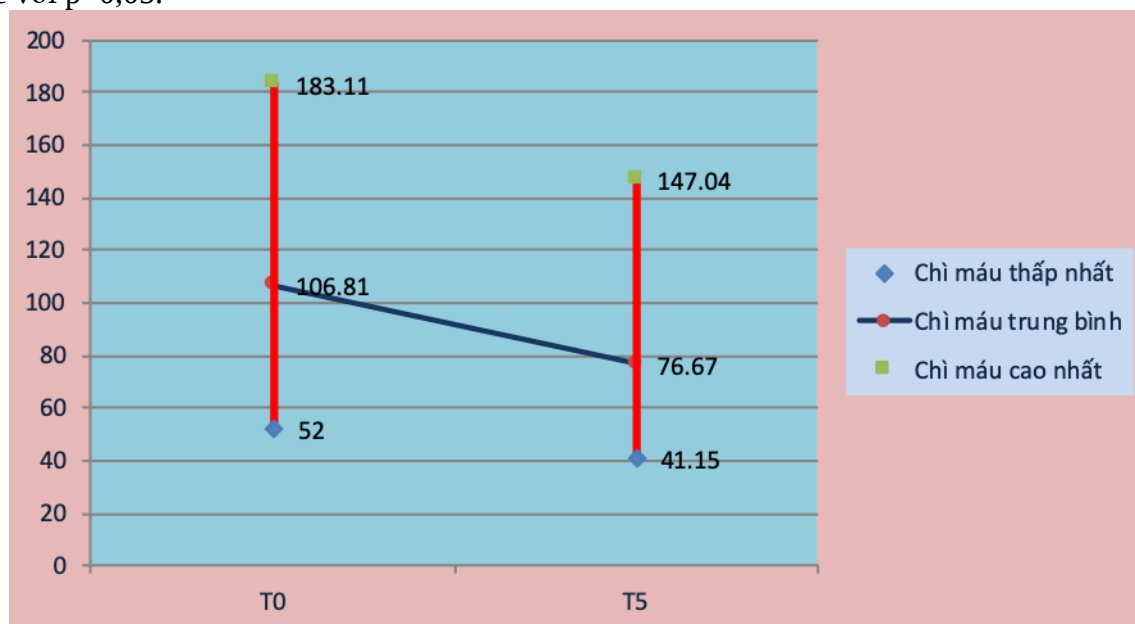
Nhận xét: Sau điều trị 5 ngày có 5 trẻ tử vong. Trong 25 trẻ còn lại, 24 trẻ tỉnh hoàn toàn, còn lại 3 trẻ cai được máy thở chỉ phải thở oxy hỗ trợ; chỉ còn 1 trẻ còn dấu hiệu co giật. Tuy nhiên, 16 % trẻ còn rối loạn tiêu hóa, 60% trẻ còn biểu hiện da xanh thiếu máu.

3.4. Hiệu quả của điều trị trên kết quả cận lâm sàng

Bảng 3.3. Sự biến đổi nồng độ chì máu và chì niệu trong thời gian điều trị

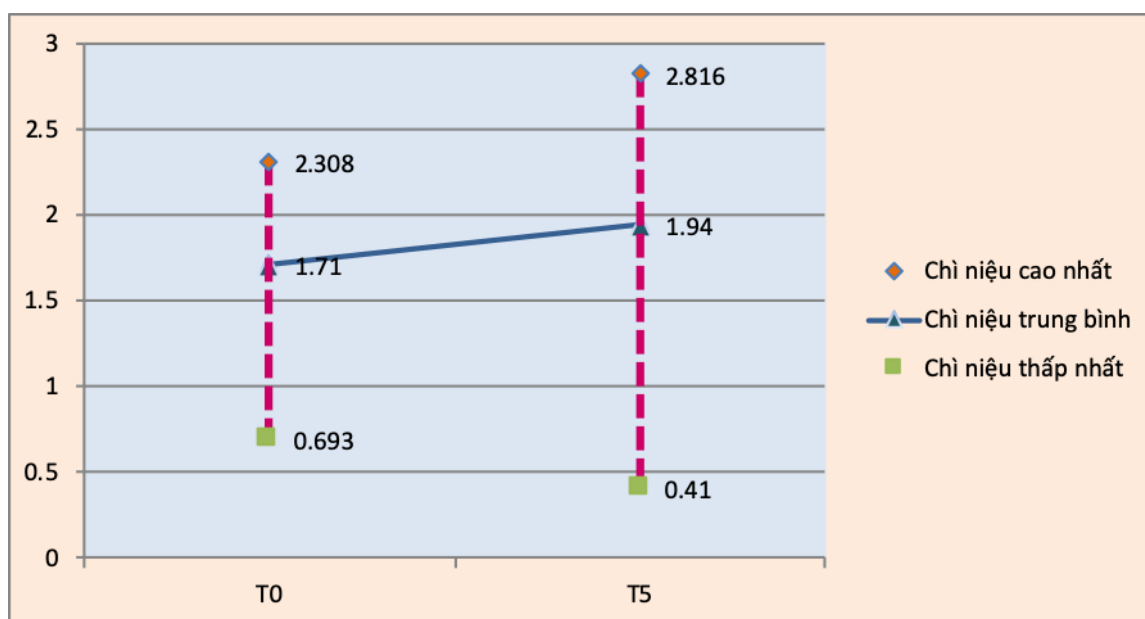
	T ₀ (X ± SD) (min - max)	T ₅ (X ± SD) (min - max)	Sự thay đổi (%)	p
Chì máu (µg/dl)	106,81 ± 30,19 (52 – 183,11)	76,67 ± 22,88 (41,15 – 147,04)	26,17 ± 23,0 (24,5%)	<0,001
Chì niệu (mg/l)	1,71 ± 0,37 (0,693 – 2,308)	1,94 ± 0,43 (0,41 – 2,816)	0,28 ± 0,48 (16,4%)	<0,008

Nhận xét: So sánh trước và sau điều trị, nồng độ chì máu đã giảm đáng kể $26,17 \pm 23,0$ (24,5%) và chì niệu đã tăng thái được $0,28 \pm 0,48$ (16,4%); sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Mức độ giảm nồng độ chì máu sau điều trị

Nhận xét: Nồng độ chì máu giảm dần theo thời gian điều trị. Sau 5 ngày, nồng độ chì máu trung bình giảm xuống còn $76,67 \pm 22,88$ với giá trị thấp nhất là 41,15 và giá trị cao nhất là 147,04 µg/dl.



Biểu đồ 3.2. Mức độ tăng thải chì niệu sau điều trị

Nhận xét: Sau 5 ngày điều trị, nồng độ chì niệu trung bình đã tăng lên là 1,94 mg/l với giá trị thấp nhất là 0,41 và giá trị cao nhất là 2,816 mg/l.

Bảng 3.4. Mức độ nặng của bệnh trước - sau điều trị

Mức độ nặng	T0	T5	P
Nhẹ	0	1	<0,05
Trung bình	3	8	
Nặng	27	16	
Tổng	30	25	

Nhận xét: Trong số 25 trẻ còn sống sau điều trị, 64% trẻ vẫn ngộ độc chì mức độ nặng, 32% trẻ ở mức trung bình. Những trẻ này còn tiếp tục điều trị đợt khác. Có 1 trẻ ngộ độc ở mức độ nhẹ (chiếm 3,3%) đã dừng điều trị thuốc.

Bảng 3.5. Nguyên nhân tử vong

Nguyên nhân	Tăng áp nội sọ dai dẳng		Hôn mê sâu		Suy đa tạng		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Tỷ lệ tử vong	1	3,3	5	16,7	3	10	5	16,7

Nhận xét: Tất cả các trường hợp tử vong do hôn mê sâu (U/AVPU). Trong đó có 1 bệnh nhân tăng áp nội sọ dai dẳng, dù đã được dẫn lưu não thất - ổ bụng. Có 3 bệnh nhân suy đa tạng (suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy gan, rối loạn đông máu).

IV. BÀN LUẬN

* Phương pháp điều trị: Điều trị ngộ độc chì cấp tính bao gồm điều trị không đặc hiệu

(điều trị triệu chứng) và điều trị đặc hiệu (dùng thuốc gấp chì) theo phác đồ [2],[5]. Trong nhóm nghiên cứu, có 27 trường hợp

điều trị EDTA với liều 50mg/kg/ngày; 03 trường hợp còn lại do lượng chì máu $<70\mu\text{g/dl}$ (02 ca dùng Succimer và 01 ca D-penicillamin). Tại thời điểm đó chúng tôi không có EDTA hay BAL nên đã dùng thuốc gấp chì đường uống. Trong số 9/30 trẻ suy hô hấp được điều trị hỗ trợ bằng thở máy 8 trẻ và 1 trẻ phải thở oxy mask. Các bệnh nhân có co giật điều được cắt giật ban đầu bằng Midazolam. Các trẻ đều được hỗ trợ khác như, thở oxy, thở máy, chống co giật, chống phù não và truyền máu. Trong điều trị, vấn đề dung thuốc thải chì là quan trọng nhất, các tác giả Mỹ chỉ ra rằng tỷ lệ tử vong có thể tới 65% khi chưa có thuốc gấp chì và giảm xuống dưới 5% khi có thuốc gấp chì và loại bỏ chì khỏi cơ thể. Khoảng 25% - 30% trẻ bị di chứng vĩnh viễn gây chậm phát triển trí tuệ, rối loạn chức năng tâm thần [1].

*Cải thiện tình trạng lâm sàng sau điều trị: Sau điều trị gấp chì cấp, chỉ còn 1 bệnh nhân còn dấu hiệu co giật, 3/8 bệnh nhân hôn mê thở máy thì tri giác cải thiện hơn và đã cai được máy thở, chỉ phải thở oxy; 16 % bệnh nhân còn rối loạn tiêu hóa, 60% bệnh nhân còn biểu hiện da xanh thiếu máu. Kết quả của chúng tôi tương đồng với một vài tác giả trong nước khác [3].

* Nồng độ chì máu và chì niệu: Tại thời điểm T5, nồng độ chì máu đã giảm được $2617 \pm 23,0 \mu\text{g/dl}$ (24,5%) và chì niệu đã tăng thải được $0,28 \pm 0,48\mu\text{g/dl}$ (16,4%); sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Anh Tuấn trên 67 bệnh nhân được điều trị bằng EDTA với liều 25mg/kg/ngày, nồng độ chì máu giảm trung bình $14,08 \mu\text{g/dl}$ (27,22%) [3]. Nồng độ chì

máu trong nghiên cứu của chúng tôi giảm nhiều hơn tác giả Rogan WJ 2001(Pb máu giảm $4,7\mu\text{g/dl}$ khi điều trị succimer trong 7 tuần) [4].

* Mức độ giảm nồng độ chì máu sau điều trị: Tại thời điểm T5 còn 64% trẻ vẫn ngộ độc chì mức độ nặng, 32% trẻ ở mức trung bình, có 1 trẻ chỉ còn ngộ độc ở mức độ nhẹ. Mặc dù nồng độ chì máu sau điều trị đã giảm nhiều, nhưng vẫn ở ngưỡng trung bình-cao, đòi hỏi cần tiếp tục điều trị và theo dõi các đợt gấp chì tiếp theo phác đồ Bộ Y tế 2012 [2]. Khi so sánh chia theo mức độ ngộ độc chì, kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả Rogan WJ [4], nhóm nồng độ chì máu $>70\mu\text{g/dl}$ thải tốt hơn nhóm có nồng độ 45-70 $\mu\text{g/dl}$ ($p<0,01$).

* Mức độ tăng thải chì niệu sau điều trị: Nồng độ chì niệu trung bình tăng lên 1,94 mg/dl (0,41 - 2,816 mg/l). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của của Nguyễn Anh Tuấn, chì niệu trung bình $0,59 \pm 0,38 \text{ mg/l}$ [3]. Theo lý thuyết, 01gam Calci EDTA tách được 620 mg chì, nhưng thực tế chỉ có 3 - 5 mg chì được bài tiết ra nước tiểu sau khi tiêm 01 gam thuốc này cho trẻ ngộ độc chì cấp hoặc có nồng độ chì cao trong các mô mềm [1]. Điều này có thể lý giải là do chức năng đào thải chì của thận ở trẻ em chưa hoàn chỉnh, đặc biệt ở trẻ <12 tháng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong của ngộ độc chì có hội chứng não cấp 5/30 trẻ (16,7%) do hôn mê sâu. Đa số bệnh nhân cắt cơn co giật bằng Midazolam hiệu quả, cải thiện triệu chứng biếng ăn; cải thiện tình trạng thiếu máu. Sau đợt điều trị 05 ngày, nồng độ chì máu giảm $26,17 \pm 23,0\mu\text{g/dl}$ (24,5%) và chì niệu đã

tăng thải được $0,28 \pm 0,48 \mu\text{g/dl}$ (16,4%) so với thời điểm vào viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Academy of Pediatric Committee on Environmental Health.** Lead exposure in children: prevent, detection, and management. *Pediatric* 2005; 116: 1036.
2. **Bộ Y Tế** (2012), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ngộ độc chì”. Ban hành kèm theo Quyết định số 1548/QĐ-BYT ngày 10 tháng 5 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. **Nguyễn Anh Tuấn, Phạm Duệ, Bé Hồng Thu và cộng sự** (2013), “Nhận xét hiệu quả bước đầu điều trị Ngộ độc chì ở trẻ em bằng EDTA tại trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai 2012 -2013”, *Kỷ yếu hội nghị chống độc quốc tế Hà Nội*: 113 – 25.
4. **Rogan WJ, Dietrich KM, Ware JH, Dockery DW, Salganik M, Radcliffe J, et al** (2001), “The effect of chelation therapy with succimer on neuropsychological development in children exposed to lead”, *N Engl J Med* , 344:1421–26.
5. **American Academy of Pediatrics Committee on Environmental Health** (2005), “Treatment Guidelines for Lead Exposure in Children”, *Pediatrics*, 116:155.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGỘ ĐỘC CHÌ DO SỬ DỤNG THUỐC “CAM” CÓ HỘI CHỨNG NÃO CẤP Ở TRẺ EM

Lê Ngọc Duy*, Đinh Thị Hồng*,
Phạm Thị Thanh Tâm*, Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT

Ngộ độc chì có chứng não cấp ở trẻ em có tỷ lệ tử vong cao và di chứng thần kinh nặng nề, vì vậy cần chẩn đoán và điều trị sớm. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của ngộ độc chì do sử dụng thuốc “Cam” có hội chứng não cấp. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang 30 trẻ ngộ độc chì cấp tính có hội chứng não cấp từ 9/2014-9/2016 tại Trung tâm Cấp cứu và Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Bệnh gặp ở trẻ dưới 1 tuổi (80%) với tỷ lệ nam/nữ: 1/1,14. Đa số trẻ ở nông thôn (76,7%), trình độ học vấn của bố mẹ thấp (96,7%). Lý do dùng thuốc thường là do tưa miệng (56,7%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp là co giật (90%), thiếu máu (86,7%), rối loạn tri giác (66,7%), nôn (60%) và tiêu chảy (40%). Xét nghiệm biểu hiện tình trạng thiếu máu nhẹ và vừa, có tăng men gan, không có biến đổi trên công thức bạch cầu, chức năng thận trong giới hạn bình thường. Chụp X-quang xương dài 90% biểu hiện viền tăng sáng, MRI sọ não có hình ảnh giãn não thất (25%) hoặc phù não (8,3%). Hầu hết bệnh nhân có biến đổi dịch não tủy kiểu phân ly đậm, tế bào (94,7%). Nhóm trẻ nghiên cứu nồng độ chì trong máu tăng ($106,81 \pm 30,19 \mu\text{g/dl}$). **Kết luận:** Ngộ độc chì có hội chứng não cấp gặp chủ yếu ở trẻ

em dưới 1 tuổi. Triệu chứng hay gặp là co giật, rối loạn tri giác, biến đổi dịch não tủy kiểu phân ly đậm tế bào và có nồng độ chì máu rất cao.

Từ khóa: ngộ độc, chì, hội chứng não cấp

SUMMARY

STUDY EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF THE CHILD WITH LEAD POISONING WHO HAVE ACUTE ENCEPHALOPATHY SYNDROME DUE TO USE VIETNAMESE TRADITIONAL MEDICINE (CAM)

Acute poisoning with encephalopathy syndrome in children has a high mortality rate and severe neurological sequelae, so early diagnosis and treatment are needed. **Objective:** to describe epidemiological, clinical and subclinical characteristics of the child with lead poisoning who have acute encephalopathy syndrome due to use vietnamese traditional medicine. **Methods:** Cross-sectional description of 30 acute lead poisoning with acute encephalopathy syndrome from 9/2014-9/2016 at Center for emergency and poison control of Vietnam National Children's Hospital. **Results:** The disease occurs in children under 1 year of age (80%) with a male/female ratio: 1/1.14. The majority of children come from rural areas (76.7%), the education level of parents is low (96.7%). The reason for using drugs is usually due to thrush (56.7%). Common clinical symptoms are seizures (90%), anemia (86.7%), cognitive disorders (66.7%), vomiting (60%) and

*Trung tâm Cấp cứu và Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Duy
Email: Drduy2411@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2019

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2019

Ngày duyệt bài: 17.01.2020

diarrhea (40%). The test showed mild and moderate anemia, elevated liver enzymes, no changes in leukocyte formula, renal function within normal limits. 90% long bone x-ray shows brightening edges, brain MRI has ventricular dilatation (25%) or cerebral edema (8.3%). Most patients had cerebrospinal fluid like changes in protein increase and cells decrease (94.7%). The group of children studied increased blood lead levels ($106.81 \pm 30.19 \mu\text{g} / \text{dl}$). **Conclusion:** Lead poisoning have acute brain syndrome, mainly in the group under 1 year. Common symptoms are seizures, cognitive disorders, changes in cerebrospinal fluid like cell protein separation and lead concentration and high lead level in blood.

Keyword: poisoning, lead, acute encephalopathy syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chì là độc chất kim loại nặng có trong không khí, đất, nước bị ô nhiễm...hay trong các nguyên liệu sản xuất đồ chơi cho trẻ và cả những vật dụng hằng ngày. Ở nước ta, theo các tập quán dân gian, chì còn được sử dụng làm thuốc cam để chữa: viêm loét miệng, biếng ăn, chậm lớn, còi xương, suy dinh dưỡng...nên rất dễ dẫn đến ngộ độc.

Ngộ độc chì có hội chứng não cấp ở trẻ có tỷ lệ tử vong cao và di chứng thần kinh nặng nề, tỷ lệ tử vong có thể tới 65% khi chưa có thuốc gấp chì và giảm xuống dưới 5% khi có thuốc gấp chì và loại bỏ chì khỏi cơ thể. Khoảng 25% - 30% trẻ bị di chứng vĩnh viễn gây chậm phát triển trí tuệ, rối loạn chức năng tâm thần [1]. Ngộ độc chì ở trẻ em khó nhận biết nên cần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Các nghiên cứu về ngộ độc chì có hội chứng não cấp ở Việt Nam ở trẻ em chưa nhiều. Vì vậy, đề tài được thực hiện nhằm mục tiêu: mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của ngộ độc chì do sử

dụng thuốc “Cam” có hội chứng não cấp ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Tất cả bệnh nhi <15 tuổi, dùng thuốc cam, chì máu $\geq 10 \mu\text{g}/\text{dl}$ và có hội chứng não cấp với biểu hiện: co giật, nôn, liệt dây thần kinh sọ, phù gai thị, lơ mơ, thay đổi ý thức.

*Tiêu chuẩn loại trừ: Ngộ độc chì do các nguyên nhân khác. Ngộ độc chì do thuốc cam nhưng không có biểu hiện não cấp. Ngộ độc chì do thuốc cam, có biểu hiện co giật nhưng do động kinh hoặc rối loạn ý thức do nguyên nhân khác.

*Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Cấp cứu và Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương từ 9/2014 đến 9/2016

*Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh

*Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu chi tiết với các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Tiến hành hỏi bệnh, khám lâm sàng, cận lâm sàng theo quy trình.

*Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý, làm sạch và phân tích bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 22.0 và một số thuật toán thống kê.

*Đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có sự đồng ý của bệnh nhân hoặc người giám hộ. Đảm bảo không gây ra bất kỳ một ảnh hưởng xấu nào cho bệnh nhân. Trong quá trình nghiên cứu không tiến hành bất kỳ một thử nghiệm nào khác. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích học tập và nghiên cứu khoa học và giữ kín. Đề tài được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Nhi Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 9/2014 - 9/2016 có 52 bệnh nhân ngộ độc chì trong đó có 30 trẻ đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu, 5/30 (16,67%) trẻ đã tử vong qua các ngày điều trị. **3.1.**

Đặc điểm dịch tễ học:

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi

Nhóm tuổi	N	%
< 6 tháng	13	43,3
6 – 12 tháng	11	36,7
1- 2 tuổi	5	16,7
>2 tuổi	1	3,3
Tổng	30	100
X ± SD (tháng tuổi)	8 ± 7,78	

Nhận xét: Trẻ dưới 1 tuổi là chủ yếu (80%), nhỏ nhất là 2 tháng tuổi, lớn nhất là 41 tháng tuổi và trung bình là $8 \pm 7,7$ tháng.

*Tỷ lệ nam/nữ là 7/23 = 1/3,3,

*Về địa dư: 23/30 (76,7%) trẻ sống ở nông thôn, 7/30 (23,3%) ở thành thị.

*Trình độ học vấn của bố mẹ: học hết bậc học phổ thông (cấp 2, cấp 3 chiếm 96,7%), có 1 trường hợp có trình độ Cao

đẳng.

*Người cho trẻ dùng thuốc Cam là ông/bà (63,3%), bố/mẹ cho trẻ uống chiếm 36,7%

*Lí do trẻ được dùng thuốc Cam là: tưa miệng (56,7%), quấy khóc (16,7%), còn lại là do loét miệng, biếng ăn và tiêu chảy.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Triệu chứng thần kinh:

Triệu chứng	n	%
Tri giác	A	10
	V	12
	P	7
	U	1
Co giật	27	90
Thóp phồng	9/24	37,5

Nhận xét: Trẻ có thay đổi tri giác ở các mức độ khác nhau như: V (40%), P (20%) và U (3,3%). 90% có biểu hiện co giật gập, 37,5% có thóp phồng chiếm ở trẻ còn thóp.

Bảng 3.3. Các triệu chứng lâm sàng khác

Triệu chứng	n	%
Nôn	18	60
Tiêu chảy	12	40
Suy hô hấp	Không	21
	Nhẹ	0

	Vừa	1	3,3
	Nặng	8	26,7
Da xanh		26	86,7
Sốt		4	13,3

Nhận xét: Có 86,7% có biểu hiện thiếu máu, nôn 60%; tiêu chảy 40%; trong khi đó suy hô hấp chiếm 30% và 26,7% trẻ suy hô hấp nặng phải thở máy; chỉ có 13% trẻ sốt.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.4. Tế bào máu ngoại vi

CTM		Giá trị		
		n	%	X ± SD (min-max)
Hồng cầu	bình thường	4	13,3	90,97 ± 19,98 (61 – 135)
	thiếu máu nhẹ	10	33,3	
	thiếu máu vừa	13	43,3	
	thiếu máu nặng	3	10	
Bạch cầu	bình thường	26	86,7	12,54 ± 4,87 (6,4 – 24,9)
	tăng	4	13,3	
Bạch cầu trung tính	bình thường	26	86,7	5,41 ± 3,71 (1,8 – 17,5)
	tăng	4	13,3	
	giảm	0	0	

Nhận xét: Đa số trẻ thiếu máu (86,7%) trong đó chủ yếu là thiếu máu mức độ nhẹ và vừa, thiếu máu nặng chiếm 10%, Bạch cầu và Bạch cầu trung tính trong giới hạn bình thường.

Bảng 3.5. Kết quả xét nghiệm sinh hóa máu

Xét nghiệm		n	%	X±SD
Ure	Bình thường	15	50	3,07 ± 2,07 (0,7 – 11,2)
	Tăng	2	6,7	
	Giảm	13	43,3	
Creatinin	Bình thường	22	73,3	31,47 ± 8,18 (22,2 – 58,8)
	Tăng	8	26,7	
GOT	Bình thường	12	40	223,18 ± 216,22 (28,4 - 985)
	Tăng	18	60	
GPT	Bình thường	16	53,3	167,58 ± 220,88 (15,1 - 1062)
	Tăng	14	46,7	
Canxi	Bình thường	16	53,3	2,0 ± 0,32 (1,38 – 3,18)
	Giảm	15	50	
Magie	Bình thường	19	63,3	0,74 ± 0,14 (0,49 – 1,0)
	Giảm	11	36,7	

Nhận xét: Chỉ có 2/30 trẻ (6,7%) có tăng ure máu, 26,7% trẻ tăng creatinin máu, còn lại là chức năng thận bình thường. Phần lớn trẻ có tổn thương gan với 60% tăng GOT và 46,7% tăng GPT. Có 46,7% số trẻ có giảm canxi máu và 36,7% trẻ giảm magie máu.

***Các xét nghiệm khác:**

+ Chụp Xquang xương dài: 90% có viên tăng sáng ở đầu dưới sụn xương đùi 90%.

+ Chụp MRI sọ não: có 3/12 (25%) giãn não thất và 1/12 phù não.

+ Dịch não tủy: 19 bệnh nhân được chọc dịch não tủy và đều có biến đổi dịch não tủy với nồng độ Protein tăng cao (94,7%) trong khi nồng độ Glucose lại bình thường. Số lượng tế bào dịch não tủy có thể bình thường hoặc tăng nhẹ.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm dịch tễ**

* Đặc điểm lứa tuổi mắc bệnh: các đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 2 tháng đến 41 tháng, trung bình là $8 \pm 7,78$ tháng tuổi, trong đó 80% là trẻ dưới 1 tuổi. Kết quả của chúng tôi có tuổi trung bình thấp hơn tác giả Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự (tuổi trung bình là $26,9 \pm 24,9$ tháng) [2], có sự khác biệt này là do các tác giả tập trung vào nhóm ngộ độc chì do thuốc cam nói chung, còn chúng tôi chỉ nghiên cứu các trường hợp nặng là nhóm trẻ có hội chứng não cấp.

* Giới tính: tỷ lệ trẻ nam/nữ = 1/1,14. Tỷ lệ này không tương đồng với nghiên cứu của Ngô Việt Hưng trên 108 bệnh nhân ngộ độc chì cho thấy thì tỷ lệ nam/nữ là 1,2:1 [3]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ và bệnh chủ yếu ở trẻ dưới 1 tuổi.

*Phân bố địa dư: Vì điều kiện làm xét nghiệm định lượng nồng độ chì chỉ làm được ở trung tâm lớn như Hà Nội nên đa số trẻ đến từ vùng nông thôn (76,7%), tập trung chủ yếu ở ngoại ô Hà Nội (chiếm 13,3%) và các tỉnh xung quanh Hà Nội.

*Trình độ học vấn của bố mẹ bệnh nhân: nói chung còn thấp, 96,7% chỉ học hết bậc

học phổ thông. Chính vì nhận thức hạn chế nên các bậc phụ huynh thường tự tìm đến các bài thuốc dân gian, “gia truyền”, thuốc Cam thay vì đi khám hay tư vấn nhân viên y tế. Phần lớn trẻ được dùng thuốc cam từ ông/bà của trẻ (63,3%), bố/mẹ trực tiếp cho trẻ dùng chỉ chiếm 36,7%. Đây cũng là một vấn đề cần quan tâm khi tuyên truyền, cảnh báo nguy cơ ngộ độc chì ở trẻ em.

* Lý do sử dụng thuốc cam: trẻ được sử dụng thuốc cam chủ yếu do tưa miệng (chiếm 56,7%) và quấy khóc (chiếm 16,7%). Còn lại là do một số nguyên nhân khác như loét miệng, biếng ăn, tiêu chảy...Điều đáng bàn luận là hiệu quả của thuốc cam sau khi sử dụng, tỷ lệ triệu chứng bệnh trước đó giảm đi rất nhiều (93,3%) theo Ngô Việt Hưng nên người dân sử dụng thuốc cam và ngộ độc chì ở trẻ em càng khó chẩn đoán [3].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

* Triệu chứng thần kinh: trẻ nhập viện có thay đổi tri giác ở các mức độ; trong đó 23,3% còn đáp ứng với đau, 3,3% hôn mê. Phần lớn số trẻ có ít nhất 1 lần co giật (90%). Đây là triệu chứng phản ánh tình trạng ngộ độc chì ở mức độ nặng và cấp tính, là triệu chứng dễ nhận biết và là lý do chính để gia đình đưa trẻ đến viện. Triệu chứng thóp phồng chỉ gặp ở 9 trẻ trong số 24 trẻ còn thóp trước. Trong nghiên cứu, chúng tôi không gặp ca bệnh nào có liệt thần kinh khu trú.

*Các triệu chứng lâm sàng khác: Chì không chỉ tác động lên hệ thần kinh của trẻ em mà còn tác động lên tất cả các tế bào sống. Trên hồng cầu chì phá vỡ màng hồng cầu và ức chế các enzym tham gia quá trình

tổng hợp hồng cầu, hậu quả là trẻ em ngộ độc chì bị thiếu máu [4]. Ở nghiên cứu này, có 86,7% trẻ có biểu hiện thiếu máu, tập trung ở nhóm trẻ dưới 1 tuổi (chiếm 80%). Một số dấu hiệu tiêu hóa như: nôn, tiêu chảy, biếng ăn, táo bón, đau bụng...cũng hay gặp, trong đó nôn là triệu chứng thường gặp nhất (60%) tiếp theo là tiêu chảy có tỷ lệ 40%. Đây là những triệu chứng không đặc hiệu trong ngộ độc chì mà còn là biểu hiện ở nhiều bệnh khác của trẻ vì vậy chẩn đoán dễ nhầm với bệnh khác như: tiêu chảy kéo dài, nôn chưa rõ nguyên nhân, suy gan... Những có biểu hiện phù não nặng, gây ức chế trung tâm hô hấp thường có suy hô hấp nặng. Có 13% trẻ bị sốt do có bệnh lý nền là viêm phế quản phổi.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

*Tế bào máu ngoại vi: trong nghiên cứu của chúng tôi có 26/30 trẻ giảm Hb máu trong đó chủ yếu là giảm Hb máu mức độ nhẹ và vừa, 14 trẻ sau 5 ngày điều trị, nồng độ Hb đã tăng hơn mà không cần truyền máu, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$). Có 12 bệnh nhân thiếu máu vừa, nặng, cần truyền máu để đảm bảo Hb $> 10\text{g/dL}$ để đảm bảo yêu cầu của bệnh lý nền (suy hô hấp, hôn mê). Theo Bradman, nồng độ chì máu $\geq 25\mu\text{g/dl}$ có thể ảnh hưởng lên huyết học gây thiếu máu [5].

* Sinh hóa máu: Nghiên cứu của chúng tôi có 6,7% tăng ure máu, 26,7% tăng creatinin máu, còn lại đa số trẻ có chức năng thận bình thường. Phần lớn trẻ có tổn thương gan 60% tăng GOT và 46,7% tăng GPT. Theo tác giả Nguyễn Thị Mai Ly (2013), có 19,2% ($n=10$) bệnh nhi ngộ độc chì có biểu hiện tăng men gan, tăng cả AST và ALT [6].

Điều này có thể giải thích vì chì tác động lên men gan như các hóa chất và thuốc khác. Bên cạnh đó, 46,7% trẻ có giảm canxi máu và 36,7% trẻ giảm Magie máu. Đây cũng là điều kiện để tình trạng ngộ độc chì nặng thêm vì ngộ độc chì có mối liên quan đến tình trạng thiếu các yếu tố vi chất và vitamin (sắt, kẽm, magie, vitamin C, vitamin E...) [4].

*Chẩn đoán hình ảnh: 90% bệnh nhân có viền tăng sáng ở đầu dưới sụn xương đùi trên phim XQuang. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Ngô Việt Hưng [3]. Đây là dấu hiệu đặc trưng trong ngộ độc kim loại nặng và là kỹ thuật đơn giản có thể thực hiện ở nhiều cơ sở y tế. Tổn thương não trên MRI sọ não có 25% giãn não thất, 8,3% phù não đều nằm trong nhóm bệnh nhân ngộ độc chì nặng.

*Biến đổi dịch não tủy: dịch não tủy thường có biểu hiện Protein tăng cao (94,7%). Tế bào dịch não tủy có thể bình thường hoặc tăng nhẹ. Vì vậy, bệnh chì não dễ chẩn đoán nhầm với viêm màng não mủ mắt đầu hay viêm màng não do lao. Để phân biệt, cần hỏi tỉ mỉ tiền sử dùng thuốc trước đó để xét nghiệm sàng lọc chì máu sớm, tránh bỏ sót.

V. KẾT LUẬN

Ngộ độc chì có hội chứng não cấp tại Bệnh viện Nhi trung ương chiếm 80% ở trẻ dưới 1 tuổi với tỷ lệ nam/nữ: 1/1,14. Có 76,7% đến từ vùng nông thôn, 96,7% bố mẹ trình độ học vấn thấp. Lý do dùng thuốc chủ yếu là do tưa miệng (56,7%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp là co giật, thiếu máu, rối loạn tri giác và nôn. Xét nghiệm biểu hiện tình trạng thiếu máu nhẹ và vừa, không có

biến đổi trên công thức bạch cầu, chức năng gan thận trong giới hạn bình thường. Chụp Xquang xương dài 90% có viền tăng sáng, MRI sọ não có hình ảnh giãn não thất hoặc phù não. Hầu hết bệnh nhân có biến đổi dịch não tủy kiểu phân ly đậm, tế bào. Mức độ nhiễm chì ở bệnh nhân có hộ chứng não cấp rất cao ($106,81 \pm 30,19 \mu\text{g/dl}$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Academy of Pediatric Committee on Environmental Health.** Lead exposure in children: prevent, detection, and management. *Pediatric* 2005; 116: 1036.
2. **Nguyễn Anh Tuấn, Phạm Duệ, Bé Hồng Thu và cộng sự** (2013), “Nhận xét hiệu quả bước đầu điều trị Ngộ độc chì ở trẻ em bằng EDTA tại trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai 2012 -2013”, *Kỷ yếu hội nghị chống độc quốc tế Hà Nội*: 113 – 25.
3. **Ngô Việt Hưng** (2013). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ngộ độc chì ở trẻ em tại Trung tâm chống độc Bạch Mai. Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.
4. **Lidsky, Theodore et al** (2003), “Lead neurotoxicity in children: basic mechanisms and clinical correlates”, *Brain*, 126 (Pt 1): 5–19.
5. **Bradman A** (2010). Iron deficiency associated with higher blood lead in children living in contaminated environments. *Environ Health Perspect* 2001 Oct;109(10):1079-84.
6. **Nguyễn Thị Mai Ly** (2013). Hiệu quả điều trị D-penicillamin ở trẻ em bị ngộ độc chì tại bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.

SHOCK MẤT MÁU DO ĐỜ TỬ CUNG SAU MỔ LẤY THAI NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Thị Lệ Mỹ*, Đào Quang Minh*, Phan Hải Quỳnh*

TÓM TẮT

Sốc giảm thể tích được định nghĩa lại là: tình trạng suy giảm cấp tính thể tích tuần hoàn làm giảm tỉ lệ cung – cầu trong các mô, chủ yếu do chấn thương hoặc chảy máu.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả ca lâm sàng.

Kết quả: Nữ 24 tuổi, PARA 0000, thai 39 tuần 6 ngày, chỉ định mổ lấy thai cấp cứu vì đầu không lọt – thai suy. Hậu phẫu 30 phút, sản phụ kích thích, âm đạo có nhiều máu tươi lẫn máu cục, M 150 l/p; HA: 80/50 mmHg; SpO₂: 95%, hồi sức và mổ cấp cứu cắt tử cung. Trong mổ truyền 2550 ml hồng cầu, 800 ml huyết tương tươi đông lạnh; 5 đơn vị tủa lạnh; 4 đơn vị tiểu cầu máy; chạy vận mạch Levonor liều 1.3 mcg/kg/phút. Bệnh nhân nằm ICU 4 ngày.

Kết luận: Phối hợp hồi sức và ngoại khoa là cần thiết để xử trí những trường hợp shock mất máu do đờ tử cung.

Từ khóa: shock mất máu, hồi sức, đờ tử cung

SUMMARY

HEMORRHAGIC SHOCK DUE TO UTERINE ATONY POST CAESAREAN SECTION

Hypovolemic shock is redefined: acute circulatory insufficiency reduces the supply-

demand ratio in tissues, primarily due to trauma or bleeding.

Subjects and methods: Describe the clinical case

Results and Discussion: 24-year-old female, PARA 0000, 39 weeks 6 days pregnant, indicated caesarean section for emergency cesarean section - fetal failure. Postoperative 30 minutes, stimulated women, vagina with lots of blood, pulse 150; BP: 80/50 mmHg; SpO₂: 95%, resuscitation, emergency surgery. In surgery, 2550 ml of red blood cells and 800 ml of fresh frozen plasma are transferred; 5 units of refrigerant; 4 units plates; Levonor at a dose of 1.3 mcg /kg/minute. ICU 4 days and recover.

Conclusion: Combined resuscitation and surgery is necessary to cure the patient with shock due to uterine atony.

Key words: hemorrhagic shock, resuscitation, uterine atony

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc mất máu là tình trạng cấp cứu, xảy ra khi có thiếu hụt thể tích tuần hoàn nghiêm trọng và đột ngột. Sốc mất máu là một trong các bệnh cảnh của sốc giảm thể tích, trong đó thể tích tuần hoàn mất đi là máu toàn phần. Sốc giảm thể tích là tình trạng suy giảm cấp tính thể tích tuần hoàn làm giảm tỉ lệ cung – cầu trong các mô, chủ yếu do chấn thương hoặc chảy máu. Sốc có thể xảy ra trong hoặc ngoài bệnh viện, trong chấn thương hoặc trong phẫu thuật với những mất máu ngoài dự kiến, hoặc cũng có thể gặp

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Mỹ

Email: dr.lemly.hp@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 23/12/2019

Ngày duyệt bài: 27/01/2020

trong các trường hợp bỏng nặng, chảy máu đường tiêu hóa, đái tháo nhạt...

Điều trị sốc mất máu do đờ tử cung cần kết hợp song song hồi sức tích cực và ngoại khoa can thiệp để giải quyết nguyên nhân. Thời gian là yếu tố sống còn vì nếu rối loạn đông máu hoặc sốc không hồi phục thì tiên lượng rất xấu.

Chúng tôi báo cáo trường hợp sốc mất máu do đờ tử cung sau mổ lấy thai cấp cứu tại Bệnh viện Thanh Nhàn 02/2020:

Mô tả trường hợp bệnh

Sản phụ 24 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, PARA 0000, mang thai 39 tuần 6 ngày, vào viện vì đau bụng, ra nhầy hồng âm đạo, được chỉ định mổ lấy thai cấp cứu vì đầu không lọt – thai suy. Sản phụ được gây tê tủy sống bằng 0.03 mg Fentanyl và 7 mg Bupivacaine, mổ lấy ra 01 thai trai 3600 gr, Apgar 9/10 sau 1 phút, trong mổ tử cung co hồi kém. Sau khi ra hậu phẫu 30 phút xuất hiện tình trạng sản phụ kích thích, khó thở nhẹ, da niêm mạc nhợt, kiểm tra âm đạo có nhiều máu tươi lẫn máu cục, M 150 l/p; HA: 80/50

mmHg; SpO₂: 95%, được hồi sức và mổ cắt tử cung cấp cứu. Trong mổ, bệnh nhân được truyền 2550 ml hồng cầu khối nhóm B+, 800 ml huyết tương tươi đông lạnh; 5 đơn vị tiểu cầu; 4 đơn vị tiểu cầu máy; chạy vận mạch Levonor liều 1.3 mcg/kg/phút.

Sau mổ, bệnh nhân được chuyển lên khoa Hồi sức Ngoại và được rút ống NKQ 1 ngày sau đó. Sau 4 ngày, bệnh nhân được chuyển về khoa Sản. Sau 10 ngày, bệnh nhân ổn định và ra viện.

IV. BÀN LUẬN

Sốc mất máu là cấp cứu thường gặp trong ngoại khoa và sản khoa, như trong chấn thương vỡ gan, lách, vỡ phình mạch lớn hoặc chữa ngoài tử cung, các bệnh lý gây đờ tử cung như chuyển dạ kéo dài, rau bong non, thai to đôi khi là các thủ thuật sản khoa. Đặc biệt trong sản khoa đờ tử cung không phải bao giờ cũng chỉ ra được nguyên nhân.

Triệu chứng lâm sàng của sốc mất máu thể hiện trên nhiều cơ quan:

Phân độ	Còn bù (Độ I)	Nhẹ (Độ II)	Vừa (Độ III)	Nặng (Độ IV)
Máu mất (ml)	< 750 ml	750 – 1500 ml	1500 – 2000 ml	> 2000 ml
Máu mất (%)	<15%	15 – 30%	30 – 40%	> 40%
Mạch	<100/phút	>100/phút	120 – 140/phút	>140/phút
Huyết áp	Bình thường	Bình thường	Giảm	Giảm đáng kể
Đổ đầy mao mạch	Bình thường	Có thể chậm	Chậm	Chậm

Nhịp thở	14 – 20/phút	20 – 30/phút	30 – 40/phút	> 40/phút
Nước tiểu	>30 ml/h	20 – 30 ml/h	5 – 15 ml/h	Vô niệu
Tình trạng tâm thần	Bình thường / Kích động	Kích thích	Kích thích / Lú lẫn	Thờ ơ / Lú lẫn

Cơ chế: sốc giai đoạn còn bù, giảm tưới máu tổ chức được khắc phục bởi các cơ chế bù trừ của hệ tuần hoàn. Hiệu quả của cơ chế bù trừ chủ yếu phụ thuộc vào mức độ và tốc độ mất máu. Nếu mất máu nặng và ồ ạt, cơ chế bù trừ không có khả năng kéo dài. Thiếu máu ở mức tế bào nhanh chóng xảy ra và sốc chuyển sang giai đoạn mất bù.

Khôi phục khối lượng tuần hoàn là ưu tiên hàng đầu trong sốc mất máu. Giảm khối lượng tuần hoàn phối hợp với mất máu nặng có thể đe dọa ngừng tim. Bù dịch bằng đường truyền lớn ở ngoại vi (14 – 16G) hoặc ở tĩnh mạch cảnh, tĩnh mạch đùi. Chỉ đặt catheter tĩnh mạch trung ương trong cấp cứu nếu không đặt được đường truyền ngoại vi vì mất nhiều thời gian. Vấn đề quan trọng nhất với các bệnh nhân đang chảy máu là được mổ sớm nhất để cầm máu. Khôi phục khối lượng tuần hoàn chỉ có thể hiệu quả cùng với việc làm ngừng nguyên nhân chảy máu. Trong sốc mất máu, hematocrit cần được duy trì từ 20 – 25% trong mổ và trên 25% ở giai đoạn sau mổ. Truyền máu ngay với tốc độ nhanh nhất trong trường hợp mất máu ồ ạt với số lượng lớn, sốc nặng. Các thuốc co mạch, trợ tim được chỉ định trong trường hợp sốc mất máu nguy kịch hoặc ngừng tim. Phẫu thuật là can thiệp chắc chắn nhất trong điều trị sốc mất máu, cần tiến hành sớm nhất có thể [1].

Theo bảng phân độ sốc, có thể thấy bệnh nhân trong tình trạng sốc mất máu độ IV với: trạng thái kích thích, mạch 150 lần/phút, huyết áp 80/50 mmHg. Với mức độ này, thái độ xử trí phải khẩn trương, kết hợp vừa hồi sức vừa can thiệp ngoại khoa để kiểm soát nguồn chảy máu. Khó khăn trong đặt đường truyền ngoại vi, bệnh nhân được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, gây mê nội khí quản bằng các thuốc mê ít ảnh hưởng đến huyết động (Ketamin, Fentanyl, Rocuronium), liều dùng các thuốc cũng được tối ưu hóa trên bệnh nhân nhằm không làm nặng thêm tình trạng sốc.

Với sốc mất máu độ IV, thể tích tuần hoàn nên được bồi phụ bằng máu và các chế phẩm từ máu. Trong điều kiện lý tưởng, các khuyến cáo trên thế giới đều đồng thuận rằng tỉ lệ hồng cầu khối - huyết tương tươi đông lạnh - tiểu cầu nên là 1:1:1, thực hành lâm sàng cũng cho thấy điều này giúp cải thiện tỉ lệ tử vong ở các bệnh nhân sốc mất máu [2]. Tuy nhiên, tùy thuộc vào tình huống lâm sàng và điều kiện thực tế, tỉ lệ trên có thể thay đổi khác với khuyến cáo mà vẫn đem lại hiệu quả hồi sức. Bệnh nhân được truyền 2550 ml hồng cầu khối, 800 ml huyết tương tươi đông lạnh, 5 đơn vị tiểu cầu, 4 đơn vị tiểu cầu. Kết quả sau 3h xét nghiệm máu và đông máu của bệnh nhân được cải thiện.

Bảng 1: Xét nghiệm công thức máu

Chỉ số	Trước mổ lấy thai	Trước mổ cắt TC	Trong mổ cắt TC	Sau mổ 3h	Sau mổ 1 ngày	Sau mổ 2 ngày	Sau mổ 3 ngày	Sau mổ 4 ngày
Hb (g/l)	123	68	49	95	59	61	79	90
Hct (%)	38	22	15.9	28.4	17.6	18.4	23.7	27.4
Tiêu cầu (G/L)	233	---	43	298	134	114	144	191

Với bệnh nhân nặng 53 kg, thể tích máu toàn phần theo dự đoán là: 70 ml/kg x 53 kg = 3710 ml. Tổng thể tích máu và chế phẩm máu đã truyền trên bệnh nhân là 4330 ml. Như vậy, bệnh nhân đã được “thay thế” 1 lần thể tích máu trong 3h (<24h) truyền máu số lượng lớn. Truyền máu khối lượng lớn là một phương pháp hồi sức đặc biệt trong các tình huống sốc chấn thương nặng, vỡ phình động mạch lớn, chảy máu nặng trong phẫu thuật và sản khoa. Mục tiêu nhằm khôi phục thể tích tuần hoàn, duy trì tưới máu mô, tránh rối loạn đông máu. Tuy nhiên phương pháp này cũng có rất nhiều tai biến nguy hiểm:

- Toan chuyển hoá
- Hạ thân nhiệt
- Rối loạn đông máu (khi không bù đủ các yếu tố tham gia quá trình đông máu)

- Hạ calci, hạ Magie, ngộ độc citrat (citrat là thành phần chống đông trong các chế phẩm máu)

- Tăng Kali
- Tắc mạch khí

Các biến chứng này ít gặp khi truyền máu thông thường, nhưng cao hơn khi truyền máu khối lượng lớn. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng tỉ lệ tử vong > 50% trên các bệnh nhân cần truyền máu số lượng lớn [3, 4].

Vệch sử dụng thuốc vận mạch trong sốc mất máu chưa thống nhất: thời điểm, loại thuốc, liều sử dụng. Tuy nhiên, hai loại thuốc đầu tay đang được sử dụng Norepinephrine và Vasopressin. Theo Babita Gupta, sử dụng Vasopressin nồng độ cao có thể làm tăng tỉ lệ tử vong trên bệnh nhân sốc mất máu [5]. Bệnh nhân được dùng Levonor (Norepinephrine) với liều 1.3 mcg/kg/min để duy trì huyết áp trung bình > 65 mmHg, đảm bảo tưới máu cơ quan.

Bảng 2: Xét nghiệm đông máu

Chỉ số	Trước mổ lấy thai	Trước mổ cắt TC	Trong mổ cắt TC	Sau mổ 3h	Sau mổ 1 ngày	Sau mổ 2 ngày	Sau mổ 3 ngày	Sau mổ 4 ngày
PT (%)	130	<5%	<5%	56.3	75.9	85	74.8	79.3
APTT (s)	27.9	>120	>120	---	23.2	57.2	26.9	27.5

Bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng với PT<5%, APTT>120s, Tiểu cầu 43 G/l. Trên bệnh nhân trẻ tuổi khỏe mạnh, không có bệnh lý về đông máu, tình trạng rối loạn này cho thấy mức độ mất máu là rất nặng. Theo thống kê, tỉ lệ tử vong tăng 3-4 lần nếu mất máu có rối loạn đông máu đi kèm [6]. Rối loạn đông máu trong sốc mất máu do nhiều cơ chế: mất các yếu tố đông máu qua máu chảy, sử dụng quá mức để cầm máu, toan chuyển hoá, hạ nhiệt độ, các chất chống đông trong chế phẩm máu, pha loãng các yếu tố đông máu do truyền quá nhiều dịch...

Truyền máu khối lượng lớn là một yếu tố góp phần làm nặng thêm tình trạng rối loạn đông máu, tạo thành vòng xoắn bệnh lý. Bệnh nhân thiếu hụt các yếu tố đông máu nhưng cũng có nguy cơ đông máu nội mạch rải rác (DIC). Các rối loạn này được xử chữa bằng huyết tương tươi đông lạnh, tiểu cầu và tua VIII kết hợp với chống đông hợp lý bằng Lovenox.

Một số yếu tố khác đóng vai trò tiên lượng mức độ và theo dõi diễn biến của sốc mất máu là rối loạn chuyển hóa, tổn thương và rối loạn chức năng cơ quan.

Bảng 2: Xét nghiệm khí máu và sinh hóa máu

Chỉ số	Trong mổ cắt TC	Sau mổ 3h	Sau mổ 1 ngày	Sau mổ 2 ngày	Sau mổ 3 ngày
pH	6.84	7.09	7.49	7.46	7.45
Lactat (mmol/L)	15	12.5	1.1	1.6	1.2
HCO ₃ ⁻ (mmol/L)	8	17	32	27	24
Creatinin (mmol/L)	116.4	113.7	136	102.7	67
GOT/GPT (UI/L)	37/20	259/230	378/324	246/348	206/355

Sốc mất máu làm giảm tưới máu mô, mất cân bằng cung cầu oxy, kích hoạt con đường chuyển hóa yếm khí ở tế bào, tăng sản xuất acid lactic. Khi acid lactic sản sinh vượt quá khả năng chuyển hóa của gan sẽ làm toan hóa máu. Mức độ mất máu càng nặng, thời gian thiếu máu càng dài, mức độ toan càng nặng. Thiếu hụt thể tích tuần hoàn làm giảm lưu lượng máu đến các cơ quan gây ra tổn thương và rối loạn chức năng, cụ thể trên bệnh nhân này biểu hiện một tình trạng suy thận cấp và tổn thương tế bào gan. Các tổn thương này sẽ được cải thiện khi huyết động ổn định, tưới máu được phục hồi. Mức Creatinin cao nhất là 136mmol/L, chưa có chỉ định thận nhân tạo. Điều trị trong trường hợp này vẫn là tăng lưu lượng tưới máu thận. Mức GOT/GPT cao nhất là 378/355 và có xu hướng đáp ứng với điều trị.

V. KẾT LUẬN

Sốc mất máu do đờ tử cung là một biến chứng rất nặng. Nhiệm vụ của gây mê hồi sức là duy trì các chức năng sống quan trọng trong khi cầm máu. Với các trường hợp sốc mất máu nặng, bên cạnh khả năng cầm máu nhanh của phẫu thuật viên, sự hợp tác ăn ý của cả kíp mổ, thì sự chuẩn bị máu, dịch

truyền, đường truyền với khả năng bù khối lượng tuần hoàn nhiều nhất trong thời gian ngắn nhất là một yếu tố quyết định đối với thành công của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bài giảng gây mê hồi sức.** Nhà xuất bản Y học (2004), Hà Nội, tr 351-367.
2. **National Blood Authority (2011).** Patient Blood Management Guidelines: Module 1 – Critical Bleeding/Massive Transfusion
3. **Fung MK, Grossman BJ, Hillyer CD, Westhoff CM (2014).** Non-infectious complications of blood transfusion. Chapter 27, AABB Technical Manual 18th edition, AABB Bethesda.
4. **Callum JL, Pinkerton PH, Lima A, Lin Y, Karkouti K, Leberman, L, et al. Chapter 5,** Transfusion Reactions. *Bloody Easy 4: Blood Transfusion, Blood Alternatives and Transfusion Reactions: A Guide to Transfusion Medicine*, 4rd edition. Canada.
5. **Babita Gupta, Neha Garg, Rashmi Ramachandran (2017).** *J Anesthesiol Clin Pharmacol*.
6. **Hooper, Nicholas, Armstrong, Tyler J (2018).** “Shock, Hemorrhagic”. NCBI Bookshelf. PMID 29262047.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẦM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2019

Trần Quyết Thắng*, Đào Quang Minh*, Nguyễn Thị Như Ngọc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Xác định tỉ lệ các thương tổn lành tính, tiền ung thư và ung thư cổ tử cung bằng xét nghiệm tế bào học cổ tử cung qua khám sàng lọc ở phụ nữ đến khám phụ khoa tại khoa sản I Bệnh viện Thanh Nhân. 2. Khảo sát giá trị của test acid acetic (VIA) trong tầm soát tổn thương tiền ung thư cổ tử cung. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, khám phụ khoa, xét nghiệm tế bào cổ tử cung và test VIA cho 423 phụ nữ trong độ tuổi 20-65 tại khoa sản I bệnh viện Thanh Nhân. **Kết quả:** Tỉ lệ phụ nữ có tế bào học bất thường là 6%, tổn thương CIN II và CIN III chiếm tỉ lệ 0.7% , chiếm 33.3% các trường hợp soi cổ tử cung nghi ngờ. Tỉ lệ VIA(+) là 15%, VIA(-) là 85% VIA có giá trị chẩn đoán tổn thương tiền ung thư – ung thư cổ tử cung với độ nhạy là 80%, độ đặc hiệu 89.2%, giá trị dự báo âm tính 98.6%. **Kết luận:** test VIA có giá trị chẩn đoán khá tốt, đặc biệt là giá trị dự báo âm tính cao trong tầm soát tổn thương tiền ung thư cổ tử cung.

SUMMARY

RESULTS OF CERVICAL CANCER SCREENING AT OBSTETRICS AND GYNECOLOGY OF THANH NHAN HOSPITAL

Objectives: Screening of benign, premalignant and cervical cancer using cervical

cytology for women at Obstetrics and gynecology of Thanh Nhan Hospital .2. Preliminary assessment of visual inspection with acetic acid (VIA) in screening of cervical premalignant lesions. **Materials and methods:** Cross- sectional, descriptive study on 423 women aged 20 to 65 years randomly selected from Obstetrics and gynecology of Thanh Nhan Hospital. Serial gynecologic examination , Pap's test and visual inspection with acetic acid were performed. **Result:** Cytologic abnormalities were found in 6%. CIN II and CIN III rate was 0.7%, occurred in 33.3% of cases indicated for colposcopy. VIA positivity rate was 15%, VIA negativity was 85%. VIA yielded has a sensitivity of 80%, specificity of 89.2% and negative predictive value of 98.6% in detection of cervical premalignant lesion. **Conclusion:** Visual inspection with acetic acid yielded acceptable diagnostic values, especially high negative predictive value in cervical cancer screening.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xét nghiệm tế bào cổ tử cung là phương pháp sàng lọc ung thư cổ tử cung đang được áp dụng phổ biến ở nhiều quốc gia. Phương pháp sàng lọc bằng test acid acetic (VIA) hiện đang được tổ chức y tế thế giới (WHO) ủng hộ, phù hợp với các nước đang phát triển có nguồn lực hạn chế [2].

Sàng lọc phát hiện sớm ung thư cổ tử cung có ý nghĩa hết sức quan trọng trong việc điều trị bệnh, giảm tỉ lệ tử vong. Hiện nay việc sàng lọc được coi như là một phương pháp chống ung thư cổ tử cung tại các nước đang phát triển và tại Việt Nam [3].

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quyết Thắng

Email: phusanthanhnhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 23/12/2019

Ngày duyệt bài: 27/01/2020

Chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu “Đánh giá kết quả tầm soát ung thư cổ tử cung tại khoa phụ sản Bệnh Viện Thanh Nhân năm 2019” với 02 mục tiêu:

1. *Xác định tỉ lệ các thương tổn lành tính, tiền ung thư và ung thư cổ tử cung bằng xét nghiệm tế bào cổ tử cung qua khám sàng lọc phụ nữ đến khám phụ khoa tại khoa sản bệnh viện Thanh Nhân*

2. *Khảo sát giá trị của test acid acetid (VIA) trong tầm soát tổn thương tiền ung thư cổ tử cung.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 423 phụ nữ trong độ tuổi 20-65 đến khám phụ khoa tại khoa sản bệnh viện Thanh Nhân. Thời gian từ 01-12/2019. Các trường hợp nghi ngờ được soi cổ tử cung, sinh thiết và theo dõi 12 tháng.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Bệnh nhân khám phụ khoa, lấy mẫu tế bào cổ tử cung để làm xét nghiệm tế bào học, làm test VIA (Test acid acetid 3%). Soi cổ tử cung, sinh thiết để chẩn đoán tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung.

2.3 Các bước thực hiện: Lấy mẫu tế bào cổ tử cung. Làm test acid acetid (VIA), bôi acid acetic 3% vào cổ tử cung, đợi 1 phút, quan sát các đặc tính biến đổi của tế bào cổ tử cung. Ghi chép kết quả vào biểu mẫu thiết kế sẵn. Bệnh nhân có kết quả nghi ngờ ung thư cổ tử cung tiến hành soi cổ tử cung và làm sinh thiết. Các phụ nữ có nghi ngờ ASCUS trở lên được soi cổ tử cung, làm sinh thiết và tiếp tục theo dõi trong 1 năm.

2.3.1 Cách thực hiện VIA: Quan sát cổ tử cung bằng mắt thường trước và sau khi bôi acid acetid.

Các bước thực hiện VIA: Quan sát cổ tử cung bằng mắt thường sau dùng dung dịch

acid acetid 3-5%, đợi 1 phút. Quan sát kỹ vùng chuyển tiếp và ranh giới lát - trụ mới tìm tất cả mảng màu trắng nổi gờ hoặc dày lên hoặc thương tổn acetowhite.

Chẩn đoán VIA(+): Vùng trắng nghi ngờ rộng bao quanh lỗ ngoài cổ tử cung. Các vùng acetowhite mạnh, rõ rệt với ranh giới ràng, bờ có thể gồ lên hoặc không. Thương tổn nằm gần ranh giới lát trụ trong vùng chuyển tiếp. Vùng acetowhite mạnh tại biểu mô trụ hoặc gần lỗ ngoài. U nhú hoặc bạch sản nằm gần ranh giới lát- trụ, bắt màu mạnh với acetic.

Chẩn đoán VIA(-): Không có tổn thương acetowhite, thương tổn màu trắng xanh hoặc không rõ ràng và không có màu đỏ, polyp cổ tử cung bắt màu trắng, nang Naboth bắt màu trắng, đường acetowhite mảnh tại vị trí ranh giới lát trụ, thương tổn acetowhite nằm quá xa vùng chuyển tiếp, vết dạng acetowhitening, các vùng dạng chấm trong ống cổ tử cung (biểu mô tuyến bắt màu acetowhite).

Nghi ngờ ung thư xâm lấn: Thương tổn sùi – loét rõ trên lâm sàng. Đang rỉ máu hoặc chảy máu khi tiếp xúc.

2.3.2 Soi cổ tử cung: Trường hợp kết quả tế bào âm đạo bất thường, VIA (+) được tiếp tục soi cổ tử cung. Kết quả soi cổ tử cung phân loại theo danh pháp năm 2003 của Liên đoàn soi cổ tử cung và bệnh lí cổ tử cung quốc tế chia làm 5 nhóm:

Nhóm A: hình ảnh soi cổ tử cung bình thường.

Nhóm B: hình ảnh soi cổ tử cung bất thường: acetowhite, chấm đáy, dạng khảm, mảng trắng, Iodin (-) mạch máu bất điển hình.

Nhóm C: hình ảnh nghi ngờ ung thư xâm lấn.

Nhóm D: soi cổ tử cung không đạt yêu cầu, ranh giới lát trụ không quan sát được (nằm sâu trong ống cổ tử cung). Viêm nhiễm nặng, thiếu dưỡng nặng. Cổ tử cung không quan sát được.

Nhóm E:viêm nhiễm, loét, Kondyloma, thiếu dưỡng, khác như polyp ống cổ tử cung, u nhú, nang naboth.

2.3.3 Sinh thiết cổ tử cung: kết quả soi cổ tử cung thuộc nhóm B, C nghi ngờ sẽ dùng kim sinh thiết cổ tử cung bấm lấy mẫu ở vùng chuyển tiếp hoặc nghi ngờ để làm xét nghiệm mô học. Dựa vào kết quả mô học để có thái độ xử trí điều trị.

2.4 Đánh giá kết quả:

	Có bệnh	Không bệnh	Tổng cộng
Dương tính	a	b	a+b
Âm tính	b	d	c+d
Tổng cộng	a+c	b+d	a+b+c+d

Có bệnh: tế bào học ASCUS(+) Và/ hoặc mô bệnh học CIN I (+)

Độ nhạy: $Se = a/(a+c)$

Độ đặc hiệu: $Sp = d/(b+d)$

Giá trị dự báo dương tính: $a/(b+d)$

Giá trị dự báo âm tính: $d/(c+d)$

Xử lý số liệu: Dữ liệu từ phiếu nghiên cứu được nhập và xử lý theo các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Độ tuổi của mẫu nghiên cứu

Độ tuổi	N	%
<30	46	10.9
30-39	188	44.5
40-49	153	36.1
>50	36	8.5

Nhận xét: Độ tuổi trong nghiên cứu chủ yếu 30-50 tuổi chiếm tỉ lệ 80.6%

Bảng 2. Tình trạng gia đình

Tình trạng gia đình	N	%
Có chồng	361	85.3
Ly dị	11	2.6
Góa	5	1.2
Độc thân	25	5.9
Khác	21	4.9
Tổng số	423	100

Nhận xét: Số phụ nữ có chồng chiếm tỉ lệ cao nhất 85.3%

Bảng 3. Số con

Số con	N	Tỉ lệ%
0	28	6.6
1	38	9.0
2	283	66.9
3	60	14.2
≥4	14	3.3
Tổng số	423	100

Nhận xét: Tỉ lệ phụ nữ có 2 con cao nhất 69.8%

Bảng 4. Các biểu hiện lâm sàng

Triệu chứng phụ khoa	N	Tỉ lệ %
Khí hư âm đạo nhiều	254	60
Vết trắng âm hộ	1	0.23
Papiloma	3	0.7
Viêm âm đạo	217	51.3
Viêm cổ tử cung	61	14.4
Nang naboth	17	4
Lộ tuyến cổ tử cung	92	21.7
Polyp cổ tử cung	7	1.7

Nhận xét: Trường hợp có dấu hiệu bệnh lý phụ khoa khá phong phú, trong đó ra khí hư âm đạo nhiều là triệu chứng phổ biến nhất chiếm tỉ lệ 60%, viêm âm đạo chiếm tỉ lệ 51%, lộ tuyến chiếm tỉ lệ 21.7%.

Bảng 5. Kết quả tế bào học cổ tử cung

Kết quả	N	Tỉ lệ %
Không có tế bào bất thường điển hình hoặc ác tính	398	94
ASC-US	7	1.7
AG-US	5	1.2
LSIL	10	2.4
HSIL	3	0.7
Tổng cộng	423	100

Nhận xét: Tỉ lệ tế bào bất thường là 6% trong đó ASCUS và AGUS chiếm tỉ lệ 2.9%, LSIL chiếm tỉ lệ 2.4%, HSIL chiếm tỉ lệ 0.7%

Bảng 6. Kết quả VIA

Kết quả VIA	N	Tỉ lệ %
VIA(-)	360	85
VIA(+)	63	15
Tổng cộng	423	100

Nhận xét: kết quả VIA(+) chiếm 15%

Bảng 7. Kết quả soi cổ tử cung

Soi cổ tử cung	N	Tỉ lệ %
Nhóm A	11	44
Nhóm B	8	32
Nhóm C	1	4
Nhóm D	1	4
Nhóm E	4	16
Tổng cộng	25	100

Nhận xét: Soi cổ tử cung cho 25 trường hợp có tế bào học bất thường có kết quả soi cổ tử cung (+) là 9 case chiếm tỉ lệ 36%, tất cả những trường hợp này có chỉ định sinh thiết để chẩn đoán xác định.

Bảng 8. Kết quả mô bệnh học

Tổng số sinh thiết	CIN II, CIN III	Tỉ lệ %	Khác	Tỉ lệ %
9	3	33.3	5	66.7

Nhận xét: Tổng số 9 trường hợp soi cổ tử cung nghi ngờ được sinh thiết cổ tử cung làm mô học có 3 trường hợp được chẩn đoán CIN II/ CIN III, chiếm tỉ lệ 33.3%

Bảng 9. Giá trị chẩn đoán VIA

VIA	Tế bào/ mô bệnh học bất thường	Tế bào/ mô bệnh học bình thường	Tổng cộng
VIA(+)	20	43	63
VIA(-)	5	355	360
Tổng cộng	25	398	423

Nhận xét: Giá trị của VIA so với tế bào học/ mô bệnh học được tính như sau

Độ nhạy Se: $20/(20+5)=80\%$

Độ đặc hiệu: $355/(355+43)=89.2\%$

Giá trị dự báo dương tính: $PPV\ 20/(43+355)= 5.03\%$

Giá trị dự báo âm tính : $NPV\ 355/360= 98.6\%$

III. BÀN LUẬN

Hiện nay trên thế giới có trên 25 triệu người sống chung với ung thư, trong đó có 11 triệu người mới, 7 triệu người tử vong. Hằng năm có trên 510.000 trường hợp mới mắc ung thư cổ tử cung và 288.000 phụ nữ tử vong do ung thư cổ tử cung trong đó 80% ở các nước đang phát triển. Tỉ lệ mắc mới ung thư cổ tử cung ở Việt Nam là 20,3/100.000 phụ nữ, tử vong trên 2.500

trường hợp mỗi năm [3]. Ung thư cổ tử cung là bệnh lí ác tính của biểu mô lát (biểu mô vảy) hoặc biểu mô tuyến của cổ tử cung. Việc sàng lọc phát hiện sớm ung thư cổ tử cung có ý nghĩa hết sức quan trọng trong việc điều trị bệnh, giảm tỉ lệ tử vong

Qua khám tầm soát ung thư cổ tử cung bằng phương pháp khám lâm sàng, xét nghiệm VIA và làm PAP tại khoa phụ sản

Bệnh viện Thanh Nhàn trên 423 phụ nữ chúng tôi có nhận xét như sau:

Độ tuổi khám sàng lọc chủ yếu thuộc nhóm 30-50 tuổi, chiếm 80,6%. Trong đó số phụ nữ có 2 con chiếm tỉ lệ cao 66.9% và có chồng chiếm tỉ lệ 85.3%

Biểu hiện lâm sàng có dấu hiệu bệnh lý phụ khoa khá phổ biến, trong đó nhiều khí hư âm đạo chiếm 60%, Viêm âm đạo chiếm 51.3%, lộ tuyến cổ tử cung chiếm 21.7%.

Tỉ lệ VIA(+): Số phụ nữ được test VIA(+) là 63/423 chiếm tỉ lệ 15%.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Vũ Quốc Huy trên 1125 phụ nữ tới khám tại khoa sản bệnh viện Trung Ương “ Phát hiện tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung bằng phương pháp quan sát cổ tử cung sau bôi acis acetic”[3] có tỉ lệ VIA(+) và bất thường là 17.8%. So với kết quả nghiên cứu này thì tỉ lệ VIA(+) của chúng tôi thấp hơn một chút.

Nghiên cứu của Bùi Thị Chi cùng cộng sự trên 8446 phụ nữ được tầm soát ung thư cổ tử cung tại 19 xã tại tỉnh Thừa Thiên Huế ghi nhận tỉ lệ bất thường VIA(+) là 15.7% [4].

Như vậy tỉ lệ VIA(+) ở nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của 2 tác giả trên.

Giá trị chẩn đoán của VIA so với tế bào/ mô bệnh học:

Độ nhạy và độ đặc hiệu:

Kết quả nghiên cứu 423 phụ nữ được làm test VIA tại cộng đồng, chúng tôi có độ nhạy là 80%, độ đặc hiệu là 89.2%.

Nghiên cứu của Nguyễn vũ Quốc Huy trên 1125 phụ nữ tại khoa sản Bệnh viện Trung Ương thì VIA có độ nhạy với tế bào

học khá cao : độ nhạy 90.9%, độ đặc hiệu 97.8% [3].

Nghiên cứu của Elit LB, G Tan, Munkhtaivan A trên 2009 phụ nữ ghi nhận VIA có độ nhạy 89.9%, độ đặc hiệu là 88.6%. Độ nhạy và độ đặc hiệu của chúng tôi tương tự nghiên cứu này [5].

Giá trị dự báo của test sàng lọc VIA:

Giá trị dự báo của test sàng lọc VIA khi so sánh với kết quả tế bào học/ mô bệnh học như sau: giá trị dự báo âm tính của test VIA là 98.6%. Những trường hợp tế bào học âm tính được theo dõi sau 1 năm để đánh giá xuất hiện tổn thương bất thường. Giá trị sự báo dương tính của test VIA là 5.03%. Giá trị dự báo âm tính cao cho thấy sử dụng phương pháp VIA có hiệu quả, đặc biệt tại cộng đồng cũng là một sự lựa chọn để sàng lọc ung thư cổ tử cung trong điều kiện nguồn lực còn hạn chế.

Kết quả soi cổ tử cung cho những người có tế bào âm đạo bất thường và test VIA(+):

Soi cổ tử cung cho 25 trường hợp có tế bào học bất thường và VIA(+): nhóm A tỉ lệ 44%, nhóm B 32%, nhóm C 4%, nhóm D 4%, nhóm E 16%, trong đó: kết quả soi cổ tử cung nhóm B chiếm tỉ lệ 32% có chỉ định sinh thiết chẩn đoán xác định.

Kết quả mô bệnh học: Trong số 9 trường hợp sinh thiết chúng tôi có kết quả mô học CIN II và CIN III tỉ lệ 33.3%

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khám tầm soát ung thư cổ tử cung bằng phương pháp khám lâm sàng, xét nghiệm VIA và làm PAP tại khoa phụ sản I Bệnh viện Thanh Nhàn trên 423 phụ nữ nhằm xác định tỉ lệ các tổn thương lành tính,

tiền ung thư và ung thư cổ tử cung chúng tôi có kết luận sau:

***Các tổn thương cổ tử cung:**

- Kết quả tế bào học bất thường là 6%.
- Kết quả mô bệnh học: Trong tổng số case soi cổ tử cung bất thường có 33.3% có tổn thương mô học CIN II và CIN III, chiếm tỉ lệ 0.7%

***Giá trị của VIA trong tầm soát tổn thương tiền ung thư**

- Tỉ lệ VIA(+) là 15%, VIA(-) là 85%
- VIA có các giá trị chẩn đoán tổn thương tiền ung thư- ung thư cổ tử cung với độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 89.2%, giá trị dự báo dương tính 5.03%, giá trị dự báo âm tính 98.6%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Phụ Sản Trường đại học Y Dược Huế, 2007**, “Nhiễm Human Papilomvirus trong các tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung”. Chuyên đề sản phụ khoa, Nhà xuất bản Đại học Huế”
2. **Bộ môn Phụ Sản Trường đại học Y Dược Huế, 2007**, “Tiếp cận phòng chống ung thư cổ tử cung theo hướng cộng Chuyên đề sản phụ khoa”. Chuyên đề sản phụ khoa, Nhà xuất bản Đại học Huế, 2007”
3. **Nguyễn Vũ Quốc Huy và cộng sự (2008)**. “Đánh giá kết quả tầm soát ung thư cổ tử cung bằng phương pháp quan sát cổ tử cung sau bôi acid acetic.” Tạp chí Phụ Sản, 7(2):58-65.
4. **Bùi Thị Chi và cộng sự (2011)**. “Phát hiện thương tổn tiền ung thư và ung thư cổ tử cung tại 19 xã của 2 huyện Phú Vang và Hương Thủy Tỉnh Thừa Thiên Huế”. Tạp chí Phụ Sản, 9(3):57-64.
5. **Elit LB, G Tan, Munkhtaivan A (2006)** “Assessment of 2 cervical screening methods in Mongolia: cervical cytology and visual inspection with acetic acid”. J Low Genit tract Dis 10(2):83-8

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ ADENOSIN DEAMINASE DỊCH CHỘC DÒ TRONG CHẨN ĐOÁN LAO MÀNG BỤNG

Nguyễn Minh Hiền*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Adenosin Deaminase (ADA) dịch chọc dò là một chỉ điểm có giá trị trong chẩn đoán sớm các thể lao ngoài phổi. **Mục tiêu:** Khảo sát giá trị ADA dịch chọc dò trong lao màng bụng. **Đối tượng & phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 43 bệnh nhân tràn dịch màng bụng. Các bệnh nhân được lấy dịch chọc dò làm các xét nghiệm phát hiện vi sinh vật, hóa sinh. **Kết quả:** Điểm cut-off của ADA dịch màng bụng là 30,2 U/L cho độ nhạy 100 %; độ đặc hiệu 88,5%; PPV 85% và NPV 100%. **Kết luận:** ADA dịch chọc dò là một chỉ điểm hữu ích trong chẩn đoán lao màng bụng.

Từ khóa: Adenosin Deaminase (ADA), lao màng bụng

SUMMARY

THE VALUE OF FLUID ADENOSIN DEAMINASE IN THE DIAGNOSIS OF TUBERCULOUS ASCITES

Background: Adenosin Deaminase (ADA) in pleural perfusion fluid has been explored as a rapid diagnostic tool for extrapulmonary tuberculosis. **Objectives:** To determine the value of ADA of pleural perfusion fluid in the diagnosis of tuberculous ascites. **Subjects & Methods:** A cross-sectional study was carried out 43 patients with ascites. Patients were

performed microbiological and biochemical detection tests. **Results:** Pleural Ascitic fluid ADA >30.2 U/L yielded 94.4% Sensitivity, 95.5% Specificity, 94.4% PPV, 95.5% NPV for the diagnosis of tuberculous ascites. **Conclusion:** Measurement of fluid ADA is a useful diagnostic test for tuberculous ascites.

Keywords: ADA, Tuberculous Ascites.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu thế giới. Theo WHO, năm 2016, toàn thế giới có khoảng 6,3 triệu ca lao mới mắc, trong đó lao ngoài phổi chiếm khoảng 15% (lao màng phổi đứng thứ 2 và lao màng bụng đứng thứ 6)[1]. Tại Việt Nam (2005-2008), tỷ lệ lao ngoài phổi chiếm 17,4-18,9 % tổng số các trường hợp mắc lao [2].

Cho đến nay, việc chẩn đoán xác định lao ngoài phổi còn gặp nhiều khó khăn. Từ năm 1981, nhiều nghiên cứu đã chứng minh ADA có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán các thể lao ngoài phổi. ADA gồm 2 isoenzym là ADA1 và ADA2, chúng tham gia chuyển hóa purin, xúc tác phản ứng không thuận nghịch chuyển adenosin thành inosin. ADA1 có trong nhiều loại tế bào khác nhau (các tế bào miễn dịch, hồng cầu...), chức năng chủ yếu là làm giảm nồng độ adenosin nội bào. Hoạt độ ADA dịch chọc dò (dịch màng phổi, màng bụng, màng não...) tăng trong các nguyên nhân do lao, chủ yếu là tăng ADA2, tuy nhiên không có

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hiền

Email: hienshbvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2019

Ngày duyệt bài: 15/01/2020

sự khác biệt giữa sự tăng ADA tổng và ADA2

ADA trong lao màng bụng đã được nghiên cứu ở một số quốc gia trên thế giới. Tuy nhiên, ngưỡng chẩn đoán, độ nhạy, độ đặc hiệu của ADA phụ thuộc vào tuổi, tỷ lệ lưu hành lao của từng khu vực. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Khảo sát giá trị ADA dịch chọc dò trong chẩn đoán lao màng bụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: 43 bệnh nhân

trần dịch màng bụng (TDMB) điều trị tại bệnh viện Phổi Trung Ương, bệnh viện Phổi Hà Nội và bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2019 – 8/2019.

- Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ em < 16 tuổi. Bệnh nhân có kèm các bệnh về máu, bệnh tự miễn.

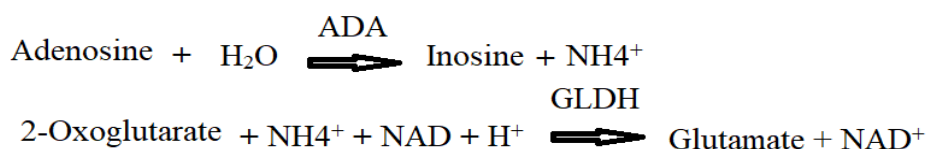
2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Kỹ thuật đo hoạt độ ADA

❖ Nguyên lý:

Hoạt độ của enzyme ADA trong máu của người bệnh được xác định theo phương pháp động học enzyme dựa trên phản ứng:



❖ Kỹ thuật đo

Thuốc thử: Thuốc thử tham gia xét nghiệm

+ Vật liệu cần thiết bắt buộc: ADA (Hóa chất Bio systems)

+ Vật liệu cần thiết không cung cấp sẵn: ADA calibrator, ADA control

- Thuốc thử A: 4X8 mL. Tris 125 mmol/L; 2-cetoglutarate 1,1 mmol/L; adenosine 6,5 mmol/L; glutamate dehydrogenase > 100 U/L; sodium azide 0,95 g/L; pH 6,8.

- Thuốc thử B: 1X10 mL. NADH 1,5 mmol/L; sodium azide 9,5 g/L.

- Thuốc thử được trộn theo tỷ lệ: 4 mL thuốc thử A + 1 mL thuốc thử B.

- Thuốc thử ổn định trong 30 ngày ở 2-8 °C. Sau khi thuốc thử đã mở và được giữ

trong ngăn mát của máy phân tích thì ổn định trong 12 ngày.

ADA chuẩn: ADA của bò, Tris 50mmol/L.

Thiết bị: Hệ thống máy sinh hóa tự động AU680 Backman Coulter

- Các chỉ số XN khác (AFB đờm, MGIT/BATEC, Giải phẫu bệnh) được thực hiện theo quy trình chuẩn tại bệnh viện Phổi Trung Ương, bệnh viện Phổi Hà Nội và bệnh viện Bạch Mai.

- Xác định các nguyên nhân Viêm phổi-màng phổi, bệnh ác tính, xơ gan theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế.

- **Số liệu được xử lý** bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh tỉ lệ % bằng phép kiểm định χ^2 . So sánh trung bình bằng kiểm định T-test. Xác định yếu tố liên quan bằng đường cong ROC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

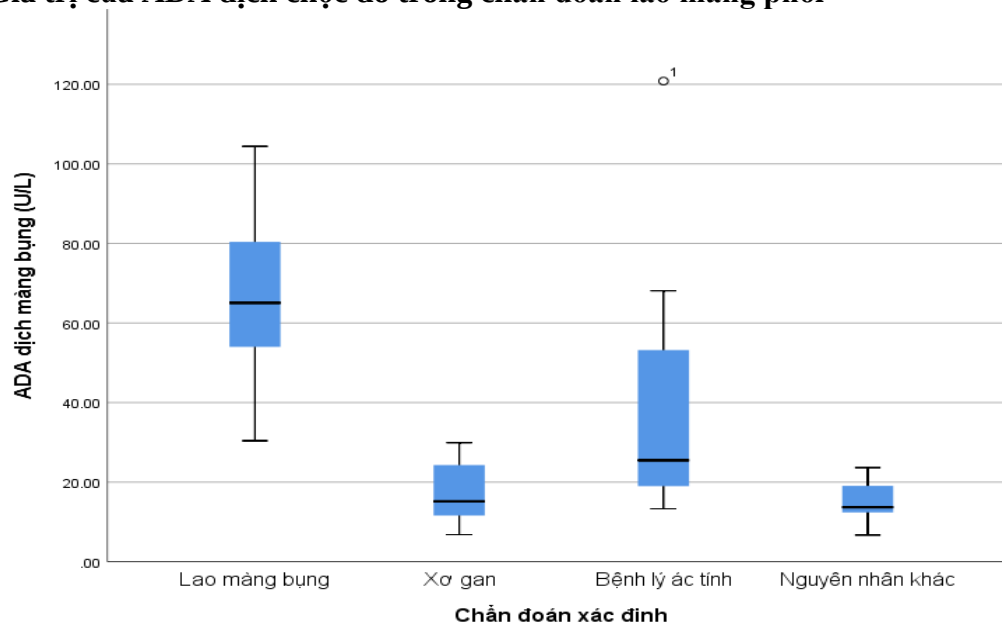
1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới

Đặc điểm	TDMB		
	Lao n (%)	Không lao n (%)	P
Tổng	17 (39,5%)	26 (60,5%)	
Nam	12 (70,6%)	17 (65,4%)	0,7
Nữ	5 (29,4%)	9 (34,6%)	
Tuổi (năm)	54 (33,5-61)	55 (45,25-61,25)	0,4

Nhận xét: không có sự khác biệt giữa trung bình tuổi, tỷ lệ giới nam và nữ giữa TDMB do lao và không lao ($p > 0,05$).

2. Giá trị của ADA dịch chọc dò trong chẩn đoán lao màng phổi



Hình 1: Hoạt độ ADA dịch màng bụng theo các nhóm nguyên nhân

Nhận xét:

- Nguyên nhân gây TDMB: lao màng bụng 17 (39,5%), xơ gan 11 (25,6%), bệnh lý ác tính 8 (18,6%), nguyên nhân khác 7 (16,3%) bao gồm suy tim, hội chứng Pick, viêm phúc mạc...

- Hoạt độ ADA dịch màng bụng của nhóm lao màng bụng cao hơn các nhóm TDMB do nguyên nhân khác bao gồm: xơ

gan, bệnh lý ác tính di căn màng bụng,... Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

- Trong nhóm các bệnh nhân TDMB do nguyên nhân khác, có một giá trị ngoại biên (outlier) là bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan di căn phúc mạc. ADA dịch màng bụng của trường hợp này là 121 U/L.

Bảng 2: Một số xét nghiệm của nhóm TDMB

Xét nghiệm		TDMB do lao		TDMB không lao		p
		n	Median (IQR)	n	Median (IQR)	
Dịch màng bụng	ADA	17	65,07 (53,84-83,4)	26	16,6 (13,18-26,26)	<0,001
	LDH (U/L)	11	214 (121-373)	16	60,5 (46,3-160,8)	0,044
	Protein (g/L)	17	55,2 (43,5-65,4)	26	21,4 (7,8-36,7)	<0,001
	Tế bào (TB/mm ³)	17	2080 (1165-4560)	26	370 (200-870)	<0,001
	%lympho	17	70 (64-80)	26	55 (30-72)	0,021
Máu	Bạch cầu (G/L)	17	6,24 (5,68-8,23)	26	7,87 (4,88-13,3)	0,371
	CRP (mg/L)	15	36,8 (12,9-84,4)	17	13,2 (7,1-60,3)	0,146

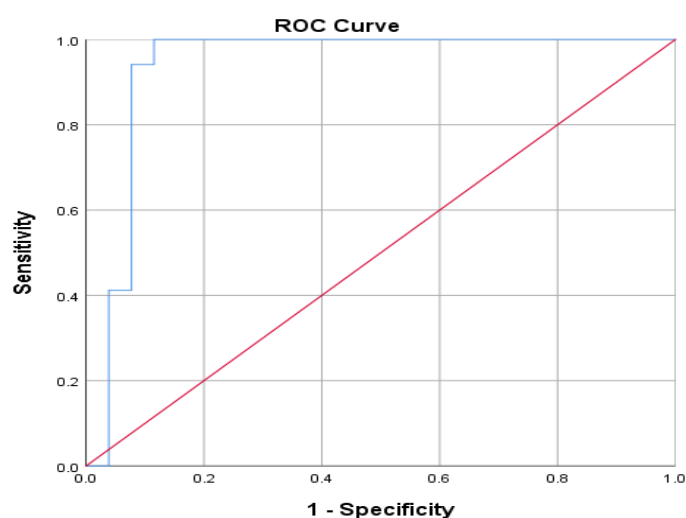
Nhận xét:

- Hoạt độ ADA của nhóm TDMB do lao cao hơn có ý nghĩa thống kê so với TDMP và TDMB không lao ($p < 0,001$).

- LDH, protein, số lượng tế bào và %lympho trong dịch chọc dò của nhóm tràn

dịch do lao cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tràn dịch không lao ($p < 0,05$).

- Nhóm TDMB do lao có số lượng bạch cầu máu và CRP huyết thanh khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm TDMB không lao ($p < 0,05$)



AUC	95% CI	p
0,937	0,851 - 1,000	<0,001

Hình 2. Đường cong ROC - Giá trị của ADA trong chẩn đoán lao màng bụng

Nhận xét: Theo đường cong ROC, diện tích dưới đường cong (AUC) của ADA dịch màng bụng trong chẩn đoán lao màng bụng là 0,937 với $p < 0,001$.

Giá trị cut-off tối ưu tương 30,2 U/L; cho độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

3. Giá trị của một số xét nghiệm trong chẩn đoán lao

Bảng 0. Giá trị một số xét nghiệm trong chẩn đoán lao màng bụng

Xét nghiệm	Bệnh phẩm	n	Kết quả	TDMB do lao	TDMB không lao
ADA (U/L)	Dịch màng bụng	43	$\geq 30,2$	17	3
			$< 30,2$	0	23
Nhuộm soi trực tiếp tìm AFB	Đờm	25	(+)	1	1
			(-)	12	11
Nuôi cấy MGIT	Dịch màng bụng	43	(+)	7	0
			(-)	10	26
	Tất cả	43	(+)	8	1
			(-)	9	25
Giải phẫu bệnh	Mô sinh thiết	17	(+)	8	0
			(-)	1	8

Nhận xét:

- Điểm cut-off 30,2 U/L của ADA mang lại giá trị chẩn đoán lao màng bụng cao với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 88,5%, PPV 85% và NPV 100%. Có 3 ca dương tính giả đều là ung thư di căn màng bụng, kết quả ADA dịch màng bụng lần lượt là 38,3; 68,1 và 120,8 U/L.

- Nhuộm soi trực tiếp tìm AFB đờm cho kết quả (+) 1/13 ca lao được xét nghiệm, cho độ nhạy 8,3%.

- Nuôi cấy MGIT dịch màng bụng cho kết quả (+) 7/17 ca lao được xét nghiệm, cho độ nhạy 41,2%. Kết hợp kết quả nuôi cấy của tất cả các bệnh phẩm (dịch màng bụng,

đờm, dịch phế quản, mảnh sinh thiết màng bụng) cho kết quả (+) 8/17 ca lao được xét nghiệm, cho độ nhạy 47,0 %.

- Giải phẫu bệnh (mô màng bụng, tạng và cơ quan khác trong lao toàn thể) cho kết quả (+) 8/9 ca lao được xét nghiệm, cho độ nhạy 88,9%.

Trong nghiên cứu, có 1 ca lao phối với AFB đờm và MGIT đờm (+). Tuy nhiên, bệnh nhân này được xếp vào nhóm TDMB do xơ gan do: bệnh nền là xơ gan, protein dịch màng bụng là 7,71 g/L, nuôi cấy MGIT dịch màng bụng (-). Trường hợp này có ADA dịch màng bụng là 7,6 U/L.

Bảng 4. Giá trị của một số xét nghiệm trong chẩn đoán lao màng bụng

Xét nghiệm	Bệnh phẩm	n	Sens %	Spec %	PPV %	NPV %	Acc
ADA	Dịch màng bụng	43	100	88,5	85	100	86.9
Nhuộm soi trực tiếp tìm AFB	Đờm	25	8,3	91,7	50	47,8	48.0

Nuôi cấy MGIT	Dịch màng bụng	26	41.2	100	100	72.2	76.7
	Tất cả	26	47.0	96.2	88,9	73.5	76.7
Giải phẫu bệnh	Mô sinh thiết	17	88,9	100	100	88,9	94,1

(Se: độ nhạy. Sp: độ đặc hiệu. PPV: giá trị dự đoán dương tính. NPV: giá trị dự đoán âm tính, Acc giá trị phương pháp chẩn đoán)

Bảng 5. Tương quan giữa ADA dịch màng bụng trong nhóm lao màng bụng và một số chỉ số khác

Sự tương quan	n	ADA dịch màng bụng	
		r	p
LDH dịch màng bụng	17	0,864	0,001
Protein dịch màng bụng	17	0,338	0,184
Số lượng tế bào dịch màng bụng %lympho	17	0,14	0,593
	17	- 0,202	0,436
Số lượng bạch cầu máu	17	- 0,153	0,572
CRP huyết thanh	15	0,236	0,398

Nhận xét: Trong nhóm lao màng bụng, LDH dịch màng bụng có tương quan thuận với ADA dịch màng bụng ($p < 0,05$). Không có sự tương quan giữa protein dịch màng bụng, số lượng bạch cầu máu và CRP huyết thanh với ADA dịch màng bụng ($p > 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Lao là căn bệnh truyền nhiễm đã tồn tại hàng nghìn năm và vẫn đang là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Việt Nam nằm trong danh sách 30 quốc gia có gánh nặng về lao và lao đa kháng thuốc cao nhất thế giới. Tỷ lệ mắc lao năm 2016 của Việt Nam là 137/100.000 dân[1]. Lao là bệnh có thể chữa khỏi, tuy nhiên việc chẩn đoán còn gặp nhiều khó khăn. Việc chẩn đoán bệnh muộn cũng làm tăng nguy cơ lây lan bệnh ra cộng đồng. ADA dịch chọc dò đã được rất nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu và chứng minh khả năng chẩn đoán sớm lao ngoài phổi với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Adenosine deaminase (ADA) là enzym tham gia quá trình chuyển hóa purine, xúc tác phản ứng không thuận nghịch chuyển adenosine và

deoxyadenosine thành inosine và deoxyinosine (phản ứng khử amin). Inosine và deoxyinosine được chuyển thành hypoxanthine, xanthine và cuối cùng là acid uric. ADA gồm 2 isoenzym là ADA1 và ADA2. ADA trong dịch chọc dò tăng trong các nguyên nhân do lao (lao màng bụng, lao màng phổi, lao màng não...), chủ yếu là tăng ADA2, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa sự tăng ADA tổng và ADA2[3]. Sự tăng này khá đặc hiệu, khác biệt rõ giữa nguyên nhân do lao với các nhóm nguyên nhân ác tính và nguyên nhân khác[4]. Do đó ADA dịch chọc dò được cho là có giá trị trong chẩn đoán các thể lao ngoài phổi, đặc biệt là ở các vùng có tỷ lệ lưu hành lao cao

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 43 bệnh nhân tràn dịch màng bụng điều trị tại bệnh viện phổi Trung Ương, bệnh viện phổi Hà Nội và bệnh viện Bạch Mai. Bệnh

nhân được làm các xét nghiệm chẩn đoán: nhuộm soi đờm tìm AFB; nuôi cấy môi trường lỏng tìm vi khuẩn lao - MGIT/BATEC (đờm, dịch màng phổi/dịch màng bụng, dịch phế quản). Tất cả số liệu nghiên cứu và bệnh phẩm đều lấy tại thời điểm bệnh nhân vào viện.

Kết quả nghiên cứu: Ở nhóm các bệnh nhân có tràn dịch màng bụng, các nguyên nhân gây tràn dịch là lao màng bụng (39,5%); xơ gan (25,6%); ung thư (18,6%) và các nguyên nhân khác (16,3%) bao gồm suy tim, viêm phúc mạc vô căn... Tỷ lệ lao màng bụng trong tràn dịch màng bụng thường thấp hơn so với lao màng phổi. Một nghiên cứu tại Nam Phi cho kết quả: nguyên nhân gây tràn dịch màng bụng bao gồm xơ gan (31%), suy tim (22%), ung thư (21%), lao màng bụng (10%)...[5]. Các bệnh nhân có lao màng bụng hoặc ung thư, xơ gan,... thường có độ tuổi tương đương nhau[6],[7].

2. Giá trị của ADA dịch chọc dò trong chẩn đoán lao ngoài phổi

Hoạt độ ADA trung bình của các bệnh nhân lao màng bụng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tràn dịch do các nguyên nhân khác ($p < 0,001$). Theo đường cong ROC, diện tích dưới đường cong của ADA dịch màng bụng 0,937. Điều này chứng tỏ ADA có giá trị rất cao trong chẩn đoán lao. Giá trị cut-off tối ưu 30,2 U/L; cho độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Theo một số nghiên cứu (bảng 6), ngưỡng chẩn đoán của ADA dịch màng bụng thì có sự khác nhau giữa các nghiên cứu. Sự khác biệt này có thể do không đồng nhất trong việc lựa chọn bệnh nhân, thời điểm tiến hành xét nghiệm, phương pháp đo hoạt độ ADA... Các tác giả thấy rằng, ở các nước có tỷ lệ mắc lao cao, ADA có thể thay thế sinh thiết màng phổi với mục đích chẩn đoán. Ở những vùng gánh nặng lao thấp,

ADA vẫn có giá trị cao, PPV có thể thấp tới 7%, tuy nhiên NPV vẫn rất cao (99,9%) tức là khi $ADA < 35$ U/L, nguyên nhân do lao là không đáng kể[8]. Trong nhóm tràn dịch màng bụng, hoạt độ ADA trung vị của nhóm lao màng bụng (65,07 U/L) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm các nguyên nhân khác (16,6 U/L) với $p < 0,001$. Có một giá trị ngoại biên (outlier) là bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan di căn phúc mạc. ADA dịch màng bụng của trường hợp này là 121 U/L.

Kết quả này tương tự một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu tại Nam Phi (2001) trên 178 bệnh nhân tràn dịch màng bụng: ADA của nhóm lao màng bụng là 61,6 (17,5-115) U/L; các nhóm nguyên nhân khác bao gồm xơ gan là 6,5 (0-83,5) U/L, bệnh lý ác tính là 16,2 (4,4-100,9) U/L. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [5]. Nghiên cứu tại Ai Cập (2012) trên 41 bệnh nhân tràn dịch màng bụng, trong đó 34% là lao màng bụng: hoạt độ ADA trung bình nhóm lao màng bụng ($70,3 \pm 26,3$ U/L) cao hơn nhóm tràn dịch do nguyên nhân khác $24,1 \pm 7,4$ U/L ($p < 0,001$)[9].

Trong nghiên cứu, theo đường cong ROC, diện tích dưới đường cong (AUC) của ADA dịch màng bụng trong chẩn đoán lao màng bụng là 0,937 (95%CI: 0,851-1,000) với $p < 0,001$. Điểm cut-off tối ưu của ADA dịch màng bụng là 30,2 U/L; mang lại giá trị chẩn đoán lao màng bụng cao với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 88,5%, PPV 85% và NPV 100%. Như vậy, tương tự như trong dịch màng phổi, ADA dịch màng bụng cũng có giá trị cao trong chẩn đoán lao màng bụng. Nếu sử dụng ngưỡng cut-off cao hơn, độ nhạy sẽ giảm đi và độ đặc hiệu sẽ tăng lên. Ví dụ với ngưỡng cut-off 38,4 U/L, độ nhạy là 94,1% và độ đặc hiệu là 92,3%.

Nghiên cứu tại Nam Phi sử dụng ngưỡng cut-off 30 U/L cho độ nhạy 94%, độ đặc hiệu 92%, PPV 57%, NPV 99%[5]. Nghiên cứu tại Ai Cập sử dụng ngưỡng cut-off 35 U/L cho độ nhạy 100%; độ đặc hiệu 92,6%; PPV 87,5%; NPV 100%[9]. Nghiên cứu của Trần Thị Khánh Tường và cộng sự sử dụng ngưỡng cut-off 40 U/L, độ nhạy và độ đặc hiệu đều đạt 100%[10].

Một phân tích gộp dựa trên 16 nghiên cứu đã được công bố có liên quan đến ADA

trong chẩn đoán lao màng bụng đã được thực hiện. Cỡ mẫu trung bình của các nghiên cứu là 49 (41-368). Ngưỡng cut-off của ADA dịch màng bụng ≥ 30 (30-40) U/L được sử dụng trong 14 nghiên cứu và < 30 U/L được sử dụng trong 2 nghiên cứu (bao gồm 21 và 7 U/L). Độ nhạy và độ đặc hiệu được xác định là 93% (95%CI: 89-95%) và 96% (95%CI: 94-97%)[11]

Bảng 6. Một số nghiên cứu trên thế giới về giá trị ADA trong chẩn đoán lao màng bụng

Nghiên cứu	Năm	Địa điểm	Cỡ mẫu (n)		Cut-off (U/L)	Se (%)	Sp (%)
			Lao	Không lao			
Burgess et al[5]	2001	Nam Phi	18	160	30	94	92
Sharma et al[6]	2006	Ấn Độ	31	88	37	97	94
Kang et al[7]	2012	Hàn Quốc	27	25	21	92	85
Saleh et al[9]	2012	Ai Cập	14	27	35	100	92.6
NC này	2019	Viet Nam	17	26	30.2	100	88.5

3. Giá trị của một số xét nghiệm trong chẩn đoán lao

Xác định được sự có mặt của vi khuẩn lao là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán lao. Các phương pháp xác định đều có độ đặc hiệu cao, tuy nhiên mỗi phương pháp chẩn đoán đều có những mặt hạn chế nhất định. Nhuộm soi trực tiếp tìm AFB dịch màng phổi có tỷ lệ dương tính $< 10\%$ vì đòi hỏi phải có ít nhất 10.000 vi khuẩn/1mL dịch. Cây vi khuẩn lao dịch màng phổi dương tính thấp từ 12-70% và cho kết quả sau 2-6 tuần, thời gian chờ kết quả có thể ảnh hưởng đến việc điều trị kịp thời cho bệnh nhân và khả năng lây lan cho cộng đồng. Kết quả giải phẫu bệnh của mảnh sinh thiết màng phổi, màng bụng có thể giúp

định hướng chẩn đoán lao với hình ảnh viêm lao đặc trưng bởi tổn thương nang lao, hoại tử bã đậu, sự có mặt của tế bào bán liên và tế bào khổng lồ. Tuy nhiên, đây là xét nghiệm xâm lấn và không thể thực hiện trên một số đối tượng bệnh nhân như suy kiệt, có rối loạn chức năng đông máu... Ngày nay, nhiều kỹ thuật sinh học phân tử đã được phát triển cho phép phát hiện sự có mặt của vi khuẩn lao với độ nhạy và độ đặc hiệu cao; nhưng giá thành cao và đòi hỏi trang thiết bị tốn kém.

Trong nhóm bệnh nhân tràn dịch màng bụng, các xét nghiệm chẩn đoán cũng có độ đặc hiệu và giá trị dự đoán dương tính rất cao (100%). Tuy nhiên tỷ lệ dương tính của

các xét nghiệm này vẫn còn thấp. Nhuộm soi trực tiếp tìm AFB đờm dương tính 1/13 ca, độ nhạy 8,3%. Giải phẫu bệnh mô sinh thiết (mô màng bụng, tạng và cơ quan khác trong lao toàn thể) có 8/9 ca có tổn thương nang lao điển hình, cho độ nhạy 88,9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phát hiện vi khuẩn trong nhóm bệnh lao đạt 47%. Trong đó có 1 ca (5,9%) bệnh nhân chỉ có bằng chứng vi khuẩn lao trong đờm hoặc dịch phế quản. 9 ca (52,9%) bệnh nhân không có bằng chứng vi khuẩn lao trong bất kỳ bệnh phẩm nào. Những bệnh nhân này được chẩn đoán lao màng bụng dựa trên giải phẫu bệnh, lâm sàng, cận lâm sàng và không đáp ứng với điều trị kháng sinh phổ rộng.

Nghiên cứu tại Nam Phi: 12/18 (67%) bệnh nhân xác định được vi khuẩn lao trong dịch hoặc mô màng bụng, hoặc hình ảnh nang lao trong mô sinh thiết. 2 ca xác định được vi khuẩn lao trong các dịch tiết khác. 5/18 (28%) ca có AFB đờm và/hoặc nuôi cấy đờm dương tính với lao với triệu chứng lâm sàng gợi ý mạnh mẽ, 3 trong số này có nuôi cấy dịch màng bụng dương tính[5]. Nghiên cứu tại Ai Cập: AFB đờm dương tính 3/14 (21%); nuôi cấy dịch màng bụng dương tính 8/14 (57,1%)[9].

Giá trị chẩn đoán của ADA dịch màng bụng càng được khẳng định ở những bệnh nhân không tìm thấy bằng chứng vi khuẩn học. Ngưỡng cut-off 30,2 U/L của ADA dịch màng bụng cho NPV 100%. Tức là khi ADA < 30,2 U/L, nguy cơ bệnh nhân mắc lao màng bụng gần như không có. ADA dịch màng bụng cho độ nhạy và giá trị dự đoán âm tính rất cao. Với ngưỡng cut-off 30,2 U/L của ADA dịch màng bụng trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 ca dương tính giả đều là ung thư di căn màng bụng, kết quả ADA của 3 trường hợp này lần lượt là 38,3; 68,1 và

120,8 U/L. Nghiên cứu tại Nam Phi có 13 ca dương tính giả (ADA $\geq$ 30 U/L) bao gồm: ung thư, lupus ban đỏ hệ thống, suy tim, hội chứng thận hư, suy thận, xơ gan. Chỉ có duy nhất 1 trường hợp âm tính giả (ADA=18 U/L). Bệnh nhân này được chẩn đoán lao bởi kết quả mô bệnh học của mảnh sinh thiết màng bụng[5].

Chúng tôi tiến hành đánh giá mối tương quan giữa hoạt độ ADA dịch chọc dò với một số xét nghiệm bao gồm: tế bào học dịch (số lượng tế bào, %lympho); hoạt độ LDH dịch; nồng độ protein dịch; số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi, nồng độ CRP huyết thanh. Kết quả cho thấy LDH dịch màng bụng có tương quan thuận với ADA dịch màng bụng ($p < 0,05$). Các xét nghiệm khác không thấy có mối tương quan với ADA dịch chọc dò. Một số nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho thấy mối tương quan giữa ADA với LDH và protein dịch màng phổi trong nhóm bệnh nhân lao màng phổi, đồng thời không có mối tương quan giữa ADA với số lượng tế bào và %lympho trong dịch màng phổi. Theo Tay và cộng sự, có tương quan trung bình giữa ADA và protein dịch ($r=0,442$; $p<0,001$); giữa ADA và LDH dịch ($r=0,473$; $p<0,001$)[4]. Theo Porcel J.M và cộng sự, có tương quan yếu giữa ADA và protein dịch ($r=0,214$; $p<0,01$); tương quan trung bình giữa ADA và LDH dịch ($r=0,491$; $p<0,01$)[8].

Dịch chọc dò trong lao có đặc điểm là dịch tiết màu vàng chanh, ưu thế lympho bào (%Lympho > 50% hoặc %Lympho > %Neu). Khi phân tích mối liên quan giữa ADA và đặc điểm của dịch chọc dò, chúng tôi không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của ADA giữa nhóm bệnh nhân có dịch chọc dò ưu thế lympho bào và ưu thế bạch cầu trung tính. Tuy nhiên, có một đặc

điểm đáng quan tâm là tỷ lệ phát hiện vi khuẩn lao ở bệnh nhân có dịch chọc dò ưu thể bạch cầu trung tính là rất cao: 3/3 ca với lao màng bụng. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả khác so với nhóm tràn dịch ưu thể lympho bào, nhóm ưu thể bạch cầu trung tính có tỷ lệ nuôi cấy dương tính cao hơn trong đờm (50% so với 25%, $p=0,03$) và trong dịch màng phổi (50% so với 10%, $p<0,01$)[8]. Các tác giả khuyến cáo, việc phát hiện bệnh nhân có tràn dịch tiết ưu thể bạch cầu trung tính không nên loại trừ chẩn đoán lao, đặc biệt trong trường hợp có hoạt độ ADA dịch tăng cao.

V. KẾT LUẬN

ADA dịch chọc dò là một công cụ hữu ích trong chẩn đoán lao màng bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization, W.H.**, Global tuberculosis report 2017, WHO. 2017.
2. **Đinh Ngọc sỹ et al**, Báo cáo kết quả nghiên cứu tỷ lệ nhiễm lao và mắc lao ở Việt Nam (VINCOTB-06). Bệnh Viện Lao và Bệnh Phổi Trung Ương, Hà Nội., 2009.
3. **Valdes, L., et al.**, Adenosine deaminase (ADA) isoenzyme analysis in pleural effusions: diagnostic role, and relevance to the origin of increased ADA in tuberculous pleurisy. *Eur Respir J*, 1996. **9**(4): p. 747-51.
4. **Tay, T.R., et al.**, Comparison of the Proportion and Healthcare Utilisation of Adult Patients with Uncontrolled Severe Asthma versus Non-Severe Asthma Seen in a Southeast Asian Hospital-Based Respiratory Specialist Clinic. *Ann Acad Med Singapore*, 2017. **46**(6): p. 217-228.
5. **Burgess, L.J., C.G.** Swanepoel, and J.J. Taljaard, The use of adenosine deaminase as a diagnostic tool for peritoneal tuberculosis. *Tuberculosis (Edinb)*, 2001. **81**(3): p. 243-8.
6. **Sharma, S.K., et al.**, Diagnostic accuracy of ascitic fluid IFN-gamma and adenosine deaminase assays in the diagnosis of tuberculous ascites. *J Interferon Cytokine Res*, 2006. **26**(7): p. 484-8.
7. **Kang, S.J., et al.**, Role of ascites adenosine deaminase in differentiating between tuberculous peritonitis and peritoneal carcinomatosis. *World J Gastroenterol*, 2012. **18**(22): p. 2837-43.
8. **Porcel, J.M., A. Esquerda, and S. Bielsa**, Diagnostic performance of adenosine deaminase activity in pleural fluid: a single-center experience with over 2100 consecutive patients. *Eur J Intern Med*, 2010. **21**(5): p. 419-23.
9. **Saleh, M.A., et al.**, Use of adenosine deaminase measurements and QuantiFERON in the rapid diagnosis of tuberculous peritonitis. *J Med Microbiol*, 2012. **61**(Pt 4): p. 514-9.
10. **Trần Thị Khánh Tường, Đ.X.L.**, Đánh giá ban đầu giá trị của Adenosin Deaminase (ADA) trong dịch báng để chẩn đoán lao màng bụng. *Nghiên cứu y học*, 2011. **15**(2): p. 1-5.
11. **Shen, Y.C., et al.**, Diagnostic accuracy of adenosine deaminase for tuberculous peritonitis: a meta-analysis. *Arch Med Sci*, 2013. **9**(4): p. 601-7.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ NT-PROBNP Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Minh Hiền*

TÓM TẮT

Nồng độ **N-terminal probrain natriuretic peptide** (NT- pro BNP) liên quan đến mức độ trầm trọng của các triệu chứng, mức độ rối loạn chức năng thất trái. NT- proBNP tăng ở những bệnh nhân có chức năng thận giảm, mức lọc cầu thận < 60ml/phút. Do sự quá tải thể tích mạn tính vốn là hậu quả của bệnh thận mạn với có hoặc không có suy tim, có thể làm tăng phì đại thất trái và sức căng thành mạch kích thích sự tăng tiết NT- proBNP vì vậy chẩn đoán suy tim ở bệnh nhân suy giảm chức năng thận cần phải có một điểm cắt NT-BNP cao hơn. **Mục tiêu:** Xác định giá trị NT- proBNP ở bệnh nhân suy tim trên bệnh nhân suy thận lọc máu chu kỳ. **Đối tượng:** 51 bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn lọc máu chu kỳ (LMCK) điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2018. **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân trên 18 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu. **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân mắc kèm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tiểu đường, ung thư, bệnh van tim thực thể, thuyên tắc phổi đã được biết trước khi làm xét nghiệm NT-proBNP, bệnh nhân được can thiệp tim mạch. Bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng, mắc các bệnh nhiễm trùng. **Phương pháp nghiên cứu:** Kỹ thuật thực hiện: Định lượng NT-pro BNP theo phương pháp miễn dịch hoá phát quang (ECLIA). Sử lý số liệu bằng phần mềm SPSS16.0. **Kết quả:** Điểm cắt 971,2 pmol/L ở bệnh nhân suy thận mạn LMCK có giá trị dự

đoán suy tim với độ nhạy 71%, độ đặc hiệu 95%, với độ tin cậy 95%, ($p < 0,01$). **Kết luận:** NT- pro BNP là xét nghiệm có giá trị trong dự đoán suy tim ở bệnh nhân suy thận mạn LMCK

Từ khóa: NT- pro BNP, suy thận mạn, thận nhân tạo, suy tim

SUMMARY

STUDYING NT-PROBNP LEVES IN CHRONIC KIDNEY DISEASE HEMODIALYSIS PATIENTS WITH HEART FAILURE IN THANH NHAN HOSPITAL

NT-pro BNP levels are related to the severity of symptoms and left ventricular dysfunction. NT-proBNP increased in patients with reduced renal function, eGFR <60ml /min. Due to chronic volume overload which is a consequence of chronic kidney disease CKD with or without heart failure, increase left ventricular hypertrophy and vascular wall stress that stimulates an increase in NT-proBNP secretion, therefore, diagnosis of heart failure (HF) in CKD patients are requires the cut-off NT-proBNP that is higher.

Objectives: Determination of NT-proBNP values in heart failure with in Hemodialysis patients. **Subjects:** 51 patients were diagnosed CKD who treatment Hemodialysis at Thanh Nhan Hospital from january to october 2018. **Selection criteria:** patients over 18 years of age agree to participate in the study. **Exclusion criteria:** Patients with chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, cancer, entity heart valve disease, pulmonary embolism, cardiovascular intervention patients. Patients with severe malnutrition, suffering from infections. **Methods:** Implementation technique: Measurement of NT-pro BNP according to

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hiền

Email: hienshbvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2019

Ngày duyệt bài: 15/01/2020

electrocheminescence immunoassay method (ECLIA). Data processing using SPSS16.0 software. **Results:** Results of the ROC analysis indicated that NT-proBNP had a reasonable accuracy for predicting HF. The area under the ROC curve was 0.83 (95% CI 0,71-0,95, $p < 0.01$). The cut-off NT-proBNP level for HF with dialysis patients was 971,2 pmol/l.

Key word: NT- proBNP, chronic kidney disease (CKD), Hemodialysis, heart failure (HF)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay bệnh thận mạn là một vấn đề sức khỏe căng thẳng trên toàn thế giới, với tỉ lệ mắc ngày càng gia tăng, tiên lượng xấu và chi phí điều trị cao. Năm 1998, Tổ chức y tế quốc gia về thận học của Hoa Kỳ (National Kidney Foundation – NKF) đã nhấn mạnh nguy cơ cao của bệnh tim mạch ở bệnh nhân suy thận mạn và tỉ lệ tử vong do bệnh tim mạch cao hơn 10 – 30 lần ở bệnh nhân lọc thận so với dân số chung. NKF cũng khuyến cáo rằng những bệnh nhân suy thận mạn nên được xem là nhóm nguy cơ cao nhất cho những biến cố tim mạch và những can thiệp có hiệu quả trong dân số chung nên được ứng dụng cho bệnh nhân bị suy thận mạn[1]. Trong đó suy tim rất thường gặp và nặng nề ở những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ. Các bệnh nhân này thường có các yếu tố đưa đến suy tim như tăng huyết áp, thiếu máu, rối loạn điện giải, ...tăng huyết áp là yếu tố rất quan trọng gần như thường xuyên gắn liền với suy thận mạn. Hậu quả của tăng huyết áp sẽ đưa đến phì đại thất trái và dẫn đến suy tim về sau. Ngoài việc làm tăng tỷ lệ tử vong, thì suy tim

còn làm giảm chất lượng sống ở nhóm bệnh nhân này và làm giảm hiệu quả điều trị. N-Terminal Pro-B type Natriuretic Peptide (NT-ProBNP) là đang được dùng nhiều nhất để dự báo nguy cơ suy tim cho bệnh nhân ở nhiều nhóm đối tượng bệnh lý khác nhau. BNP được tiết ra khi có tăng áp lực lên thành tim. Trong những bệnh nhân đang lọc máu chu kỳ thì việc quá tải thể tích cùng với kích hoạt hệ thống renin-angiotensin-aldosterone là những yếu tố quan trọng gây tăng tiết BNP này. Xác định giá trị của NT-ProBNP để phát hiện suy tim trên bệnh nhân suy thận lọc máu chu kỳ sẽ góp phần phát hiện suy tim sớm ở bệnh nhân suy thận. Đó là cơ sở để nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài với mục tiêu “Xác định giá trị NT- proBNP ở bệnh nhân suy tim trên bệnh nhân suy thận lọc máu chu kỳ”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

51 bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn, LMCK và điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhân.

Tiêu chuẩn lựa chọn

+ BN > 18 tuổi

+ Đang được LMCK tại bệnh viện Thanh nhân, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Đánh giá suy thận: Ngoài triệu chứng lâm sàng suy thận, đánh giá mức lọc cầu thận

Khi mức lọc cầu thận ước tính <60 ml/phút/1,73 m². Mức lọc cầu thận ước tính bằng công thức Cockcroft - Gault dựa vào creatinin máu, tuổi và cân nặng như sau :

$$\text{Mức lọc cầu thận} = \frac{(140 - \text{Tuổi}) \times \text{Cân nặng (kg)}}{72 \times \text{Creatinin (mg/dl)}}$$

. Nữ giới nhân với hệ số 0,85

. Creatinin (mg/dl) = 0,0113 x Creatinin (μmol/l)

Suy tim: Ngoài tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim theo hiệp hội

Phân suất tống máu (EF: Ejection fraction) được coi là chỉ số tâm thu tin cậy nhất, được ứng dụng rộng rãi nhất trong tim mạch, được tính dựa trên các chỉ số thể tích thất trái của siêu âm TM và/hoặc 2D (thường được sử dụng khi có rối loạn vận động vùng của thành tim như trong nhồi máu cơ tim - lúc đó các chỉ số TM không còn chính xác nữa).

$$EF = \frac{Vd - Vs}{Vd} \times 100$$

+ Trị số bình thường: $63,2 \pm 7,3\%$.

+ Rối loạn chức năng tâm thu thất trái theo ASE như sau:

EF $\geq 50\%$: Bình thường

30-50: RLCNTT vừa

< 30%: RLCNTT nặng.

Loại trừ: Bệnh nhân mắc kèm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tiểu đường, ung thư, bệnh van tim thực thể, thuyên tắc phổi đã được biết trước khi làm xét nghiệm NT-proBNP, bệnh nhân được can thiệp tim mạch. Bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng, mắc các bệnh nhiễm trùng

2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả

Thống kê số liệu dựa vào phần mềm SPSS 16.0

Các kỹ thuật định lượng áp dụng trong nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng sau khi đã nhịn ăn sáng, tại khoa Hóa sinh bệnh viện Thanh Nhân. Định lượng NT-proBNP bằng phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang trên hệ thống Cobas 6000. Kháng thể gắn trực tiếp vào vị trí acid amin 1-21 và 39-50 của phân tử NT-proBNP. Phương pháp định lượng nồng độ NT-proBNP huyết tương của hãng Roche bằng cách dùng 2 kháng thể đa dòng để kết hợp kháng nguyên tại vị trí đã bộc lộ là 1-21 và 39-50. Một vị trí được đánh dấu với Biotin và vị trí khác được đánh dấu bằng phức hợp Ruthenium, để gắn với NT-proBNP hình thành phức bộ “kẹp”. Sự phát hiện được hỗ trợ bởi chất đánh dấu vi mảnh Streptavidin. Phức hợp này sau đó được gắn kết thông qua phản ứng Biotin-Streptavidin.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhóm NC

Bảng 1: Đặc điểm nhóm NC

	Giai đoạn IV	Giai đoạn V	n	%
Nam	10	19	29	56,9
Nữ	6	16	22	43,1
Tổng	16 (31,4%)	35 (68,6%)	51	100

Nhận xét: Trong số 51 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu có 31,4% suy thận giai đoạn IV, 68,6% suy thận giai đoạn 5. Tỷ lệ bệnh nhân nam (56,9%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (43,1%).

2. Giá trị NT-ProBNP trong đánh giá suy tim

Bảng 2: So sánh nồng độ NT-ProBNP ở 2 nhóm suy thận

Các chỉ số	Giai đoạn IV	Giai đoạn V
n	16	35
Mean $\pm$ SD (pmol/L).	2054,7 $\pm$ 1938,3	3329,7 $\pm$ 1891,1
p	0.12	

Nhận xét: sự khác biệt về nồng độ NT-proBNP huyết tương giữa hai nhóm bệnh nhân suy thận IV và V không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Nồng độ NT-proBNP huyết tương theo giới và tình trạng suy tim

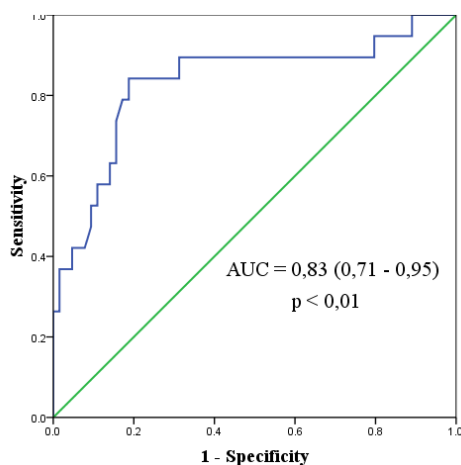
	Nam	Nữ	Không suy tim	Có suy tim
n	29	22	15	36
NT-proBNP (pmol/L)	2198,9 ± 1862,1	3187,5 ± 1556,3	381,4 ± 268,8	3594,9 ± 1045,1
p	0,059		< 0,001	

Nhận xét: Nồng độ NT-proBNP ở nam là 2198,9 ± 1862,1 pmol/L thấp hơn so với nữ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nồng độ NT-proBNP ở nhóm có suy tim là 3594,9 ± 1045,1 pmol/L cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không suy tim là 381,4 ± 268,8 pmol/L, với $p < 0,001$.

Bảng 4: Nồng độ NT-proBNP huyết tương theo EF

EF (%)	Số bệnh nhân (n)	Nồng độ NT-proBNP (pmol/L)	p
>50	40	577,1 ± 782,9	< 0,001
35 – 50	6	2092,1 ± 1469,8	
< 35	5	3202 ± 1171,3	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ NT-proBNP theo phân suất tống máu EF với $p < 0,05$.



Hình 1: Đường cong ROC trong dự báo suy tim

Diện tích dưới đường cong ROC của NT-proBNP để dự báo suy tim trái dựa theo lâm sàng và EF là 0,83 với khoảng tin cậy 95% (0,71 - 0,95) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Điểm cắt cho phát hiện là 971,2 pmol/L, độ nhạy là 97 % và độ đặc hiệu là 95%.

IV. BÀN LUẬN

NT - proBNP là dấu ấn sinh học rất có giá trị trong dự báo, chẩn đoán sớm và tiên lượng rối loạn hình thái và chức năng tim [2]. Nhiều công trình nghiên cứu đã chứng

minh BNP và NT pro BNP là chỉ số tiên lượng mạnh cho người bệnh suy tim ngay từ giai đoạn sớm không có triệu chứng và ở tất cả các giai đoạn của suy tim [3]. Cùng với siêu âm tim, NT - proBNP đánh giá chính

xác tình trạng chức năng tim, cải thiện độ chính xác của chẩn đoán suy tim; cung cấp phân tầng nguy cơ mạnh hơn trong tất cả các giai đoạn của suy tim và hướng dẫn đưa ra các quyết định can thiệp phù hợp, kịp thời. Bệnh nhân suy thận mạn chạy thận chu kỳ có thể sống, sinh hoạt bình thường sau mỗi lần chạy thận. Việc chạy thận nhân tạo chu kỳ dẫn đến tăng gánh cho tim do ồng thông động – tĩnh mạch, từ đó dẫn đến tăng nguy cơ suy tim trên nhóm đối tượng bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ. Do đó việc kiểm soát tốt tình trạng suy tim trên bệnh nhân suy thận lọc máu chu kỳ là một việc làm cần thiết. Kết quả ở bảng 1 cho thấy ở cả hai giai đoạn suy thận IV và V thì số bệnh nhân nam đều nhiều hơn số bệnh nhân nữ (56,9% nam và 43,1% nữ). Kết quả này của chúng tôi cũng giống như một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Hoàng Bùi Bảo tỉ lệ nam/nữ suy thận mạn tính tại bệnh viện Trung ương Huế (60.36% nam và 39.64%)[4]. Dựa vào kết quả bảng 2 cho thấy nồng độ NT- proBNP ở bệnh nhân suy thận độ 3 và độ 4 khác biệt không có ý nghĩa thống kê, điều này chứng tỏ mặc dù NT-proBNP bị ảnh hưởng bởi mức lọc cầu thận nhưng ở những bệnh nhân suy thận giai đoạn muộn 3 và 4 thì sự đào thải đã không còn nhiều khác biệt nữa. Nồng độ NT- proBNP không có sự khác biệt giữa nam và nữ khi lọc máu chu kỳ. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác[5]. Chúng tôi nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ NT-proBNP huyết tương giữa hai nhóm suy tim và không suy tim (bảng 3) . Rất nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng ANP, BNP là những chất nội tiết peptid được bài tiết ra

khi có sự kích thích do căng/ giãn của tâm thất và tâm nhĩ dưới gánh nặng của thể tích và áp lực máu. ANP và BNP là những chất có tác dụng gây giãn mạch và tăng bài tiết Natri, một cơ chế điều hòa có lợi trong suy tim. Tuy nhiên cơ chế điều hòa này yếu và ít có tác dụng khi suy tim xảy ra, ANP tăng khi nhĩ trái tăng gánh, BNP và proBNP tăng khi suy chức năng tâm thu thất trái và/hoặc chức năng tâm trương thất trái phối hợp với tăng sức căng thành thất hay cơ tim phì đại hoặc cả hai. Các nghiên cứu đều cho thấy định lượng BNP và/ hoặc proBNP là một phương pháp hữu ích, phù hợp với thực tiễn lâm sàng để chẩn đoán đánh giá mức độ suy tim. So sánh nồng độ NT-proBNP huyết tương theo mức độ phân số tổng máu EF trên siêu âm tim, chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (bảng 4).

Về giá trị của NT- proBNP trong tiên lượng suy tim trái, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy diện tích dưới đường cong là 0,83 với khoảng tin cậy 95% (0,71 - 0,95) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ (hình 1). Điểm cắt tối ưu của nồng độ NT- proBNP huyết tương dự báo suy tim là 971,2 pmol/L, độ nhạy 97 % và độ đặc hiệu là 95%. Kết quả này cho thấy ra vai trò của NT-proBNP trong việc dự đoán nguy cơ tim mạch và nguy cơ tử vong do bệnh lý tim mạch ở nhóm dân số nói chung và nhóm bệnh nhân suy thận mạn nói riêng. Theo Taylor CJ và cộng sự: nguy cơ suy tim tăng gần 18 lần khi NT-proBNP là 150 pg/ml hoặc cao hơn [6]. Theo Svensson M và cộng sự: mức độ NT-proBNP được đo lúc bắt đầu tham gia nghiên cứu, và được theo dõi trong 2 năm hoặc cho đến khi họ đạt đến điểm cuối được xác định

trước tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân. Kết quả theo dõi cho thấy tỉ lệ tử vong là 44% (90/206)[7].

V. KẾT LUẬN

Khảo sát nồng độ NT-proBNP máu trên 2 nhóm bệnh nhân LMCK có suy tim và không có suy tim cho thấy:

+ Nồng độ NT-proBNP ở bệnh nhân trong nhóm suy tim cao hơn nhóm không suy tim

+ Giá trị tiên lượng dự báo suy tim tại Cut-off 971,2 pmol/L của xét nghiệm có độ nhạy 97% và độ đặc hiệu 95%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Foundation, N.K., K/DOQI** clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney*, 2002. **39**(1-266).
2. **McMurray, J.J., et al.**, ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail*, 2012. **14**(8): p. 803-69.
3. **Stenvinkel, P., et al.**, Emerging biomarkers for evaluating cardiovascular risk in the chronic kidney disease patient: how do new pieces fit into the uremic puzzle? *Clin J Am Soc Nephrol*, 2008. **3**(2): p. 505-21.
4. **Hoàng Bùi Bảo, H.V.M.**, Nghiên cứu tình trạng suy tim và nồng độ NT-proBNP huyết tương ở bệnh nhân đang lọc máu chu kì. *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2010. **14**: p. 597 - 602.
5. **McMillan, R., et al.**, Biomarkers of Endothelial, Renal, and Platelet Dysfunction in Stage 5 Chronic Kidney Disease Hemodialysis Patients With Heart Failure. *Clin Appl Thromb Hemost*, 2018. **24**(2): p. 235-240.
6. **Taylor CJ, R.A., Iles R, Hobbs FD**, The potential role of NT- proBNP in screening for and predicting prognosis in heart failure: a survival analysis. *BMJ Open*, 2014. **19**: p. 4.
7. **Svensson M, G.-R.A., Schmidt EB, Jorgensen KA, Christensen and JH**, NT-pro-BNP is an independent predictor of mortality in patients with end-stage renal disease. *ClinNephrol*, 2009. **71**: p. 380-386.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TÚI MẬT XÂM LẤN GÂY TẮC MẬT TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN, NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Đào Quang Minh*, Vũ Thành Chung*, Nguyễn Văn Trường*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: ung thư túi mật thuộc nhóm ung thư đường mật ngoài gan biến chứng gây tắc mật sau gan, phẫu thuật là phương pháp điều trị chính.

Đối tượng và phương pháp: báo cáo ca lâm sàng.

Kết quả: Nữ 46 tuổi, vào viện do vàng da, đau hạ sườn phải. bilirubin TP 57.3 μ mol/l, CA199 96.1U/ml, AFB 6.05ng/ml, MSCT và MRI hình ảnh u túi mật xâm lấn hạ phân thùy 5, giãn OMC do chèn ép phần thấp. Đã phẫu thuật cắt túi mật, cắt gan hạ phân thùy 5, vét hạch. Sau mổ bệnh nhân nội trú 12 ngày, ổn định ra viện.

Kết luận: ung thư túi mật xâm lấn gan được điều trị bằng phẫu thuật cắt túi mật và hạ phân thùy 5 thành công.

Từ khóa: ung thư túi mật, tắc mật, cắt gan

SUMMARY

GALLBLADDER CANCER METASTASIS COMMON BILE DUCT IS TREATED BY OPERATION AT THANH NHAN HOSPITAL, A CASE REPORT

Background: Gallbladder cancer belongs to the group of extra-hepatic biliary tract complications that cause biliary obstruction, surgery is the main treatment.

Subjects and methods: clinical case report.

Results: Female 46 years old, hospitalized for jaundice, abdominal pain. Total bilirubin 57.3 μ mol / l, CA199 96.1U / ml, AFB 6.05ng / ml, MSCT and MRI images of invasive lower lobe invasive gallbladder 5, Common bile ductstone dilatation due to low compression. Perform to cholecystomy, segment 5 liver resection. After 12 days inpatient surgery, discharged.

Conclusion: gallbladder cancer has been successfully treated with cholecystectomy and lobectomy 5.

Key words: gallbladder cancer, biliary obstruction, liver resection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư túi mật thuộc nhóm ung thư đường mật ngoài gan, theo globalcan tỷ lệ ung thư túi mật khoảng 5- 10/10,000. Ung thư túi mật là một bệnh không phổ biến liên quan đến sỏi mật và viêm túi mật mạn tính. có xu hướng xâm lấn vào giường túi mật và cuống gan, đặc điểm ung thư đường mật là hạch vùng rốn gan chèn ép các thành phần cuống gan. Do đó bệnh nhân thường đến khám vì vàng da và đau hạ sườn phải, nhưng khi có triệu chứng lâm sàng thường ở giai đoạn u xâm lấn rộng, việc điều trị có nhiều khó khăn [1].

Điều trị ung thư túi mật phụ thuộc vào mức độ xâm lấn vào gan và đường mật ngoài gan, phẫu thuật là phương pháp điều trị chính. Trong đó có điều trị triệt căn và điều trị giảm nhẹ. Với các trường hợp điều trị giảm nhẹ thời gian sống thêm không nhiều và chất lượng cuộc sống của người bệnh

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 24/12/2019

Ngày duyệt bài: 28/01/2020

không cao. Tiên lượng tốt hơn với các trường hợp phẫu thuật triệt căn. Chúng tôi giới thiệu trường hợp ung thư túi mật được phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện Thanh Nhân – Hà Nội.

II. CA LÂM SÀNG

Trường hợp nữ 46 tuổi, vào viện do vàng da, đau bụng hạ sườn phải

+ Tiền sử HBV (+)

+ Lâm sàng hội chứng vàng da (+), gan không to,

+ Bilirubin TP 57.3 $\mu\text{mol/l}$, CA199 96.1U/ml, AFB 6.05ng/ml

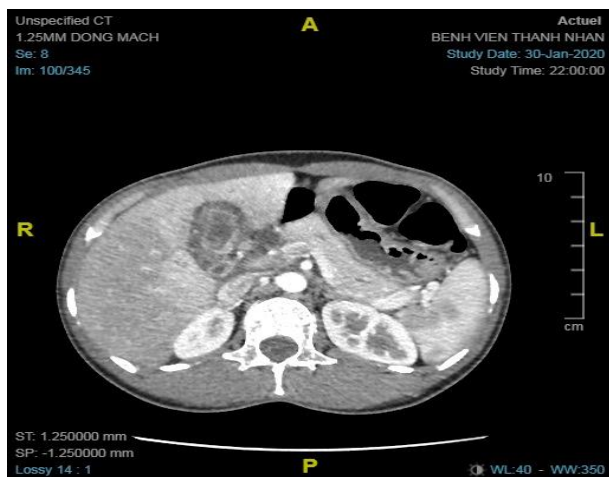
+ MSCT và MRI hình ảnh u túi mật xâm lấn hạ phân thùy 5, giãn OMC theo dõi xâm lấn ống mật chủ.

+ Chẩn đoán: u túi mật xâm lấn.

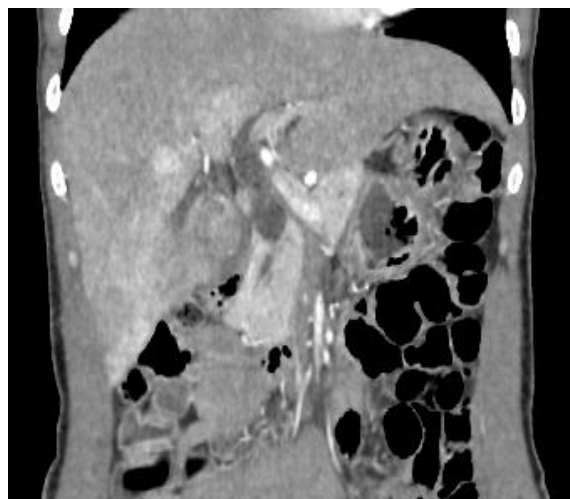
+ BN đã được phẫu thuật cắt túi mật, cắt gan hạ phân thùy 5, vét hạch vùng rốn gan mở ống mật chủ kiểm tra thấy lưu thông tá tràng tốt, giải phẫu bệnh tức thì hạch và cổ túi mật không có tế bào ung thư, quyết định đặt kerh.

+ BN nội trú 12 ngày ôn định ra viện. Kết quả giải phẫu bệnh lý ung thư biểu mô túi mật

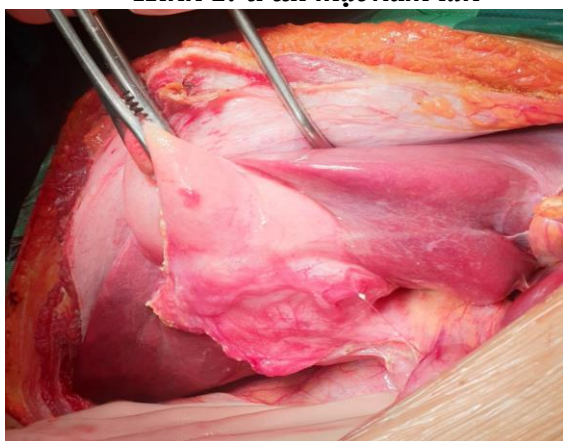
T3N0



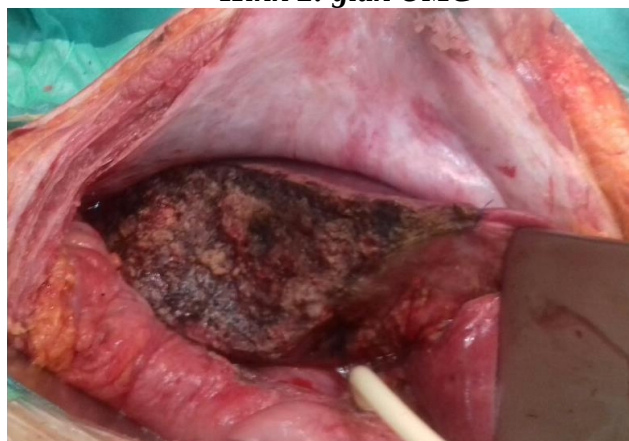
Hình 1: u túi mật xâm lấn



Hình 2: giãn OMC



Hình 3: tổn thương u xâm lấn



Hình 4: sau cắt gan

III. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô túi mật có tính xâm lấn mạnh. Cắt bỏ hoàn toàn phẫu thuật là điều trị hiệu quả duy nhất. Bởi vì các triệu chứng ban đầu là mơ hồ và về mặt giải phẫu, túi mật thiếu một huyết thanh để hạn chế sự lây lan của ung thư, chẩn đoán ung thư túi mật thường xảy ra ở giai đoạn tiến triển, điển hình là tiên lượng xấu. Tỷ lệ sống 5 năm là dưới 5% cho các giai đoạn muộn. Ung thư túi mật lan rộng cục bộ đến gan và các cơ quan lân cận, và nó lây lan qua bạch huyết, máu (thậm chí trực tiếp qua tĩnh mạch túi mật đến gan) và phúc mạc. Ở những bệnh nhân bị ung thư túi mật sớm, cắt túi mật cung cấp một phương pháp chữa trị có thể khi ung thư bị giới hạn ở niêm mạc (giai đoạn I hoặc T1/T2). Hơn 80% trường hợp ung thư túi mật là ung thư biểu mô tuyến và bắt nguồn từ đáy (60%), thân hoặc cổ (30%).[2]

Lâm sàng: ung thư túi mật thường xâm lấn chèn ép gây tắc mật sau gan do đó bệnh nhân đi khám thường vì vàng da. Một số đau hạ sườn phải hoặc rối loạn tiêu hóa, đau bụng thường không đặc hiệu. Có khi là phát hiện tình cờ khi siêu âm.[3]

Cận lâm sàng

+ Về xét nghiệm: bilirubin toàn phần và trực tiếp tăng cao, khi có tắc mật xét nghiệm CA199 thường tăng cao nhưng trong trường hợp này giá trị của xét nghiệm độ đặc hiệu không cao.

+ Về siêu âm: hình ảnh dày thành túi mật, ống mật chủ giãn, xâm lấn gan. Siêu âm là phương pháp thường quy để tầm soát phát hiện sớm các bất thường của hệ thống gan mật. Với ưu điểm không xâm lấn và thực hiện nhiều lần.

+ MSCT: hình ảnh u túi mật xâm lấn, vị trí của u túi mật, hạch vùng rốn gan trong thì động mạch. Hệ thống chụp cắt lớp đa dãy dựng hình ảnh sagital, coronal xác định xâm lấn các thành phần cuống gan ống mật chủ và tĩnh mạch cửa và động mạch gan. Đặc biệt cần xác định huyết khối tĩnh mạch cửa, vị trí nhánh và thân chung TMC.

+ MRI: hình ảnh đường mật bị chèn ép, đánh giá mức độ xâm lấn trên ADC. MRI có ưu thế trong đánh giá đường mật mức độ xâm lấn và hạch rốn gan.

+ PET-CT: chỉ định u túi mật xâm lấn rộng nghi di căn xa

Phân loại

Ung thư túi mật xâm lấn theo các hướng như: xâm lấn trực tiếp, xâm lấn theo đường mạch máu, xâm lấn theo đường bạch huyết, xâm lấn theo đường mật. Tác giả Nerven phân loại ung thư túi mật thành 5 giai đoạn theo T

- + Giai đoạn 1: chỉ ở lớp niêm mạc
- + Giai đoạn 2: lớp cơ
- + Giai đoạn 3: toàn bộ thành túi mật
- + Giai đoạn 4: hạch cổ túi mật
- + Giai đoạn 5: vào gan và cơ quan xung quanh

Theo Miyazaki ung thư túi mật giai đoạn muộn được chia thành 4 typ [1]

+ Typ 1: typ gan, Ia gan bị xâm nhập, Ib gan và đường tiêu hóa bị xâm nhập.

+ Typ 2: typ mật, IIa đường mật bị xâm nhập, IIb xâm nhập đường mật và tiêu hóa

+ Typ 3 typ gan – mật, IIIa gan và đường mật bị xâm nhập, IIIb gan đường mật và tiêu hóa bị

xâm nhập.

+ Typ 4: chỉ có đường tiêu hóa bị xâm nhập.

Điều trị

Nguyên tắc: có 2 phương thức là điều trị giảm nhẹ và điều trị triệt căn [4]

+ Điều trị giảm nhẹ: khi u túi mật xâm lấn rộng, đặc biệt xâm lấn cuống gan thành khối không thể cắt được. Có thể dẫn lưu đường mật ra da hoặc thực hiện thay huyết tương giảm nhẹ triệu chứng. Phẫu thuật nối mật ruột được đặt ra như phẫu thuật Longmire nối đường mật gan trái hoặc phải với hồng tràng trên quai Y. Phương pháp này chỉ giúp một phần mật lưu thông xuống ruột, lâm sàng còn vàng da, đau...[5]

+ Điều trị triệt căn: chỉ định

+ U còn khu trú ở túi mật, giai đoạn T1,2: chỉ cần cắt túi mật và vét hạch có hoặc không kèm theo cắt gan vị trí giường túi mật.

+ U xâm lấn vào gan, chưa xâm lấn đường mật: thực hiện cắt túi mật kèm hạ phân thùy xâm lấn.

+ U xâm lấn gan và đường mật, giai đoạn T3,4: thực hiện cắt túi mật, phân thùy gan, cắt đường mật ngoài gan và nối mật ruột.

+ U xâm lấn gan, ống mật chủ và tá tràng: phẫu thuật Whipple được đặt ra kèm theo vét hạch và cắt thùy gan bị xâm lấn. Thậm chí có thể thực hiện cắt gan phải kết hợp cắt khối tá tụy.

Trong trường hợp của chúng tôi u xâm lấn gan hạ phân thùy 5, khó xác định xâm lấn đường mật. Do đó trước phẫu thuật chúng tôi dự kiến cắt túi mật, cắt hạ phân thùy 5 và lấy bỏ đường mật ngoài gan, nối đường mật – hồng tràng trên quai Y. Phẫu thuật được thực hiện theo các bước.

Bước 1: mở bụng và đánh giá

+ Đường mở bụng có thể chọn đường Mercedes hoặc đường “J” để bộc lộ toàn bộ

+ Đánh giá: u túi mật xuất phát từ thân túi mật, xâm lấn vào giường túi mật và phát triển về phía cổ túi mật, ống mật chủ giãn, có nhiều hạch vùng cuống gan, tá tràng có phản ứng viêm nề dính chưa bị xâm lấn.

Bước 2: sinh thiết và xử trí

+ Thực hiện giải phóng cổ túi mật, sinh thiết tức thì u túi mật, ống cổ và hạch

+ Kết quả sinh thiết tức thì: ung thư biểu mô túi mật, diện cắt cổ không còn tế bào ung thư, hạch viêm không có di căn. Sinh thiết tức thì có vai trò quan trọng khi tổn thương đại thể không thể xác định có di căn ung thư hay không và hướng xử trí khác biệt hoàn toàn khi chưa xâm lấn. Do đó phẫu thuật u túi mật cần thực hiện tại các bệnh viện có chuyên khoa phẫu thuật gan mật và có giải phẫu bệnh tức thì.

Bước 3: chẩn đoán trong mổ

+ Ung thư túi mật xâm lấn gan hạ phân thùy 5, chưa di căn hạch. Typ Ia

Bước 4: Xử trí thương tổn

+ Thực hiện phẫu tích toàn bộ rốn gan kiểm soát cuống gan trong bao Glisson: thực hiện kiểm soát cuống gan và đặt laccio vào cuống gan phải, trái. Tiếp tục bóc lộ cuống gan phân thùy trước và phân thùy sau. Tiếp đó thắt toàn bộ cuống mạch phân thùy trước xác định vùng tưới máu gan theo mạch gan và đánh dấu trên bề mặt gan. Khó khăn trong bước này là tránh làm tổn thương đường mật và mạch rốn gan khi kiểm soát, theo nghiên cứu của tác giả Trần Công Duy Long tỷ lệ tổn thương đường mật khi kiểm soát cuống gan theo phương pháp Takasaki dao động từ 4-7%, tổn thương đường mật cần được phát hiện và xử trí ngay tránh rò mật sau mổ. Thời gian kiểm soát cuống gan từ 10-15 phút

tùy theo tác giả, trung bình khoảng 13 phút. Chúng tôi thực hiện vét hạch và kiểm soát cuống gan trong bao glisson mất 36 phút.[2]

+ Kẹp cuống hạ phân thùy trước được nhả và sử dụng dao CUSA phẫu tích vào cuống phân thùy trước 3-5cm để bộc lộ cuống hạ phân thùy 5 và phân thùy 8. Xác định vùng tưới máu hạ phân thùy 5, đánh dấu toàn bộ.

+ Tiến hành cắt hạ phân thùy 5 theo Takasaki bằng dao siêu âm và dao CUSA. Trong thì này dao siêu âm sẽ cắt gan dọc theo bề mặt được đánh dấu vào sâu 2-3cm trong nhu mô gan, sau đó sử dụng dao cu xa và Bipolar cầm máu bề mặt. Khó khăn khi cắt hạ phân thùy 5 là phải thực hiện 3 diện cắt với hạ phân thùy 4,6,8 cần đảm bảo đi đúng vùng vô mạch và không làm tổn thương nhánh tĩnh mạch cửa. Với các trường hợp u xâm lấn rộng cần đảm bảo diện cắt gan 2cm không còn tế bào ung thư. Theo tác giả Trần Công Duy Long phẫu thuật cắt hạ phân thùy có nguy cơ chảy máu cao trung bình mất 100-150ml so với 50-100ml khi cắt phân thùy gan, tỷ lệ tái phát sau mổ có liên quan tới lượng máu truyền sau mổ. Do đó nhiều tác giả khuyến cáo lên cắt phân thùy gan. Trường hợp của chúng tôi mất khoảng 250ml máu, nhưng chưa phải truyền máu. [2]

+ Thực hiện thủ thuật kocher vét hạch nhóm 15,16, mở ống mật chủ, kiểm tra đường mật và đặt kehr

Bước 3: dẫn lưu và đóng bụng

Sau mổ bệnh nhân nằm phòng cấp cứu tại khoa Ngoại Tổng hợp 2, tiến triển sau mổ tốt. Xét nghiệm bilirubin giảm dần, ngày thứ 7 chụp kết quả lưu thông OMC tá tràng tốt,

tiến hành kẹp kehr và được xuất viện ngày thứ 12. Hẹn tái khám điều trị bổ trợ sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trường hợp ung thư túi mật xâm lấn gan được thực hiện phẫu thuật tại BV Thanh Nhân cho thấy.

- + BN bị vàng da, đau hạ sườn phải
- + Xét nghiệm sắc tố mật tăng, chất chỉ điểm ung thư CA199 bình thường
- + MSCT kết hợp với MRI xác định tổn thương u xâm lấn gan
- + Sinh thiết tức thì cho kết quả ung thư túi mật
- + BN đã được phẫu thuật triệt căn.
- + Hậu phẫu tiến triển tốt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Hồng Sơn và cs (2017).** “Vàng da tắc mật trong ung thư túi mật: nhìn lại cơ chế bệnh sinh và thái độ xử trí”. Tuyển tập bài viết ca lâm sàng, NXB giáo dục Việt Nam, tr 85-91.
2. **Trần Công Duy Long, Nguyễn Đức Thuận, Nguyễn Hoàng Bắc và cs (2016)** “Phẫu thuật nội soi cắt gan tại bệnh viện Đại học Y Dược Hồ Chí Minh” Tạp chí Y học thực hành Hồ Chí Minh, (3), 9. Tr 25-29
3. **Yan Y¹, Cai X¹, Geller DA². (2017)** “Laparoscopic Liver Resection: A Review of Current Status.” J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2017 May;27(5):481-486.
4. **Gallbladder. In: Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer, 2017, pp 303–9.**
5. **Wernberg JA¹, Lucarelli DD² (2014)** “Gallbladder cancer” Surg Clin North Am.;94(2):343-60.

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT PHẪU THUẬT GIẢI ÉP HAI BÊN VỚI ĐƯỜNG MỎ VI PHẪU ÍT XÂM LẤN MỘT BÊN TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ HẸP ỚNG SỐNG TẠI BV THANH NHÀN MỘT SỐ CA LÂM SÀNG

Phan Minh Trung*, Đào Quang Minh*,
Nghiêm Việt Dũng*, Hà Văn Linh*

TÓM TẮT

Tỷ lệ mắc bệnh lý hẹp ống sống vùng thắt lưng do thoái hoá tăng lên theo lứa tuổi và nó có thể gây ra những thiếu hụt chức năng nghiêm trọng và ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Bệnh lý này thường gặp ở lứa tuổi > 65 và rất nhiều nghiên cứu đã chứng minh kết quả điều trị phẫu thuật tốt hơn so với các liệu pháp điều trị bảo tồn. Tuy nhiên, phẫu thuật mổ mở cắt bỏ sụn toàn bộ kinh điển có những hạn chế và hậu quả không mong muốn như làm tăng nguy cơ mất vững cột sống sau mổ nên có thể phải thực hiện cố định cột sống và hàn xương kèm theo, điều này làm gia tăng giá thành điều trị, thời gian nằm viện và các nguy cơ khác kèm theo cũng như gây đau kéo dài sau mổ do phải bóc tách gây tổn thương cơ và dây chằng nhiều. Chính vì thế, các kỹ thuật mổ ít xâm lấn, ít gây tổn hại hơn được nghiên cứu và ứng dụng.

Chúng tôi đã ứng dụng kỹ thuật mổ ít xâm lấn với đường vào 1 bên để giải ép hai bên cho bệnh lý hẹp ống sống tại bệnh viện Thanh Nhàn từ đầu năm 2019 với những kết quả ban đầu khả quan.

**Bệnh viện Thanh Nhàn*

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Trung

Email: drphanspine72@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 24/12/2019

Ngày duyệt bài: 28/01/2020

SUMMARY

BILATERAL DECOMPRESSION VIA UNILATERAL APPROACH WITH MICROSCOPIC TECHNIQUE FOR LUMBAR SPINAL STENOSIS IN THANH NHAN HOSPITAL-CASES STUDY

The prevalence of degenerative lumbar spinal stenosis (DLSS) is rising because of aging populations, and the condition can lead to serious functional disability and a decrease in quality of life among these patients. DLSS is currently the most common indication for spinal surgery in patients older than 65 years and several studies have shown better surgical results over more conservative therapies. However, open conventional laminectomy has been criticized because of its limited success rate and potential for negative side effects, such as the increased risk of post-operative instability and the subsequent need for secondary fusion surgery, this is again associated with additional risks and costs and also persistent postoperative back pain due to prolonged muscle retraction. As a result of these potential side effects, the development of less invasive techniques was initiated.

We started using the technique minimally invasive unilateral laminectomy for bilateral decompression (ULBD) from the beginning of 2019 for DLSS patients with positive initial results.

I. TỔNG QUAN

- Phẫu thuật cắt bỏ sụn giải ép để điều trị bệnh lý hẹp ống sống là phẫu thuật kinh điển đã được thực hiện phổ biến trên thế giới

và tại Việt Nam. Việc phá huỷ các cấu trúc xương và dây chằng như gai sau, dây chằng liên gai, bảng sống, máu khớp cũng như các điểm bám của gân cơ dựng gai gây nên tình trạng mất vững và đau kéo dài sau mổ, thêm nữa tình trạng tạo “sẹo màng cứng” gây đau và hẹp tái phát sau mổ cũng là hạn chế của phương pháp cắt bảng sống toàn bộ giải ép.

- Có nhiều phương pháp giải ép lõi sau được đưa ra để khắc phục phần nào hạn chế của phẫu thuật. Tùy theo loại, kiểu hẹp có thể thực hiện kỹ thuật cắt bảng sống 1 bên hoặc 2 bên bảo tồn gai sau, dây chằng liên gai và máu khớp. Một thập kỷ gần đây với sự phát triển của công nghệ hỗ trợ như kính vi phẫu, khoan mài siêu tốc, màn tăng sáng trong mổ, các kỹ thuật mổ ít xâm lấn trong phẫu thuật cột sống đã phát triển vượt bậc và chứng minh ưu thế của nó so với mổ mở kinh điển.

Trên thế giới: Năm 1998, Young và cộng sự giới thiệu phương pháp cắt bảng sống 2 bên bảo tồn gai sau với kính vi phẫu. Năm 1999, phương pháp mổ vi phẫu ít xâm lấn với đường vào 1 bên để giải ép hẹp ống sống 2 bên ra đời và được ứng dụng rộng rãi trên thế giới.

Trong nước: kỹ thuật này chưa được thực hiện rộng rãi, chỉ mới được thực hiện ở 1 số cơ sở chuyên khoa lớn và có 1 báo cáo của tác giả Phan Trọng Hậu bệnh viện 108 về kỹ thuật này ở hội nghị khoa học phẫu thuật cột sống quốc tế Việt Nam – Nhật Bản năm 2018.

II. KỸ THUẬT

Chỉ định

- Các bệnh nhân hẹp ống sống có triệu chứng lâm sàng phù hợp với chẩn đoán hình ảnh (Đau rễ hoặc hội chứng cách hồi thần kinh cả hai bên), hẹp cả hai bên hoặc trung tâm do phì đại dây chằng vàng, xương diện

khớp bên

(Có thể chỉ định giải ép đơn thuần hoặc kết hợp với các kỹ thuật khác như PLIF, MIS TILIF tùy theo thương tổn phối hợp cụ thể trên từng bệnh nhân như trượt đốt sống mất vững, thoát vị đĩa đệm... kèm theo)

Quy trình thực hiện

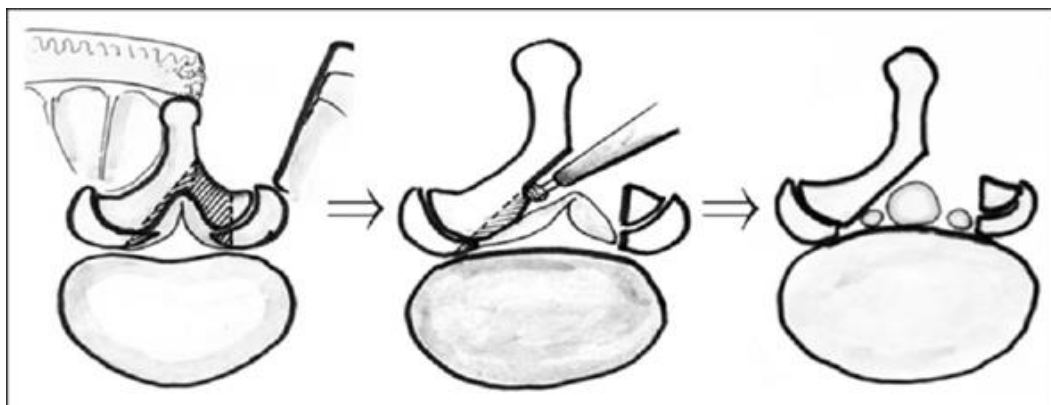
- Bệnh nhân gây mê NKQ, tư thế nằm sấp, kê lưng cong để làm mở rộng tối đa khe liên bảng sống.

- Có hai phương pháp tạo đường vào 1 bên: sử dụng đường vào rạch da đường giữa khoảng 3 cm sau đó vén tách cơ dựng gai 1 bên ra khỏi gai sống để tiếp cận bảng sống và diện khớp bên cùng tầng tổn thương hoặc sử dụng hệ thống ống nông (Metrix system) đi chéo qua khối cơ cạnh sống để tiếp cận tổn thương.

- Định vị đường rạch da đúng tầng hẹp dưới hướng dẫn C arm trong phòng mổ.

- Đường rạch da tại đường giữa, mở cân lưng phía bên bệnh nhân có triệu chứng đau nặng hơn. Dùng dụng cụ đẩy (Cobb) và dao điện vén và tách khối cơ dựng gai để bộc lộ bảng sống 1 bên cho tới bờ trong của diện khớp bên. Sử dụng banh vết mổ Taylor để bộc lộ phẫu trường và đưa kính vi phẫu vào bắt đầu thực hiện giải ép.

- Sử dụng Kerison 2 hoặc 3 mm hoặc dùng khoan mài siêu tốc để mài mở bảng sống một bên ở phần lam của thân đốt phía trên. Vùng mở xương kéo dài lên trên cho tới khi chạm tới dây chằng vàng. Tiến hành giải ép với kerison và khoan mài lấy đi các phần xương phì đại của diện khớp bên, dây chằng vàng, mở ngách bên giải ép hoặc tạo hình lỗ liên hợp (gắn mỏm khớp trên) nếu cần thiết. Sau khi kiểm tra tình trạng rễ đi qua trong ống sống và rễ đi ra lỗ tiếp hợp được giải phóng, bao rễ trong ống sống cùng bên không bị chèn ép. Bắt đầu giải ép bên đối diện.



Hình 1: *Lược đồ cắt ngang minh họa hành lang phẫu thuật của đường vào một bên.*

Quay góc kính vi phẫu hướng về lòng ống sống bên đối diện, Dùng kerison gặm bỏ phần nền của gai sau tương ứng, bảo tồn gai sau và dây chằng liên gai, tạo đường hầm để đưa dụng cụ sang lòng ống sống bên đối diện, lấy bỏ dây chằng vàng, mài mỏng lam sống bên đối diện để giải ép, đầu khoan mài có thể tới giới hạn diện khớp bên bên đối diện để mài mỏng khớp trên giải ép ngách bên và lỗ tiếp hợp bên đối diện (Hình 1)

III. CA LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1

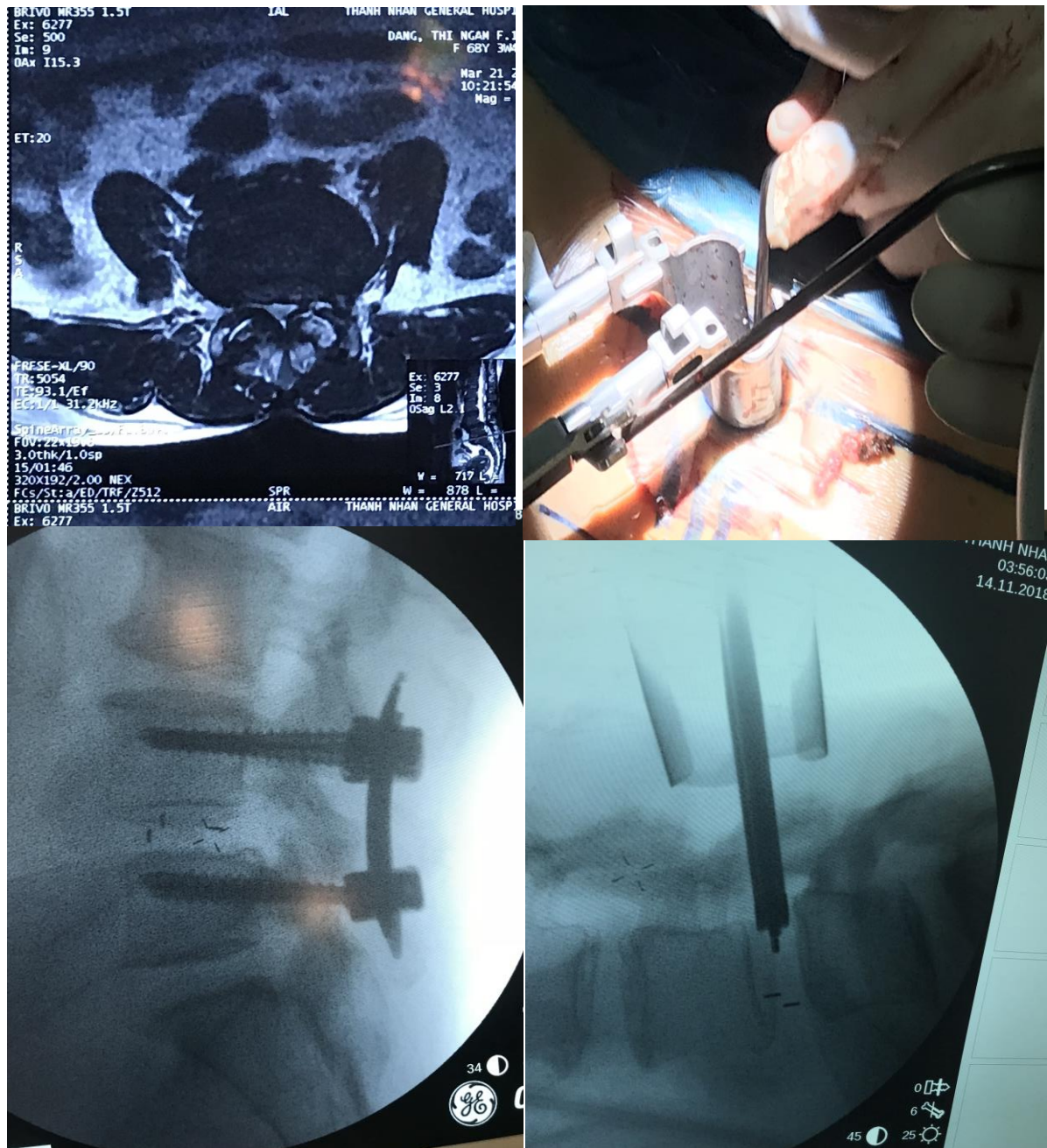
Bệnh nhân nữ, 62 tuổi. Tiền sử đau lưng mãn tính, vào viện với hội chứng đau cách hồi thần kinh hai chi dưới (khoảng cách đi bộ < 50 m). Đau kiểu rễ L5 phải, test SLR phải 30 độ. Điểm VAS 7, điểm Owenstry...Điều trị bảo tồn thất bại.

Hình ảnh MRI thấy trượt thoái hoá L 4-5 độ 1, hẹp ống sống trung tâm ngang mức

đường kính trước sau 5 mm do phì đại diện khớp 2 bên và dày dây chằng vàng.

Phẫu thuật MIS TLIF: Sử dụng hệ thống ống nong Metrix tiếp cận vào vùng diện khớp và bảng sống L4-5 bên phải, sử dụng kính vi phẫu, dùng khoan mài và kerisson mở bảng sống và mài mỏng khớp dưới giải ép lòng ống sống và ngách bên ống sống bên phải. sau đó mài mở rộng lên trên nền gai sau tạo đường hầm đưa dụng cụ sang ngách bên đối diện, dùng curette nào cắt dây chằng vàng và khoan mài làm mỏng bảng sống đối diện để giải ép lòng ống sống bên đối diện cho tới mỏng khớp dưới bên đối diện. Kiểm tra kết quả giải ép tốt. Đặt Cage hàn liên thân đốt qua lỗ tiếp hợp bên phải và cố định cột sống L 4-5 bằng phương pháp Vít cuống sống qua da (PPS). (Hình 2)

Bệnh nhân ngay ngày thứ 2 sau mổ đã ngồi dậy đi lại được, hết đau rễ, không còn cảm giác tê bó chặt 2 chân. Điểm VAS sau mổ 3. Ra viện sau mổ 5 ngày.

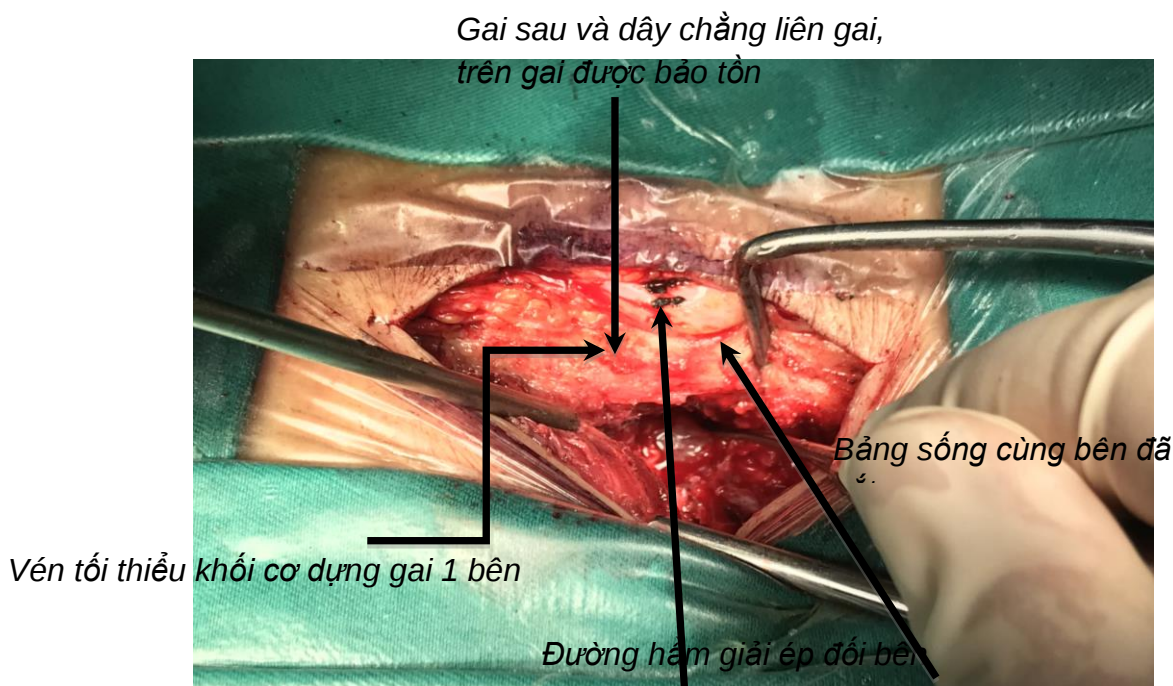


Hình 2: **A.** Hẹp ống sống trung tâm trên MRI Axial mức L4-5, **B.** Đường vào một bên qua hệ thống ống nong Metrix. **C.** Phẫu thuật MIS TLIF phối hợp với giải ép đối bên. **D.** Đặt cage hàn liên thân đốt qua ống nong với đường vào một bên

CA LÂM SÀNG 2

Bệnh nhân nữ, 65 tuổi. Vào viện vì đau kiểu rễ L5 phải, điều trị nội khoa bảo tồn 6 tháng không đỡ, gần đây đau tê sang chân trái, xuất hiện đau cách hồi thần kinh (khoảng cách đi bộ < 100 m). Điểm VAS trước mổ 7

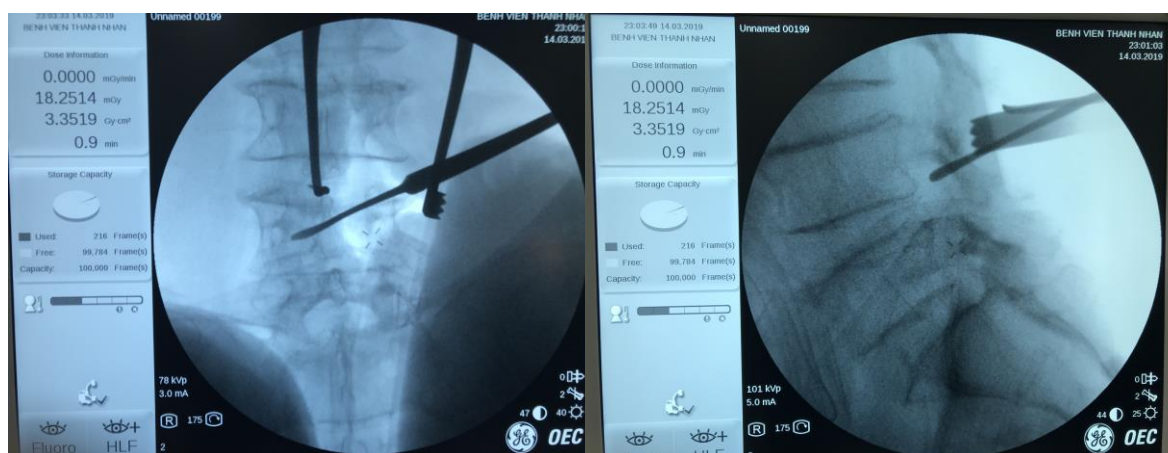
Hình ảnh MRI thấy không trượt, xẹp các thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm L4-5 lệch phải chèn ép rễ L5 kèm theo hẹp ngách bên phía đối diện do dày dây chằng vàng và phì đại diện khớp.



Hình 3: Phẫu trường đường vào một bên với đường rạch da ít xâm lấn (3cm)

Phẫu thuật giải ép lấy thoát vị vi phẫu với đường vào bên phải. Rạch da 3 cm đường giữa, mở cân lưng, vén khối cơ dựng gai bên phải bộc lộ bảng sống và diện khớp L4-5 bên phải. Dùng kính vi phẫu, khoan mài và kerrison mở bảng sống bên phải, lấy thoát vị đĩa đệm qua khe liên bảng sống bên phải. Mài mở rộng nền gai sau tương ứng để tạo đường hầm giải ép bên đối diện. Lấy dây

chằng vàng phì đại bên đối diện bằng curette và kerrison, dùng khoan mài mài mỏng lam sống đối diện và mỏm khớp dưới để giải ép ngách bên phía đối diện. (Hình 3). Bệnh nhân ngay sau mổ hết đau chân phải, không còn cảm giác tê chân trái khi đi lại, điểm VAS sau mổ 2. Bệnh nhân ra viện sau 3 ngày, trở lại cuộc sống lao động sinh hoạt bình thường.



Hình 4: Ảnh C-Arm trong mổ cho thấy que thăm qua đường hầm sang tới bờ trong cuống sống và diện khớp bên đối diện

IV. BÀN LUẬN

Đây là một kỹ thuật giải ép hẹp ống sống ít xâm lấn với những ưu điểm vượt trội so với phương pháp cắt bỏ sống toàn bộ kinh điển: đường rạch da nhỏ, bảo tồn toàn bộ gai sau và các dây chằng liên gai, trên gai, bảo tồn diện khớp và chỉ vén tách cơ dựng gai tối thiểu một bên mà cần đạt được mục đích giải ép lòng ống sống cả hai bên. Vì thế giảm lượng máu mất trong mổ, giảm đau sau mổ, thời gian phục hồi và nằm viện giảm, giảm nguy cơ nhiễm trùng và giảm nguy cơ mất vững cột sống thứ phát sau phẫu thuật. Tuy nhiên kỹ thuật này chỉ tiến hành được ở cơ sở phẫu thuật có đầy đủ trang thiết bị chuyên khoa như bàn mổ cột sống xuyên tia (sử dụng C arm), kính vi phẫu, khoan mài siêu tốc và các dụng cụ mổ cột sống ít xâm lấn kèm theo. Chúng tôi có thể áp dụng kỹ thuật giải ép này một cách rất linh hoạt khi phối hợp với các kỹ thuật khác trong cùng một cuộc mổ như lấy đĩa đệm vi phẫu, hàn liên thân đốt sau bên (PLIF), hàn liên thân đốt qua lỗ tiếp hợp (TLIF, MIS TLIF), vít cuống sống qua da (PPS)... chỉ với đường

vào một bên, đáp ứng giải quyết hầu hết các tình trạng hẹp ống sống vùng thắt lưng có hoặc không kèm mất vững.

Trong những ca bệnh đã mổ bằng phương pháp này chúng tôi chưa gặp TH biến chứng nào nhưng trong y văn cũng có nhắc đến các biến chứng có thể xảy ra như rách màng cứng, tổn thương rễ...

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật mổ giải ép vi phẫu ít xâm lấn hai bên ống sống với đường vào một bên là an toàn và hiệu quả, hạn chế các biến chứng và di chứng của phương pháp mổ mở cắt toàn bộ bảng sống kinh điển và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Armin SS, Holly LT, Khoo LT: Minimally invasive decompression for lumbar stenosis and disc herniation. Neurosurg Focus 25(2):E11, 2008
2. Parikh K, Tomasino A, Knopman J, Boockvar J, Härtl R: Operative results and learning curve: microscope-assisted tubular microsurgery for 1- and 2-level

- discectomies and laminectomies. *Neurosurg Focus* 25(2):E14, 2008
3. **Bouras T, Stranjalis G, Loufardaki M, Sourtzis I, Stavrinou LC, Sakas DE:** Predictors of long-term outcome in an elderly group after laminectomy for lumbar stenosis. Clinical article. *J Neurosurg Spine* 13:329–334, 2010
 4. **Rosen DS, O'Toole JE, Eichholz KM, Hrubes M, Huo D, Sandhu FA, et al:** Minimally invasive lumbar spinal decompression in the elderly: outcomes of 50 patients aged 75 years and older. *Neurosurgery* 60:503–510, 2007
 5. **Spetzger U, Bertalanffy H, Reinges MH, Gilsbach JM:** Uni-lateral laminotomy for bilateral decompression of lumbar spinal stenosis. Part II: Clinical experiences. *Acta Neurochir (Wien)* 139:397–403, 1997
 6. **Cavuşoğlu H, Türkmenoğlu O, Kaya RA, Tuncer C, Colak I, Sahin Y, et al:** Efficacy of unilateral laminectomy for bilateral decompression in lumbar spinal stenosis. *Turk Neurosurg* 17:100–108, 2007
 7. **Cho DY, Lin HL, Lee WY, Lee HC:** Split-spinous process laminotomy and discectomy for degenerative lumbar spinal stenosis: a preliminary report. *J Neurosurg Spine* 6:229–239, 2007
 8. **Costa F, Sassi M, Cardia A, Ortolina A, De Santis A, Lucarelli G, et al:** Degenerative lumbar spinal stenosis: analysis of results in a series of 374 patients treated with unilateral laminotomy for bilateral microdecompression. *J Neurosurg Spine* 7:579–586, 2007
 9. **Fairbank JC, Pynsent PB:** The Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976)* 25:2940–2952, 2000
 10. **Ikuta K, Arima J, Tanaka T, Oga M, Nakano S, Sasaki K, et al:** Short-term results of microendoscopic posterior decompression for lumbar spinal stenosis. Technical note. *J Neurosurg Spine* 2:624–633, 2005.

KỸ THUẬT VÍT XƯƠNG CỨNG CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Phan Minh Trung*, Hà Văn Linh*

SUMMARY

CORTICAL BONE TRAJECTORY TECHNIQUE FOR LUMBAR SPINE FIXATION

There are many techniques used to fix and fusion vertebrae in the lumbar spine. The technique of fusion usually needs to be combined with mechanical bone fixation technique. There are many types of fixation, including spinal process fixation, facet screw, steel thread tie, laminar hook. Pedicle screw in which has been widely used for decades due to its superior strength compared to other techniques.

However, the technique of pedicle screw also has some disadvantages: the risk of nerve vascular damage, requiring a lot of muscle dissection to reveal the bone anatomy points, the standard screw angle of pedicle technique. is from the outside to the inside requires extensive muscle dissection.

From about pass 10 years in the world, the appearance of cortical bone screw technique has special advantages for osteoporosis and degenerative diseases. The direction from the inside out, from the bottom to the top, with the entry point is the top of the curve of the ismuth, which limits muscle dissection, limiting nerve damage. Biomechanical studies have proven the robustness of this technique.

In Vietnam up to now, this technique has only been performed at the Spine Surgery Department of 108 Hospital, CTO Center in Ho Chi Minh City and Thanh Nhan Hospital with a small number of patients.

**Bệnh viện Thanh Nhân*

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Trung

Email: drphanpine72@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 24/12/2019

Ngày duyệt bài: 28/01/2020

I. ĐẠI CƯƠNG

- Có rất nhiều kỹ thuật được sử dụng để cố định, làm vững và hàn xương ở vùng cột sống thắt lưng. Kỹ thuật hàn xương liên thân đốt hoặc hàn xương sau bên thường cần kết hợp với kỹ thuật cố định xương cơ học. Có rất nhiều kiểu cố định, bao gồm cố định gai sau, vít diện khớp, buộc chỉ thép, móc cuống sống. vít cuống sống trong đó kỹ thuật vít qua cuống sống được sử dụng rộng rãi nhiều thập kỷ qua do độ vững chắc vượt trội so với các kỹ thuật khác.

- Tuy nhiên kỹ thuật vít qua cuống cũng có một số nhược điểm: nguy cơ tổn thương mạch máu thần kinh, đòi hỏi phải bóc tách cơ nhiều để bộc lộ các điểm giải phẫu xương, góc vít tiêu chuẩn của kỹ thuật bắt qua cuống là từ ngoài vào trong đòi hỏi bóc tách cơ rộng. Kỹ thuật bắt vít qua da ra đòi hỏi hạn chế nhược điểm trên nhưng cần thêm các đường vào khác để thực hiện giải ép, kỹ thuật phức tạp đòi hỏi nhiều dụng cụ trợ giúp mà không phải cơ sở phẫu thuật nào cũng có.

- Từ khoảng 10 năm nay trên thế giới xuất hiện kỹ thuật vít xương cứng đặc biệt có ưu điểm cho các bệnh lý loãng xương, thoái hóa. Hướng đi từ trong ra ngoài, từ dưới lên trên với điểm vào là đỉnh đường cong của đoạn eo đã hạn chế sự bóc tách cơ, hạn chế tổn thương thần kinh. Các nghiên cứu cơ sinh học đã chứng minh độ vững của kỹ thuật này.

- Tại Việt Nam đến thời điểm này kỹ thuật này mới chỉ thực hiện tại khoa Cột sống bệnh viện 108, trung tâm CTO thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Thanh Nhân với số lượng ít bệnh nhân.

II. MỤC ĐÍCH TRIỂN KHAI

- Thí điểm thực hiện kỹ thuật vít xương cứng cho các trường hợp có chỉ định cố định cột sống vùng thắt lưng tại Bệnh viện Thanh Nhân.

- Đánh giá kết quả điều trị của kỹ thuật.

III. ĐIỀU KIỆN CƠ SỞ VẬT CHẤT, NHÂN LỰC, TRANG THIẾT BỊ, DỤNG CỤ

1. Cơ sở vật chất: Phòng mổ có trang bị màn tăng sáng (C-Arm), bàn mổ sử dụng được C-arm, điều chỉnh tư thế

2. 01 bộ dụng cụ cố định vít xương cứng, khoan mài siêu tốc

3. Vật tư tiêu hao: Vít xương cứng cột sống theo tiêu chuẩn

4. PTV được đào tạo

IV CHỈ ĐỊNH:

- Cố định CSTL trong các trường hợp loãng xương cột sống

- Khi vít qua cuống thất bại (gãy, lỏng vít, khớp giả)

- Các trường hợp cần bảo tồn sự toàn vẹn của diện khớp bên tầng lân cận

- Bệnh nhân béo phì

V. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

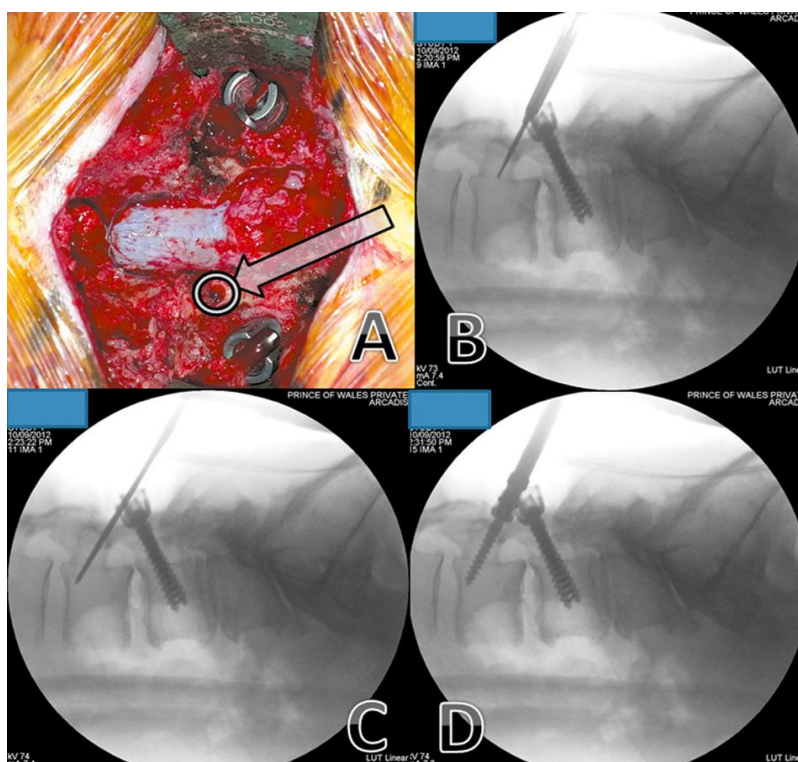
- Bệnh nhân trượt đốt sống gãy eo (isthmic spondylolysis)

- Cố định nhiều tầng (> 3 tầng)

VI. QUY TRÌNH THỰC HIỆN

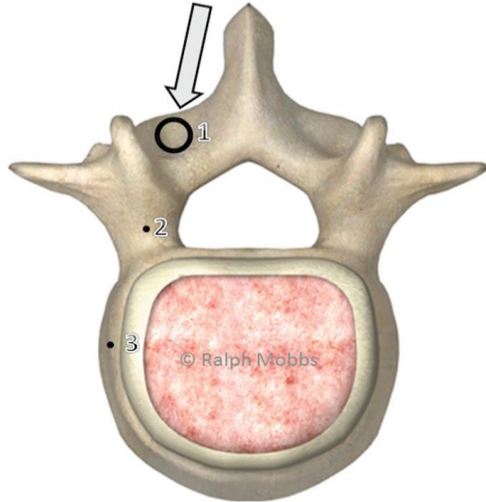
1. Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm sấp, C – arm bọc vô trùng cho phép kiểm tra liên tục trong mổ ở hai tư thế trước – sau, và bên bên.

2. Rạch da đường giữa, bóc lộ gai sau và bóc tách cơ tới sát bờ trong diện khớp bên, bóc lộ phần eo (par). Điểm vào khoan xương cứng là đỉnh eo vào trong 3 mm.

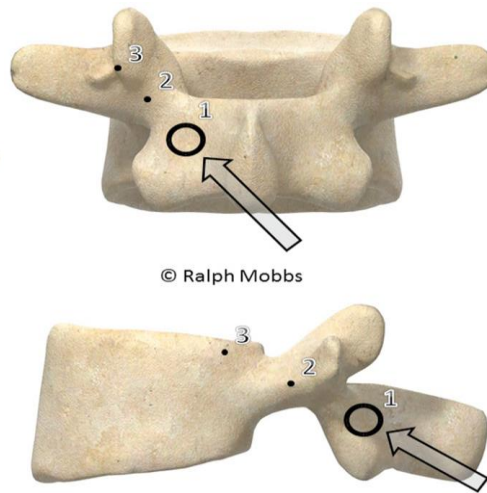


Hình 1: Điểm vào vít xương cứng (mũi tên)

3. Kiểm tra điểm vào trên C-arm, khoan mài tạo lỗ xương cứng với khoan siêu tốc 2mm. Điểm vào ở vị trí 5h ở cuống bên trái và 7h ở cuống bên phải. Hướng vít từ vị trí 5-11h ở cuống bên trái và 7-1h ở cuống bên phải



4. Chuyển C arm sang tư thế bên-bên, khoan tạo đường vào vít đường kính 4.5 – 5 mm hướng ra ngoài, lên trên dưới hướng dẫn C arm, điểm đích là điểm sát mặt trên thân đốt, giao giữa 1/3 sau và 2/3 trước thân đốt.



Hình 2: Các mốc giải phẫu xương của điểm vào và hướng vít xương cứng

5. Sử dụng vít xương cứng đường kính 5-5.5 mm, dài 3-3.5 mm

Lưu ý nếu khi bắt vít mà vỡ phần xương cứng của par thì phải thay đổi sang phương pháp vít qua cuống.

6. Trong phương pháp này vì trực vít + rod gần đường giữa hơn so với phương pháp vít qua cuống nên sau khi tạo đường hầm

xương cho vít (tapping) thì chưa bắt vít ngay mà tiến hành giải ép và hàn xương sau bên (PLIF) hoặc qua lỗ liên hợp (TLIF). Sau đó mới bắt vít và cố định rod.

7. Trong trường hợp cố định nhiều tầng có dùng cả vít qua cuống thì sử dụng hệ thống nối rod hoặc uốn rod tùy trường hợp.



Hình 3: Phim XQ sau mổ phối hợp vít xương cứng và vít qua cuống

VII. ƯU ĐIỂM CỦA PHƯƠNG PHÁP

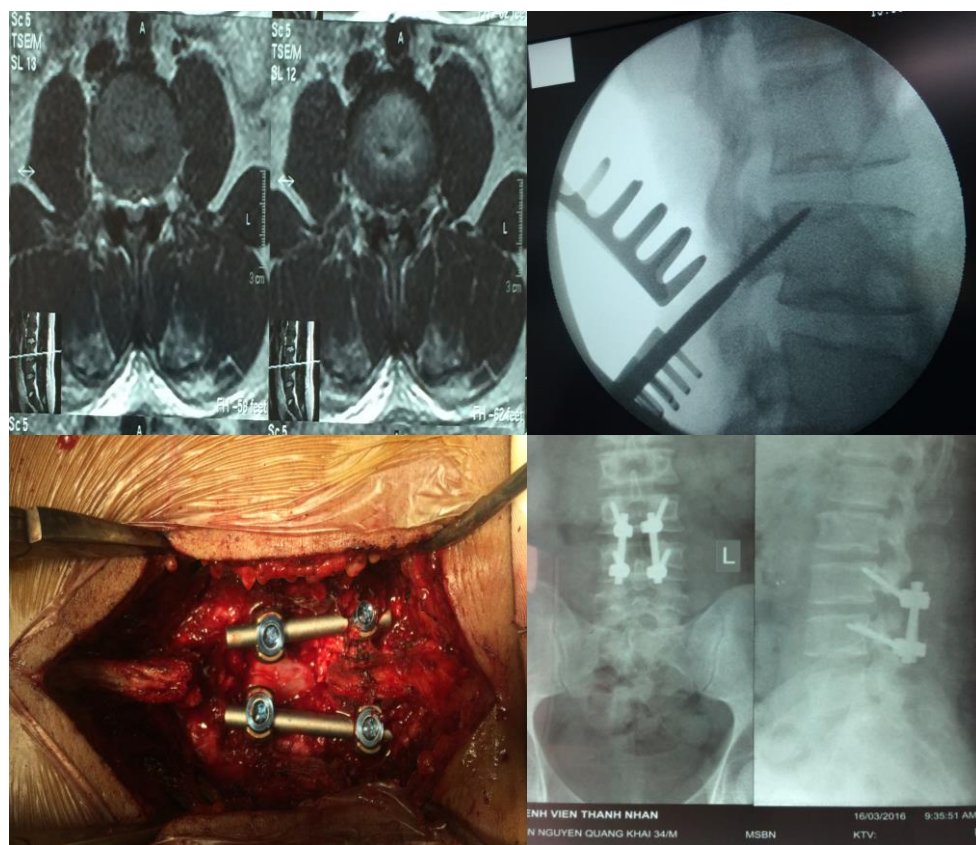
- Đường mổ nhỏ, không cần bóc tách rộng gây tổn thương cơ.
- Bảo tồn được bao khớp và diện khớp bên các tầng lân cận, giảm hội chứng liên kề sau mổ
- Các nghiên cứu cơ sinh học đã chứng minh vít xương cứng có độ vững lớn hơn so với vít cuống ở cả test lực bẻ ngang và lực kéo rút
- Ưu thế đặc biệt ở các trường hợp loãng xương do vít xương cứng đi qua các vùng mật độ xương đặc và chất lượng xương cứng không thay đổi ở các TH loãng xương
- Thuận lợi hơn cho phẫu thuật ở các

bệnh nhân béo, có lớp mỡ và khối cơ dày, phẫu trường sâu.

VIII. MỘT SỐ CA LÂM SÀNG ĐÃ THỰC HIỆN TẠI BV THANH NHÀN

Ca 1: Nguyễn Quang Khải 34 tuổi- BA 004394

Đau thắt lưng mãn tính 2 năm, đau cách hồi thần kinh 2 chi dưới, đã điều trị nội khoa nhiều đợt. MRI CSTL: Hẹp ống sống trung tâm L3-L4 do phì đại dây chằng vàng và lõi đĩa đệm. VAS trước mổ: 8 điểm, VAS sau mổ: 2 điểm. Hiện sau 3 tháng theo dõi, BN hết đau hoàn toàn, sinh hoạt và lao động bình thường.



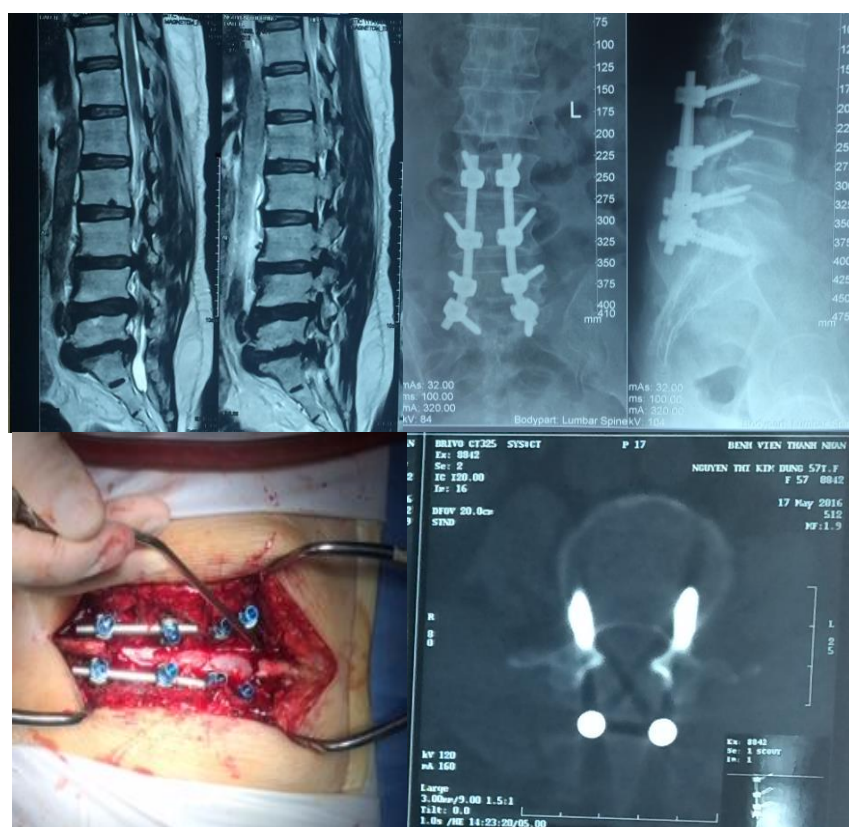
A. Hẹp ống sống trung tâm L3-4. B. Khoan tạo đường vít xương cứng vào đốt L3. C. Vít xương cứng sau khi giải ép. D. XQ sau mổ

Ca 2: Nguyễn Thị Kim Dung 58 tuổi BA 007893

Đau thắt lưng mãn tính nhiều năm, gàn đây ngồi, đi lại khó khăn, mất khả năng lao động, sinh hoạt phải có người trợ giúp. Đau cách hồi tủy +, đau rễ L5 P, test SLR bên trái 45 độ, bên phải 30 độ.

MRI cột sống thắt lưng: Hẹp ống sống đa tầng L3-4-5-S1, thoát vị đĩa đệm L5S1 di trú

trong ống sống lệch phải. Mổ vít xương cứng L3-4-5, cắt băng sống giải ép. Lấy thoát vị L5-S1, cố định S1 bằng vít legacy thân S1, uốn rod để cố định vào hệ thống vít xương cứng. VAS trước mổ: 8, VAS sau: 3. Hiện tại sau mổ 2 tháng có thể đi lại tự chăm sóc, làm công việc sinh hoạt bình thường không cần trợ giúp.



A. MRI trước mổ B. Vít xương cứng 3 tầng L3-4-5 và Vít thân S1

B. XQ sau mổ D. CT scan sau mổ

IX. KẾT LUẬN

- Kỹ thuật vít xương cứng cố định cột sống vùng thắt lưng – cũng là một kỹ thuật mới, hiện tại chưa được ứng dụng phổ biến tại Việt Nam

- Đây là một kỹ thuật phẫu thuật ít xâm lấn, không gây tổn hại cho các cấu trúc giải

phẫu lành như mổ mở vít cuống sống kinh điển mà vẫn đạt yêu cầu về làm vững và giải ép

- Có thể coi đây là một giải pháp thay thế cho vít cuống sống trong những trường hợp loãng xương và phẫu thuật vít cuống sống thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kaiser MG, Eck JC, Groff MW, et al.** Guideline update for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 1: introduction and methodology. *J Neurosurg Spine* 2014;21:2-6.
2. **Mobbs RJ, Phan K, Malham G, et al.** **Lumbar interbody fusion:** techniques, indications and comparison of interbody fusion options including PLIF, TLIF, MI-TLIF, OLIF/ATP, LLIF and ALIF. *J Spine Surg* 2015;1:2-18.
3. **Wu AM, Zou F, Cao Y, et al.** Lumbar spinal stenosis: an update on the epidemiology, diagnosis and treatment. *AME Med J* 2017;2:63.
4. **Boucher HH.** A method of spinal fusion. *J Bone Joint Surg Br* 1959;41:248-59.
5. **Lowery GL, Kulkarni SS.** Posterior percutaneous spine instrumentation. *Eur Spine J* 2000;9:S126-30.
6. **Journal of Spine Surgery.** All rights reserved. jss.amegroups.com *J Spine Surg* 2017;3(4):679-688 *Journal of Spine Surgery*, Vol 3, No 4 December 2017 687
8. **Song T, Hsu WK, Ye T.** Lumbar pedicle cortical bone trajectory screw. *Chin Med J* 2014;127:3808-13.
9. **Santoni B, Hynes R, McGilvray K, et al.** Cortical bone trajectory for lumbar pedicle screws. *Spine J* 2009;9:366-73.
10. **Steel T, Rust T, Fairhall J, et al.,** editors. Monosegmental pedicle screw fixation for thoraco-lumbar burst fracture. In: *Orthopaedic Proceedings. Orthopaedic Proceedings* 2004:458.
11. **Phan K, Hogan J, Maharaj M, et al.** Cortical bone trajectory for lumbar pedicle screw placement: a review of published reports. *Orthop Surg* 2015;7:213-21.
12. **Mobbs RJ.** The “Medio-Latero-Superior Trajectory Technique”: an alternative cortical trajectory for pedicle fixation. *Orthop Surg* 2013;5:56-9.

ỨNG DỤNG SIÊU ÂM ĐÀN HỒI MÔ CHẨN ĐOÁN RÒ HẬU MÔN NHÂN 02 TRƯỜNG HỢP

Vũ Duy Lâm*, Đào Quang Minh*, Nguyễn Thị Hà*

TÓM TẮT²⁷

Mục tiêu: chẩn đoán đường rò hậu môn bằng siêu âm đàn hồi mô kiểu nén.

Đối tượng và phương pháp: Giới thiệu 02 trường hợp rò hậu môn được chẩn đoán bằng siêu âm đàn hồi mô.

Kết quả: Siêu âm đàn hồi mô là một kỹ thuật mới chẩn đoán vị trí đường rò, thể rò hậu môn. Là một kỹ thuật mới đang được áp dụng tại bệnh viện Thanh Nhàn.

Từ khóa: siêu âm đàn hồi mô, rò hậu môn

SUMMARY

APPLICATION OF ELASTO ULTRASOUND TO DIAGNOSE ANAL FISTULA (02 CASES)

Objectives: Diagnosis of anal fistula by compression elastic elastic ultrasound.

Methods: Introduce 02 cases of anal leakage diagnosed by tissue elastic ultrasound.

Results: Strain elasto ultrasound is a new technique for diagnosing the location of fistula and classification of anal fistula. This is a new technique being applied at Thanh Nhan Hospital

Key word: strain elasto ultrasound, anal fistula.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn (RHM) là những nhiễm

khuẩn, tạo mũ khu trú bắt nguồn từ hốc hậu môn trực tràng. Mũ lan theo tuyến Hermann-Desfosses tạo thành ổ áp xe giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài, tiến triển theo hướng vỡ ra ngoài tầng sinh môn hoặc vào lòng trực tràng gây ra các thể rò khác nhau. Apxe và rò là hai giai đoạn của một quá trình bệnh lý, apxe nếu không được xử lý hoặc xử lý không tốt sẽ dẫn tới rò. RHM chiếm 24,42% các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng, đứng thứ 2 chỉ sau bệnh trĩ. Chúng tôi giới thiệu 02 trường hợp được chẩn đoán rò hậu môn bằng siêu âm đàn hồi mô.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Ca bệnh 1

BN nam 23 tuổi, vào viện vì sưng đau cạnh hậu môn. Lâm sàng: có khối sưng đỏ căng bóng làm mất nếp nhăn ra rìa hậu môn. Bệnh nhân được chỉ định làm siêu âm đàn hồi mô.

Kết quả siêu âm: SÂ 2D thấy đường rò đơn giản- gian cơ thắt (ảnh 1A), lỗ trong vị trí 4-5h, xung quanh tầng sinh mạch trên Doppler màu (ảnh 1B), mô xung quanh mềm thể hiện màu đỏ và xanh lá cây trên siêu âm đàn hồi (ảnh 1C)

*Bệnh viện Thanh Nhàn

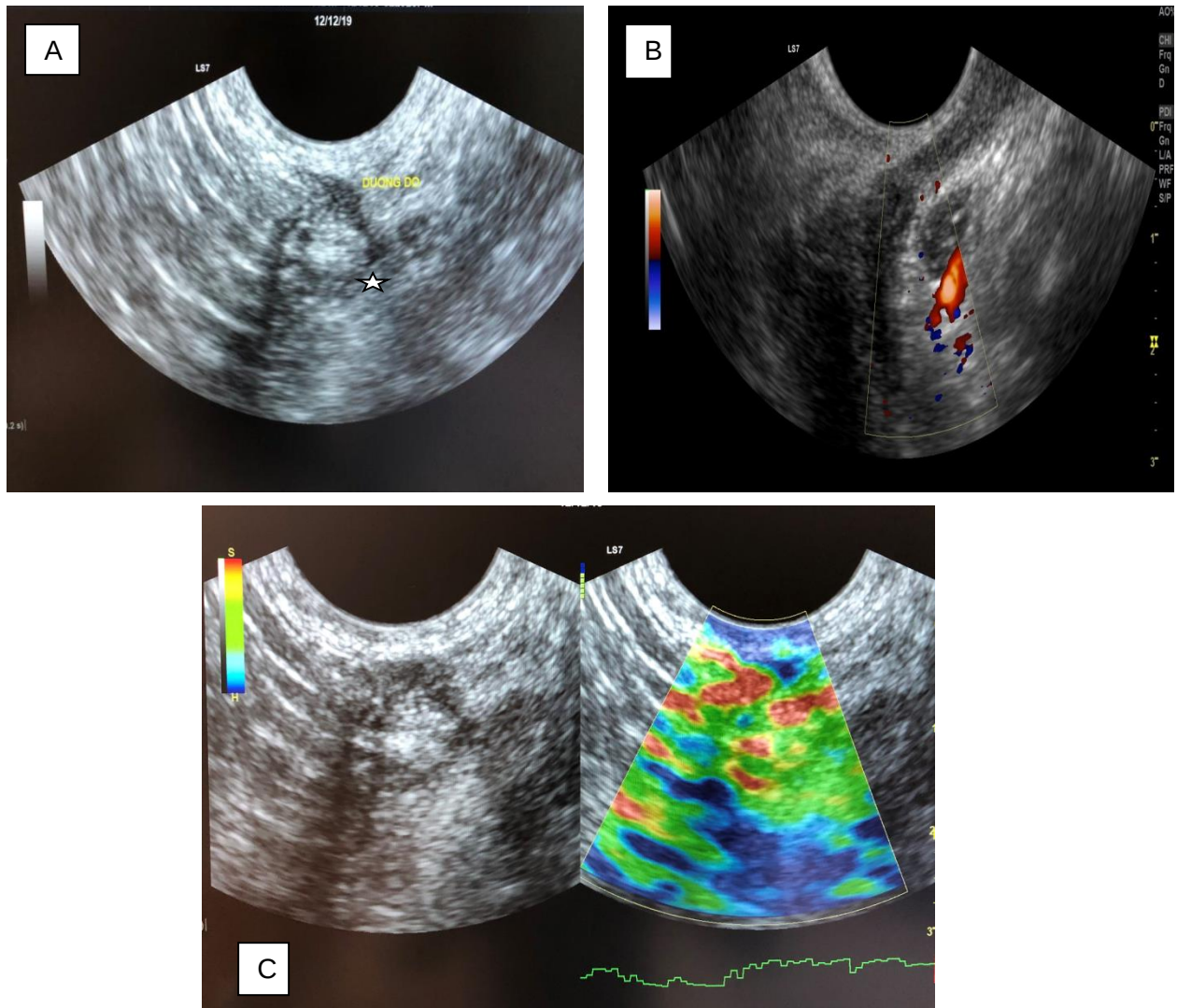
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Duy Lâm

Email: vuduylam64@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/11/2019

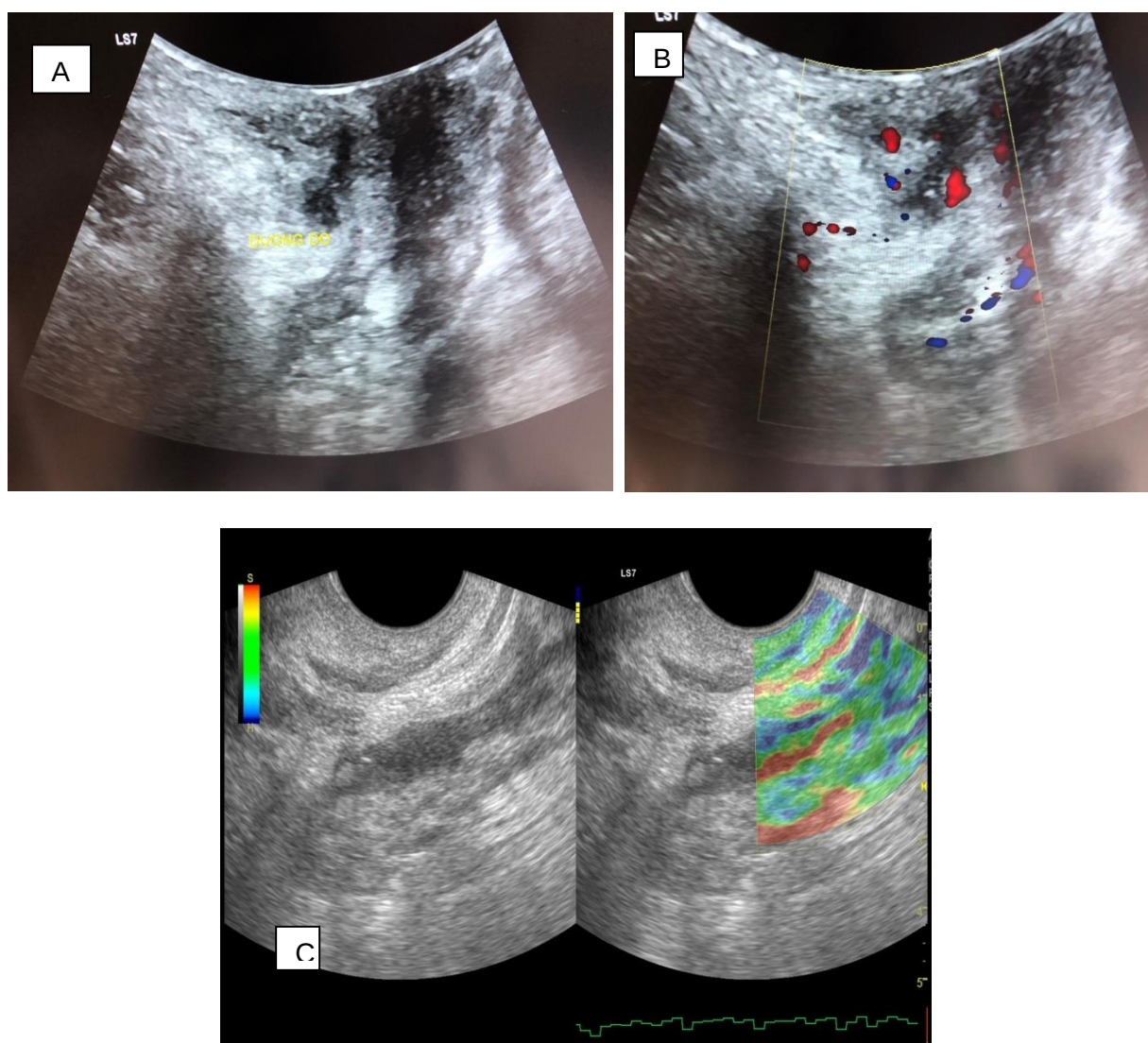
Ngày phản biện khoa học: 24/12/2019

Ngày duyệt bài: 28/01/2020



Hình 1: (A) siêu âm 2D (B) Siêu âm Doppler màu (C) Siêu âm đàn hồi mô
Ca bệnh 2

BN nam 69 tuổi, vào viện vì chảy dịch vùng hậu môn. Khám thấy lỗ rò đang chảy dịch mủ màu vàng trắng. Cận lâm sàng: siêu âm đàn hồi mô.



Hình 2: (A) Siêu âm 2D (B) Siêu âm Doppler màu (C) Siêu âm đàn hồi mô

Kết quả siêu âm: SÂ 2D thấy đường rò phức tạp- đường rò xuyên cơ thất (ảnh 2A), không xác định được vị trí lỗ trong, xung quanh tăng sinh mạch trên Doppler màu (ảnh 2B), mô xung quanh mềm chủ yếu màu đỏ và xanh lá cây trên siêu âm đàn hồi (ảnh 2C)

IV. BÀN LUẬN

Rò hậu môn (RHM) là những nhiễm khuẩn, tạo mủ khu trú bắt nguồn từ hốc hậu môn trực tràng. Mủ lan theo tuyến Hermann-Desfosses tạo thành ổ áp xe giữa cơ thất trong và cơ thất ngoài, tiến triển theo hướng vỡ ra ngoài tầng sinh môn hoặc vào lòng trực tràng gây ra các thể rò khác nhau. Áp xe và rò

là hai giai đoạn của một quá trình bệnh lý, áp xe nếu không được xử lý hoặc xử lý không tốt sẽ dẫn tới rò. RHM chiếm 24,42% các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng, đứng thứ 2 chỉ sau bệnh trĩ.

Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như: chụp đường rò cản quang, siêu âm (2D, Doppler màu, đàn hồi mô kiểu nén), chụp

cộng hưởng từ (CHT). Siêu âm và chụp CHT là hai phương pháp chẩn đoán thường được ưa chuộng.

Cộng hưởng từ (CHT) là phương pháp chẩn đoán có giá trị nhất, ngoài xác định vị trí lỗ trong và tổn thương phối hợp như áp xe hoặc đường rò phụ, nó còn cho phép xác định tính chất đường rò (đường rò hoạt động hay mạn tính) nhưng giá thành đắt, không sử dụng được cho bệnh nhân có mang vật liệu từ tính trong người như máy tạo nhịp tim, đinh nội tủy, khớp háng nhân tạo... Trên thế giới, theo tác giả Chapple, Spencer, Windsor, Wilson (2000) nghiên cứu cho thấy khả năng phát hiện đường rò hậu môn của cộng hưởng từ có độ nhạy: 97% và độ đặc hiệu: 81%. Tại Việt Nam, nghiên cứu Lê Thị Diễm (2010) cho thấy phân loại đúng đường rò: 99%, phát hiện được lỗ trong: 100%, phù hợp với phẫu thuật: 87%.

Theo Michael (2019) để chẩn đoán đường rò hoạt động trên cộng hưởng từ dựa vào đặc điểm: đồng tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2FS, tăng tín hiệu trên T2W, ngấm thuốc đối quang từ sau tiêm trên T1C+ chủ yếu dựa vào xung T2W và T1C+; còn đường rò không hoạt động (đường rò mạn tính): giảm tín hiệu trên T1W, T2W, không ngấm thuốc đối quang từ sau tiêm.

Siêu âm 2D cho phép phát hiện RHM ở phần thấp (1/3 dưới) của ống hậu môn, có thể cho thấy vị trí lỗ trong và các tổn thương phối hợp (đường rò phụ, áp xe) giúp cho việc phân loại RHM giống như chụp CHT, đặc biệt sử dụng được cho bệnh nhân có chống chỉ định với chụp CHT và giá thành rẻ, dễ thực hiện. Tuy vậy nó không có khả năng phân biệt thể rò hoạt động hay không. Theo cấu trúc mô học thể rò mạn tính có sự tăng sinh mô xơ xung quanh vì vậy mà mô quanh đường rò sẽ cứng hơn. Siêu âm đàn hồi mô

có thể được chỉ định để phát hiện tình trạng xơ hóa. Vậy siêu âm đàn hồi mô có thể phân biệt RHM mạn tính với thể hoạt động không?

Về lý thuyết đàn hồi mô: khi có lực tác động thì mô sinh học sẽ bị biến dạng, mức độ tỷ lệ thuận với độ cứng của mô, đây chính là nguyên lý của siêu âm ĐHM. Mô càng cứng biến dạng càng ít. Kiểu biến dạng nhiều (độ cứng thấp) thường thấy ở mô bình thường, trong khi kiểu biến dạng ít (độ cứng cao) thường thấy trong các mô bệnh lý như xơ, u. Tạo hình biến dạng mô này thường dùng để theo dõi sự hóa xơ của mô, hiện áp dụng nhiều trong tổn thương gan mạn tính, xơ gan, u vú, u giáp, u tuyến tiền liệt... Đối với siêu âm đàn hồi mô kiểu nén hình ảnh được tạo ra bởi sự dịch chuyển của mô bởi lực nén thủ công, cho phép đánh giá độ cứng của mô. Thực tế, theo một số nghiên cứu của Hiệp hội siêu âm Châu Âu (EFSUMB) về siêu âm đàn hồi mô trong Chẩn đoán RHM cho thấy: đường rò không hoạt động có hình ảnh xơ cứng (cứng) quanh đường rò, đường rò hoạt động trong được hiển thị dưới dạng cấu trúc mô nén (mềm) xung quanh đường rò, độ lên tới chính xác 95%. Vì vậy về lý thuyết có thể phát hiện các đường rò mạn tính thông qua tình trạng xơ cứng tại đường rò (màu xanh lục) trên máy SA Logiq S8 (GE) của chúng tôi.

Tổng hợp lại, đường rò hoạt động trên siêu âm sẽ có các đặc điểm: không thấy hình ảnh xơ cứng quanh đường rò (dựa vào siêu âm đàn hồi mô), tăng sinh mạch trên Doppler màu (dựa vào siêu âm Doppler).

Ở trường hợp 1 trên siêu âm đàn hồi cấu trúc mô đường rò màu xanh lá cây và đỏ (ảnh 1C) tương tự như cấu trúc mô mỡ xung quanh chứng tỏ không thấy mô xơ, trên siêu âm Doppler màu tăng sinh mạch quanh

đường rò (ảnh 1B) → Đường rò hoạt động. Kết quả này phù hợp với kết quả sau phẫu thuật: Đường rò gian cơ thắt, lỗ trong vị trí 5h, lỗ ngoài vị trí 1h. Ở trường hợp 2 trên biểu đồ màu, các mô quanh đường rò thể hiện chủ yếu bằng màu đỏ và xanh lá cây (mô mềm) (ảnh 2C), phù hợp với kết quả phẫu thuật đường rò xuyên cơ thắt kèm đường rò phụ, lỗ trong vị trí 4h.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm đàn hồi mô là một kỹ thuật mới chẩn đoán vị trí đường rò, thể rò hậu môn. Là một kỹ thuật mới đang được áp dụng tại bệnh viện Thanh Nhàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Miguel C (2019)** “MR Imaging Evaluation of Perianal Fistulas: Spectrum of Imaging Features”, *Radiol* 85:1371–1375
2. **Mostafa E F et al (2018)** “ **Perianal fistula**” Springer Verlag.
3. **Ashraf T Y (2020)** “ Imaging Classification of Perianal Fistula Using the Ultrasound”, *Journal of Gastroenterology and Hepatology Research*, Vol 23, page 1235-1248.
4. **Michael R. Torkzad and Urban K (2019)** “MRI for assessment of anal fistula” *RadioGraphics* (85): page 623-635
5. **Lê Thị Diễm (2010)** “Bước đầu khảo sát giá trị hình ảnh cộng hưởng từ của rò hậu môn”. *Y học TP Hồ Chí Minh*. Tập 14. Phụ bản số 1. tr 23-27.
6. **Nguyễn Phước Bảo Quân (2016)** “Siêu âm đàn hồi: Nguyên lý, kỹ thuật và ứng dụng lâm sàng” **NXB Giáo dục**.
7. **Moris J, Spencer J A, Simon A N, et al (2000)** “MR Imaging Classification of Perianal Fistulas and Its Implications for Patient Management”, *RadioGraphics* (20): page 623-635.
8. **EFSUMB (2018)** “Recommendations for Gastrointestinal Ultrasound Part 3: Endorectal, Endoanal and Perineal Ultrasound” .

VÒNG NỐI CỬA CHỦ TRONG GAN (TIPS) CHỈ ĐỊNH, KỸ THUẬT VÀ BIẾN CHỨNG

Đào Quang Minh*

TÓM TẮT

TIPS (Transjugular Intrahepatic Porto-systemic Shunt) là phương pháp tạo vòng nối cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch cánh trong phải, đây là một kỹ thuật sử dụng thường quy từ hơn 20 năm nay chỉ định chính trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan. Chúng tôi giới thiệu kỹ thuật, chỉ định và những biến chứng sau đặt TIPS ở bệnh nhân xơ gan xuất huyết tiêu hóa trên và cổ chướng.

SUMMARY

TRANSJUGULAR INTRAHEPATIC PORTO-SYSTEMIC SHUNT: INDICATIONS, TECHNICAL, COMPLICATION

TIPS is a transjugular intrahepatic porto-systemic shunt, that has been used regularly for more than 20 years due to esophageal varices in patients with cirrhosis. We introduce the following techniques, indications and complications for TIPS in patients with upper gastrointestinal cirrhosis and ascites.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TIPS là vòng nối bên trong gan giữa nhánh cửa phải hay trái và 1 trong 3 tĩnh mạch trên gan qua da. Về mặt huyết động

học, làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa gần giống như phẫu thuật. Cho phép giảm áp lực tĩnh mạch cửa trên 10 mmHg hay giảm áp lực tĩnh mạch trên gan >5 mmHg. Đặt Shunt phải ở vị trí thuận lợi trong gan để tránh được những khó khăn khi ghép gan nếu có. Điều trị tăng áp tĩnh mạch cửa bởi TIPS cho phép giảm thời gian phẫu tích gan và giảm mất máu.

Các loại vật liệu (prothèses) hay sử dụng:

- Palmaz (J & J international systems, Warren, Mỹ) tuýp cứng nhiều lỗ trên suốt chiều dài 3 cm, có bóng trong 8-12 mm (khớp nối gấp góc) sử dụng chống đông heparine.
- Wallstent (Pfizer, Zurich, Thụy Sĩ), ống mềm (50, 75, 100, 150 mm) có thể điều chỉnh gấp góc theo

1. Chỉ định đặt TIPS

a. *Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) dai dẳng hoặc tái phát sớm*

Giãn tĩnh mạch thực quản (GTMTQ) gặp ở 30-70% bệnh nhân xơ gan, nguy cơ chảy máu là 7% đối với GTMTQ độ I và 30% đối với GTMTQ độ II, III.

Điều trị nội khoa và thắt vòng cao su là lựa chọn hàng đầu đối với xuất huyết tiêu hóa, tuy nhiên có 20-30% trường hợp xuất huyết tiếp diễn hoặc tái phát sớm, điều trị phẫu thuật có nguy cơ tử vong cao : 31-77%. Do vậy trong trường hợp XHTH tiếp diễn hay tái phát, khả năng điều trị nội soi khó thực hiện, việc đặt TIPS cần chỉ định.

Một số tác giả cho rằng chỉ định đặt TIPS khi bệnh nhân đã được truyền 12 –

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2019

Ngày duyệt bài: 15/01/2020

15 đơn vị máu do XHTH tái phát hoặc tiếp diễn. Việc đặt TIPS sẽ kiểm soát được hầu hết các trường hợp XHTH với tỷ lệ thành công rất cao (94%), nguy cơ tái phát thấp (12%), tuy nhiên tỷ lệ tử vong trong 6 tuần còn cao: 35,8%.

b. Dự phòng xuất huyết tiêu hóa

Đối với những trường hợp GTMTQ chảy máu thì 50% có nguy cơ tái phát, việc đặt TIPS để dự phòng xuất huyết có hiệu quả hơn so với điều trị nội khoa. Tuy nhiên, giá thành đắt và nguy cơ não gan tăng khi kích thước của vật liệu không phù hợp. Do vậy, TIPS không cải thiện thời gian sống thêm của bệnh nhân.

c. Cổ chướng dai dẳng

Khoảng 10% các trường hợp cổ chướng (ascite) chuyển sang giai đoạn ascite dai dẳng, được định nghĩa là ascite không đáp ứng với thuốc lợi niệu liều cao và chế độ ăn nhạt, 40-60% tử vong trong 1 năm. TIPS sẽ hiệu quả trong 60% trường hợp.

d. Hội chứng Budd-Chiari: còn gọi là tắc tĩnh mạch gan (HVT), xuất hiện khi có cục máu đông làm tắc nghẽn các tĩnh mạch của gan. Tình trạng này gây tắc nghẽn hệ thống mạch máu của gan và làm cản trở dòng máu chảy vào tim. Nếu không có đủ lượng máu truyền đến, gan sẽ không nhận được oxy tươi cần thiết để hoạt động. Điều này có thể làm tổn thương gan nghiêm trọng và có thể dẫn đến suy gan.

2. Chống chỉ định:

- Rối loạn đông máu nặng, mất kiểm soát: INR > 1.5
- Suy gan nặng (Child C), suy gan tiến triển nhanh
- Suy tim, tăng áp động mạch phổi nặng
- Nhiễm khuẩn huyết
- Tắc mật, gan đa nang
- Hội chứng não gan tiến triển

3. Kỹ thuật:

- Bộ dụng cụ (prothèse)
- Thời gian làm khoảng 2h.
- Siêu âm mạch máu gan (kiểm tra vị trí, kích thước cửa, tĩnh mạch trên gan).
- Điều chỉnh chống đông nếu < 60.000m³ hoặc tỷ lệ <1,8 UI. Nếu nhiều ascite phải học hút trước đó. Kháng sinh dự phòng Cephalosporine
- Thực hiện tại phòng mổ hoặc phòng can thiệp.
- Gây tê tại chỗ/toàn thân/BN nằm ngửa.

⇒ Tĩnh mạch gan phải trong gan giữa được đưa vào từ tĩnh mạch cảnh trong phải hiếm khi sử dụng tĩnh mạch dưới đòn phải hay tĩnh mạch đùi với catheter 8-9F. Kim Ross 15-16G luồn vào với guide metalique. Kiểm tra máu chảy ra, hút ra sau đó đưa thuốc cản quang vào để xác định vào nhánh tĩnh mạch cửa P hay trái. Sau đó đưa guide vào kiểm tra xác định đo áp lực tĩnh mạch trên gan (sau kiểm tra bloque). Chụp hệ cửa và nong bóng tĩnh mạch cửa với bóng 7 mm. Đặt Prothese cửa chủ sau đó nong bóng 8 mm đo lại áp lực và chụp. Áp lực của tĩnh mạch khoảng 8-10 mmHg. Nếu áp lực còn cao thì tiếp tục nâng lên 10, 12mmHg thậm chí nếu áp lực không dưới 12 hay 20% giá trị ban đầu, làm tắc tuần hoàn bàng hệ bởi Cyanoacrylate có thể thay đổi.

IV. BIẾN CHỨNG:

- Sốc: hiếm, trừ khi suy tim, hay lỏng lẻo cửa chủ. Tử vong <0,5% (1997)
 - Muộn: TIPS mất chức năng hay hội chứng não gan.
 - Mất chức năng của shunt
- Shunt không hiệu quả khi tốc độ máu đường máu cửa <20 cm/giây hay giảm 50% so với giá trị ban đầu hay khi đường kính của

shunt giảm 50% hay khi áp suất hệ thống cửa > 12 mmHg.

Theo dõi 1 năm: hiệu quả đặt stent từ 31-80%.

Mất chức năng Shunt sớm sau 30 ngày hoặc muộn hơn do tắc hoặc hẹp, huyết khối sớm xấp xỉ 15%. Bệnh nhân sử dụng chống đông dự phòng (Heparine) giảm nguy cơ sớm xấp xỉ 3% và cùng thuộc loại Stent có thể do đông vón tiểu cầu, tế bào viêm bạch cầu, hồng cầu – hẹp Stents biến chứng 30 ngày sau TIPS, liên quan đến việc thẩm qua stent 40% bệnh nhân hoặc qua tĩnh mạch gan 60% bệnh nhân. Thiếu sản niêm mạc dẫn đến đông kết tiểu cầu (PDGF) và mất collagene bề mặt sinh bệnh học cũng chưa rõ ràng.

Nghiên cứu của Siegersfelter và CS so sánh dùng một yếu tố chế phẩm tiểu cầu (trapidil) + chống kết tập tiểu cầu (ticlopidine) trong 6 tháng với dùng heparine đơn độc 4 tuần. Tỷ lệ hẹp nhóm 1 ít hơn nhóm 2 là 20% (có thể nong stent hoặc thay stent).

Biến chứng gan não nặng 13-44% bệnh nhân, 15% bệnh nhân xuất hiện sớm. Biến chứng này xuất hiện sớm sau TIPS (3 tháng) hiếm tái phát. Nó thay đổi (mức độ 1-2) hiếm nặng. Nó đáp ứng tốt với điều trị thuốc (Metro-Vanco). Những yếu tố nguy cơ là: tiền sử bệnh lý gan não, trên 60 tuổi, bệnh gan không do rượu, giảm albumin, nữ giới, kích thước stent rộng, tốc độ dòng chảy máu cao. Khi có dịch cổ chướng tỷ lệ hội chứng gan não xấp xỉ 40% do nhiều nguyên nhân: thiếu máu, rối loạn điện giải, suy thận. Tuy nhiên tất cả những bất thường này có thể thay đổi khi đặt TIPS.

Theo dõi: siêu âm mạch máu gan sau 24h kiểm tra biến chứng sớm (tụ máu, nhồi máu, chảy máu trong ổ bụng) – 6 tuần – 3 tháng – 6 tháng để kiểm tra có tắc Stent? kiểm tra tốc

đốc dòng chảy (có thể thay stent). Nội soi dạ dày thực quản kiểm tra (có thể chụp hệ cửa 6 tháng/lần trong 3 năm).

Cổ chướng dai dẳng có thể khỏi ở một số bệnh nhân sau khi TIPS.

Nghiên cứu trên 450 bệnh nhân cho thấy hiệu quả với thời gian sống 1 năm sau đặt TIPS, 100% giảm liều lượng thuốc lợi tiểu, dịch cổ chướng biến mất 50-92% bệnh nhân, hội chứng gan não 12-50% bệnh nhân

Theo Deschene: Độ thanh thải Creatine có giá trị dự báo hiệu quả của TIPS. Đáp ứng tốt ở 57% bệnh nhân có độ thanh thải Creatine > 36 ml/min. Hiệu quả của TIPS với dịch cổ chướng dẫn đến thay đổi nhanh Na⁺, giảm hệ thống Renin Angiotensin Aldosterone và giảm lưu lượng của mạch lách. Nguyên nhân do giảm chức năng gan, giảm chức năng thận, nhiễm trùng, suy tim.

Theo Lebree: 25 bệnh nhân sử dụng TIPS hoặc chọc hút dịch cổ chướng. Tỷ lệ biến mất ascite hơn 4 lần của TIPS với chọc hút dịch cổ chướng. Tỷ lệ sống 1 năm của TIPS và chọc hút dịch cổ chướng là 29% và 75%. Chỉ có những bệnh nhân Child C đặt TIPS kết quả không tốt, Nghiên cứu 4 bệnh nhân Child C đặt TIPS tỷ lệ thất bại 23% và cùng cho thấy TIPS điều trị dịch cổ chướng ở bệnh nhân suy gan nặng là nguy hiểm.

Nghiên cứu Rossle cũng so sánh TIPS và chọc hút dịch cổ chướng 60 bệnh nhân. Theo dõi 45 tháng kết quả tốt phù hợp với 2 nghiên cứu trên và chưa có thất bại vì có sự lựa chọn bệnh nhân chặt chẽ (70% bệnh nhân Child B, các bệnh nhân gan não độ 2, Billirubin > 86 mmol/l, huyết khối tĩnh mạch cửa hay Creatine > 265 mmol/l là loại bỏ không nghiên cứu). Những tiêu chuẩn này là yếu tố tiên lượng và có tiên triển tốt mà không ghép gan sau đó. TIPS tốt hơn chọc hút dịch cổ chướng và không đặc hiệu thống

kê: Tuổi > 60, nữ, Billirubin $\leq 52 \mu\text{mol/l}$, Na $\geq 125 \text{ mmol/l}$. Vì vậy 45% bệnh nhân điều trị dịch cổ chướng có tái phát.

Nghiên cứu của Italia 31 bệnh nhân xơ gan cổ chướng (19 TIPS, 12 chọc hút dịch cổ chướng nhắc lại) không có phân loại Child theo dõi 1 năm 2 nhóm tỷ lệ tử vong (65% và 57%)

V. KẾT LUẬN

Vòng nối cửa chủ trong gan (TIPS) có hiệu quả trong điều trị dịch cổ chướng và giãn tĩnh mạch thực quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adreus RT, Saxon R, Bloch RD, et al.** Stent-grafts for de novo TIPS: Technique and early results. *JVIR* 1999; 10:1371-8.
2. **Arroyo V, Gines P, Gerbes AL, et al.** Definition and diagnostic criteria of refractory ascites and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *Hepatology* 1996;23:164-76.
3. **Banares R, Casado M, Rodriguez- Laiz JM, et al.** Urgent transjugular intrahepatic portosystemic shunt for control of acute variceal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1998;93:75-9.
4. **Bernstein D, Yrizarri J, Reddy KR, et al.** Transjugular intrahepatic portosystemic shunt in the treatment of intermittently bleeding stomal varices. *Am J Gastroenterol* 1996;91:2237-8
5. **Blum U, Rossle M, Haag K, et al.** Budd-chiari syndrom: Technical, hemodynamic, and clinical results of treatment with transjugular intrahepatic portosystemic shunt. *Radiology* 1995;197:805-11

ĐIỀU TRỊ U XƠ TUYẾN VÚ BẰNG MÁY MAMOTOME NHÂN 10 TRƯỜNG HỢP

Đào Quang Minh*, Nguyễn Thành Vinh*, Lê Văn Thắng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: u xơ tuyến vú là một dạng khối u lành tính của tuyến vú, thành phần gồm các tế bào và mô liên kết (trong đó chủ yếu là tổ chức xơ). Chẩn đoán dựa vào thăm khám lâm sàng kết hợp với siêu âm. Đây là bệnh lý lành tính nên loại bỏ khối u bằng ngoại khoa cho kết quả tốt. Hiện tại có 2 phương pháp để loại bỏ khối u: phẫu thuật hở hoặc dùng máy hút u vú có hỗ trợ áp lực âm (Vacuum Assisted Breast Biopsy) hay VABB.

Mục tiêu: nhận xét về kết quả của chẩn đoán và điều trị bệnh u xơ tuyến vú tại bệnh viện Thanh Nhân bằng VABB.

Kết quả: có 10 trường hợp u xơ tuyến vú được điều trị bằng VABB tại bệnh viện Thanh Nhân từ 11/2019- 2/2020, trong số đó toàn bộ là nữ, tuổi 18-51, tuổi trung bình là 36. Có 9 bệnh nhân đi khám vì sờ thấy khối u và có 1 bệnh nhân phát hiện khối u tình cờ qua siêu âm. Về chẩn đoán hình ảnh: cả 10 bệnh nhân đều phát hiện thấy khối u vú trên siêu âm, phân độ Birads 3. Chọc hút tế bào cả 10 trường hợp đều trả lời là u xơ tuyến vú. Cả 10 bệnh nhân đều được thực hiện kỹ thuật VABB để loại bỏ khối u vú. 9 trường hợp giải phẫu bệnh là u xơ tuyến vú, 1 trường hợp là ung thư biểu mô tuyến vú, sau đó được thực hiện phẫu thuật Patey. 9 trường hợp khám lại kiểm tra sau can thiệp VABB thấy không có trường hợp nào sót u, có 2 trường hợp tụ dịch trong mô vú, sau đó được chọc hút dịch

dưới hướng dẫn của siêu âm.

Kết luận: Mamotome là một kỹ thuật mới, hiệu quả, tiến bộ trong điều trị u xơ tuyến vú. Phương pháp này an toàn, ít xâm lấn, ít biến chứng, mang lại hiệu quả thẩm mỹ tốt. Điều trị u xơ tuyến vú bằng phương pháp VABB tại bệnh viện Thanh Nhân bước đầu cho kết quả tốt.

SUMMARY

TREATING ADENOFIBRO BREAST TUMOURS WITH MAMOTOME MACHINE STAFF 10 CASES

Background: fibroadeno is a benign tumor of the breast, made up of cells and connective tissue (which is primarily the fibrous organization). Diagnosis is based on clinical examination combined with ultrasound. This is a benign pathology that should be removed surgically with good results. There are currently two methods to remove tumors: open surgery and the use of a Vacuum Assisted Breast Biopsy or VABB.

Purpose: comment on the result of diagnosing and treating fibroadeno of the breast in Thanh Nhan hospital with VABB.

Results: There are 10 cases of mammary fibroids treated with VABB at Thanh Nhan Hospital from 11-20-20-2-2020, of which all were female, aged 18-51, and the average age was 36. There were 9 patients. see a doctor for palpating the tumor and 1 patient found the tumor by accident through ultrasound. About the diagnostic imaging: all 10 patients detected breast tumors on ultrasound, Birads grading 3. Cell aspiration in all 10 cases were breast tumors. All 10 patients underwent VABB to remove breast tumors. Nine cases of breast cancer were fibroids, one was breast adenocarcinoma, and

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2019

Ngày duyệt bài: 15/01/2020

then Patey was performed. 9 cases of re-examination after VABB intervention showed that there were no cases of tumors, there were 2 cases of fluid accumulation in breast tissue.

Conclusions: Mammotome biopsy is an effective, minimally invasive, novel technique used in the verification of breast lesions. The method is safe, minimally invasive, with few complications, providing a good cosmetic effect. Mammotome VABB is an ideal method for benign breast tumor.

Keywords: Mammotome vacuum-assisted breast biopsy (Mammotome VABB); surgery; breast; benign tumor.

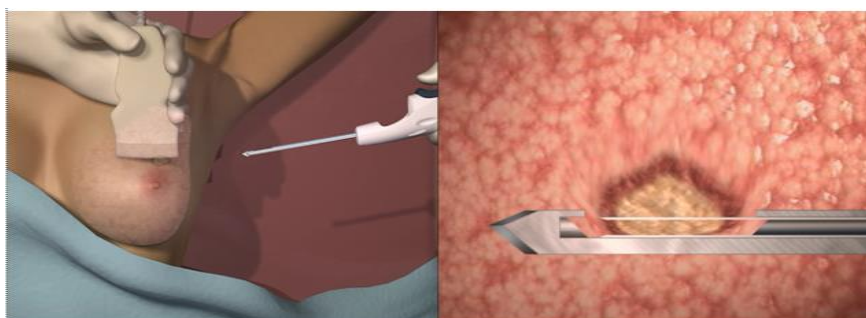
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tuyến vú là một dạng khối u lành tính của tuyến vú, thành phần gồm các tế bào và mô liên kết (trong đó chủ yếu là tổ chức xơ). Chẩn đoán dựa vào thăm khám lâm sàng kết hợp với siêu âm. Đây là bệnh lý lành tính nên loại bỏ khối u bằng ngoại khoa cho kết quả tốt. Hiện tại có 2 phương pháp để loại bỏ khối u: phẫu thuật hở hoặc dùng máy hút u

vú có hỗ trợ áp lực âm (VacuumAssisted Breast Biopsy) hay VABB.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Phương pháp mô tả và phân tích.
- Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân được chẩn đoán là u xơ tuyến vú.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán:
 - + Lâm sàng: sờ thấy khối u vú
 - + Hình ảnh học: siêu âm có hình ảnh u
 - + FNA: u xơ tuyến vú
- Điều trị: bằng phương pháp VABB
 - Siêu âm khảo sát u
 - Tê tại chỗ quanh u dưới siêu âm bằng lidocain 2% có pha adrenalin.
 - Chọc kim 8G dưới siêu âm xuống ngay sát phía dưới của khối u.
 - Điều khiển máy cắt u từng mảnh và hút các mảnh cắt ra ngoài bằng áp lực âm cho tới khi hết u. Bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh.
 - Băng ép vú.
 - Khám kiểm tra sau 1 tuần.

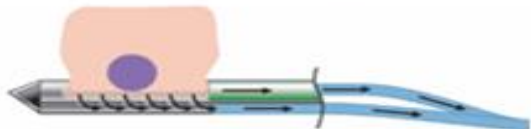


VABB được thực hiện như nào?

1. Đưa kim vào dưới khối u vú



2. Hút khối u vào trong khe hở của kim



3. Cắt toàn bộ khối u



4. Vận chuyển mẫu mô vừa cắt về nơi đựng mẫu mô đi sinh thiết



5. Hình ảnh mẫu mô sau khi lấy sinh thiết VABB



Vết chọc kim 4mm



Sau can thiệp 1 tháng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 10 trường hợp được điều trị u xơ tuyến vú bằng phương pháp VABB, 100% là nữ, tuổi 18-51, trung bình là 36, 9 trường hợp tự sờ thấy khối u vú, 1 trường hợp phát hiện qua siêu âm. 8 trường hợp có 1 u, 1 trường hợp có 2 u cùng 1 bên vú, 1 trường hợp có 3 u phân bố cả 2 bên vú. 10 trường hợp đều phát hiện thấy hình ảnh u trên siêu âm. Siêu âm phát hiện u có kích thước thay đổi, nhỏ nhất 4mm, lớn nhất 32mm, trung bình là 18mm. Tất cả đều được đánh giá phân độ Birads 3 trên siêu âm. Chọc tế bào: 10 trường hợp đều có kết quả u xơ tuyến vú. Tất cả 10 bệnh nhân đều được chẩn đoán u xơ tuyến vú và được chỉ định điều trị bằng phương pháp VABB. Thời gian thực hiện thủ thuật 15-60 phút, trung bình là 36 phút. Bệnh nhân xuất viện sau can thiệp 1-2 ngày. Giải phẫu bệnh: 9 trường hợp là u xơ tuyến vú. 1 trường hợp là ung thư biểu mô tuyến vú. Trường hợp này không sờ được khối u trên lâm sàng mà chỉ phát hiện thấy trên siêu âm, kích thước u 10x5mm, Birads 3, chọc hút tế bào trước can thiệp là u xơ tuyến vú. Bệnh nhân này sau đó đã được thực hiện phẫu thuật Patey. Ở 9 bệnh nhân sau can thiệp VABB còn lại, khi đi khám lại sau can thiệp 1 tuần thấy không có trường hợp nào sót u, có 2 trường hợp có tụ dịch trong mô vú, được hút dịch dưới hướng dẫn của siêu âm. 2 bệnh nhân này sau đó khám kiểm tra lại không thấy có tụ máu, tụ dịch.

IV. BÀN LUẬN

U xơ tuyến vú là một dạng khối u lành tính của tuyến vú, thành phần gồm các tế bào và mô liên kết (trong đó chủ yếu là tổ chức xơ). Biểu hiện là các khối tròn, mật độ cứng xuất hiện ở một hay nhiều vị trí trong tuyến vú. Bệnh nhân thường cảm giác đau tức

trong vú hoặc tự sờ thấy khối u. Bệnh hay gặp ở lứa tuổi 20-30 tuổi và có thể phát triển, thay đổi theo nội tiết tố của bệnh nhân. Bệnh tiến triển chậm và hầu như không biến đổi thành ung thư. Chẩn đoán bệnh dựa vào thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng. Siêu âm tuyến vú giúp với phân độ Birads giúp bước đầu phân loại tổn thương vú có tính chất lành tính hay ác tính. Chọc hút tế bào giúp chẩn đoán xác định bệnh lý u xơ tuyến vú, cho độ tin cậy lên đến 90%. Điều trị bệnh lý này bằng phẫu thuật hở bóc khối u hoặc VABB. Trong đó VABB hiện nay đang được phổ biến ngày càng rộng vì ưu điểm là can thiệp ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả, đảm bảo tính thẩm mỹ.

Trong 10 trường hợp của chúng tôi được điều trị u xơ tuyến vú bằng phương pháp VABB, 100% là nữ, tuổi 18-51, trung bình là 36, 9 trường hợp tự sờ thấy khối u vú, 1 trường hợp phát hiện qua siêu âm. 8 trường hợp có 1 u, 1 trường hợp có 2 u cùng 1 bên vú, 1 trường hợp có 3 u phân bố cả 2 bên vú. 10 trường hợp đều phát hiện thấy hình ảnh u trên siêu âm. Siêu âm phát hiện u có kích thước thay đổi, nhỏ nhất 4mm, lớn nhất 32mm, trung bình là 18mm. Tất cả đều được đánh giá phân độ Birads 3 trên siêu âm. Chọc tế bào: 10 trường hợp đều có kết quả u xơ tuyến vú.

Sinh thiết kim lõi hỗ trợ chân không (mammotome biopsy) là một kỹ thuật mới, ít xâm lấn, được sử dụng trong chẩn đoán và điều trị các tổn thương vú khu trú. Sinh thiết đầu tiên được thực hiện vào ngày 5 tháng 8 năm 1995 tại Denver, Hoa Kỳ. Từ năm 1996, các đề cập ở trên đã được sử dụng ở châu Âu và Ba Lan - 1999 (1). Thủ thuật bao gồm lấy ra một vài mẫu nhu mô vú bằng kim quay được nối với thiết bị tạo chân không. Bệnh phẩm có thể được hút tự động mà không cần

phải tháo kim. Tùy thuộc vào đặc điểm của các tổn thương, việc kiểm tra có thể được thực hiện dưới siêu âm hoặc kiểm soát nhũ ảnh (sinh thiết lập thể), và thậm chí cộng hưởng từ. Do nhiều ưu điểm, sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không đã trở thành một thủ tục được sử dụng phổ biến trong chẩn đoán tổn thương vú dạng nốt (2, 3). Điều quan trọng nhất của phương pháp này bao gồm sự an toàn, ít đau và khả năng xâm lấn tối thiểu. Sinh thiết nói trên không yêu cầu bệnh nhân nhập viện, để lại sẹo nhỏ mà không cần khâu vết thương, và không làm biến dạng vú. Thời gian của thủ tục tương đối ngắn chỉ khoảng 30 phút và bệnh nhân có thể nhanh chóng trở lại hoạt động. Ban đầu phương pháp này được sử dụng như một phương pháp chẩn đoán bệnh. Sinh thiết đã đề cập ở trên được chỉ định trong trường hợp có sự xuất hiện của các tổn thương ở vú cần phải xác minh mô bệnh học (4). Do bệnh phẩm bị cắt thành nhiều mảnh nhỏ nên phương pháp này ít được thực hiện khi nghi ngờ tổn thương ác tính. Trong trường hợp bản chất lành tính của tổn thương vú, mammotome là một xâm lấn tối thiểu có thể thay thế cho phẫu thuật mở giúp loại bỏ khối u. Bệnh nhân không cần chuẩn bị đặc biệt ngoại trừ các thông số về nhóm máu và đông máu. Các biến chứng có thể xảy ra là: bầm tím da vú, khối máu tụ tại vị trí sinh thiết, đau, và tổn thương da và cơ ngực. Một số trường hợp hiếm gặp có thể có tràn máu tràn khí màng phổi sau sinh thiết cho đầu nhọn của kim làm tổn thương màng phổi. Giải phẫu bệnh: 9 trường hợp là u xơ tuyến vú. 1 trường hợp là ung thư biểu mô tuyến vú. Trường hợp này không sờ được khối u trên lâm sàng mà chỉ phát hiện thấy trên siêu âm, kích thước u 10x5mm, Birads 3, chọc hút tế bào trước can thiệp là u xơ tuyến vú. Hạn chế của phương pháp bao gồm

chi phí thiết bị cao và đòi hỏi bác sĩ thực hiện sinh thiết phải có kinh nghiệm.

Khối u vú là bệnh lý hay gặp. Chẩn đoán phân biệt các tổn thương nhỏ của vú là đặc biệt khó khăn. Cho đến gần đây, tiêu chuẩn vàng trong những trường hợp như vậy là sinh thiết phẫu thuật mở. Tuy nhiên, vì phẫu thuật mở có thể xảy ra các biến chứng, thời gian thực hiện thủ thuật dài, để lại sẹo lớn và có thể gây biến dạng vú nên hiện nay bệnh nhân có xu hướng tìm kiếm các phương pháp ít xâm lấn và đảm bảo tính thẩm mỹ hơn. Sinh thiết Mammotome giúp loại bỏ hoặc giảm đáng kể những khiếm khuyết này (5). Các ưu điểm đã đề cập ở trên là hiệu quả, xâm lấn tối thiểu, tính thẩm mỹ cao, rất ít biến chứng (6-7). Kỹ thuật này dần dần thay thế cho kỹ thuật sinh thiết kim lõi, có nhược điểm chính là tỷ lệ không chẩn đoán cao (4 - 35,4%) và kết quả âm tính giả (2,6 - 20%) (8). Trong trường hợp tổn thương lành tính xác minh thêm bằng phương pháp sinh thiết phẫu thuật mở là không cần thiết (9). Trong trường hợp tổn thương lành tính và những khối u không quá to, mammotome một phương pháp điều trị hiệu quả giúp loại bỏ khối u khỏi cơ thể. Trong hơn 90% trường hợp các tổn thương có thể được loại bỏ hoàn toàn (10), đây là một thay thế tốt cho sinh thiết phẫu thuật mở cho phép tránh can thiệp phẫu thuật.

Thời gian thực hiện thủ thuật 15-60 phút, trung bình là 36 phút. Bệnh nhân xuất viện sau can thiệp 1-2 ngày. Bệnh nhân này sau đó đã được thực hiện phẫu thuật Patey. Ở 9 bệnh nhân sau can thiệp VABB còn lại, khi đi khám lại sau can thiệp 1 tuần thấy không có trường hợp nào sốt u, có 2 trường hợp có tụ dịch trong mô vú, được hút dịch dưới hướng dẫn của siêu âm. 2 bệnh nhân này sau đó khám kiểm tra lại không thấy có tụ máu, tụ dịch.

Trong trường hợp tổn thương nghi ngờ ác tính, phương pháp này giúp lấy bệnh phẩm để chẩn đoán mô bệnh học, giúp bác sỹ đưa ra quyết định điều trị thích hợp. Biến chứng phổ biến nhất của phương pháp này là tụ máu (6), đôi khi cần can thiệp chọc hút và bơm rửa máu cục. Cách phòng ngừa chảy máu tốt nhất từ vị trí sinh thiết là đeo băng áp lực trong 24 giờ đầu.

V. KẾT LUẬN

Qua 10 trường hợp bệnh nhân sử dụng máy Mamotome để loại bỏ khối u vú thì 9 trường hợp lấy hết khối u, 1 trường hợp phải phẫu thuật Patey.

Mamotome là kỹ thuật mới điều trị u xơ tuyến vú, hiệu quả, an toàn và thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Povoski sP, jimenez re:** A comprehensive evaluation of the 8-gauge vacuum-assisted Mammotome system for ultrasound-guided diagnostic biopsy and selective excision of breast lesions. *World j surg oncol* 2007; 5: 83.
2. **Burak We, agnese dM, Povoski sP:** Advances in the surgical management of early stage invasive breast cancer. *curr Probl surg* 2004; 41: 877–936.
3. **Mathew j, crawford dj, Lwin M et al.:** Ultrasound-guided, vacuum-assisted excision in the diagnosis and treatment of clinically benign breast lesions. *ann r coll surg engl* 2007; 89: 494-96.
4. **Heywang-Köbrunner sH, Heinig a, Hellerhoff K et al.:** Use of ultrasound-guided percutaneous vacuum-assisted breast biopsy for selected difficult indications. *Breast j* 2009; 15: 348-56.
5. **Nakano s, sakamoto H, ohtsuka M et al.:** Evaluation and indications of ultrasound-guided vacuum-assisted core needle breast biopsy. *Breast cancer* 2007; 14: 292-96.
6. **Simon jr, Kalbhen cL, cooper et al.:** Accuracy and complication rates of US-guided vacuumassisted core breast biopsy: initial results. *radiology* 2000; 215: 694-97.
7. **Fine re, Boyd Ba, Whitworth PW et al.:** Percutaneous removal of benign breast masses using a vacuum-assisted hand-held device with ultrasound guidance. *am J surg* 2002; 184: 332-36.
8. **Pisano ed, Fajardo LL, caudry dj et al.:** Fineneedle aspiration biopsy of nonpalpable breast lesions in a multicenter clinical trial: results from the radiologic diagnostic oncology group V. *radiology* 2001; 219: 785-92.
9. **Chen sc, Yang Hr, Hwang tL et al.:** Intraoperative ultrasonographically guided excisional biopsy or vacuum-assisted core needle biopsy for nonpalpable breast lesions. *ann surg* 2003; 238: 73842.
10. **Plantade r, Hammou jc, gerard F et al.:** Ultrasound-guided vacuum-assisted biopsy: review of 382 cases. *j radiol* 2005; 86: 1003-15

TỔN THƯƠNG TỦY DO CHẤN THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN HẸP ỐNG SỐNG CỘT VÀ VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT GIẢI ÉP PHÍA SAU

Phan Minh Trung*, Hà Văn Linh*

SUMMARY

TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY IN PATIENTS WITH CERVICAL STENOSIS AND THE ROLE OF POSTERIOR DECOMPRESSION SURGERY

Cervical canal stenosis due to degeneration is common at the age of 55 years, the most common causes are disc degeneration, thickening of the yellow ligament, hypertrophy of the vertebrae, articular, spondylolysis, and especially ossification of posterior ligament (OPLL)... Clinical manifestations include symptoms of mechanical pain in the neck - shoulder neck, medullary syndrome, root syndrome, which may appear individually or in combination. Symptoms usually progress slowly, gradually increasing, progressing into episodes. However, we have encountered a number of cases that had no previous clinical manifestations but only after a minor indirect injury in the cervical spine appeared severe neurological deficiencies. Through a number of clinical cases, the article aims to address the clinical features, imaging diagnosis and appropriate surgical management attitude in these patients.

I. TỔNG QUAN

Hẹp ống sống cột sống thoái hóa thường gặp ở lứa tuổi ≥ 55 , nguyên nhân thường là thoái hóa đĩa đệm, dày vôi hóa dây chằng vàng, phì đại xương thân đốt, diện khớp hoặc bảng sống, trượt đốt sống và đặc biệt là bệnh lý cốt hóa dây chằng dọc sau (OPLL)...

**Bệnh viện Thanh Nhân*

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Trung

Email: drphanspine72@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 24/12/2019

Ngày duyệt bài: 28/01/2020

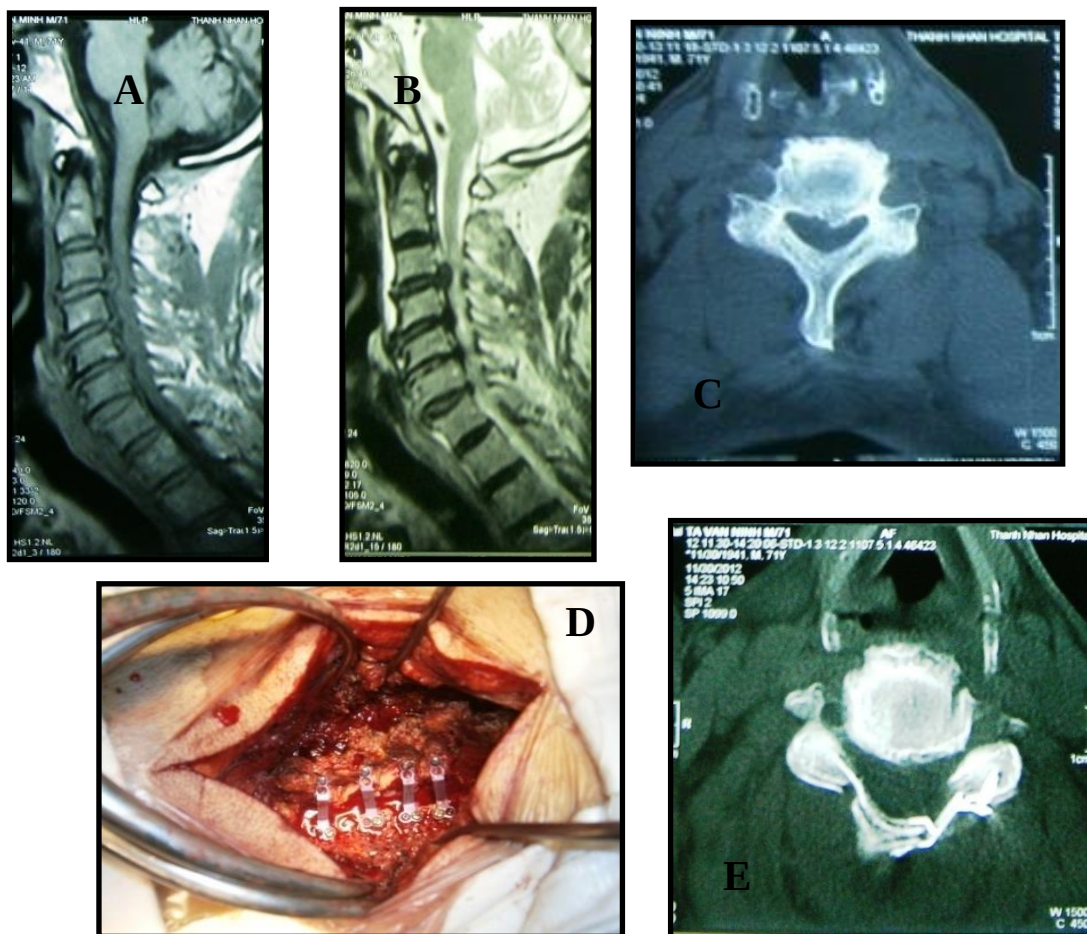
Biểu hiện lâm sàng bao gồm các triệu chứng đau cơ học tại cổ - vai gáy, hội chứng tủy, hội chứng rễ, có thể xuất hiện riêng lẻ hoặc phối hợp. Các triệu chứng thường diễn biến từ từ, tăng dần, tiến triển thành nhiều đợt. Tuy nhiên chúng tôi gặp một số trường hợp trước đó không có biểu hiện lâm sàng đặc biệt nhưng chỉ sau một chấn thương gián tiếp nhẹ ở cột sống cổ lại xuất hiện những thiếu hụt thần kinh nặng nề.

Qua một số ca lâm sàng, bài viết nhằm mục đích đề cập đến đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và thái độ xử trí ngoại khoa hợp lý ở các bệnh nhân này.

CA LÂM SÀNG 1

Bệnh nhân nam 71 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, thỉnh thoảng có đau cổ, không có các triệu chứng thần kinh trước đó, vẫn lao động sinh hoạt bình thường. Sau một chấn thương nhẹ, bệnh nhân ngã xe đạp ngồi xuống đất, không có chấn thương trực tiếp vào cổ, đầu cúi khi chấn thương. Sau chấn thương liệt vận động tứ chi, frankel B. Rối loạn cơ tròn.

Hình ảnh XQ qui ước (tỷ lệ Pavlop-Torg) và CT scan cột sống cổ không thấy tổn thương vỡ, trật thân đốt sống do chấn thương. Chụp cộng hưởng từ cột sống cổ không thấy các tổn thương do chấn thương, nhưng thấy dây chằng dọc sau dạng liên tục (hỗn hợp) và thoái hóa đĩa đệm từ C3 - C6 gây hẹp ống sống độ III, nặng nhất là đoạn C3 - C4. Tổn thương phù tủy biểu hiện bằng hình ảnh tăng tín hiệu trong tủy trên thì T2W, đường kính trước sau (AP) ống sống cổ chỗ hẹp nhất là tương ứng mức ngang C3/4 là 5 mm.



A.B.MRI cột sống cổ trước mổ cho thấy dày dây chằng dọc sau và thoái hóa đĩa đệm từ C3 – C6 gây hẹp ống sống, nặng nhất là đoạn C3-C4.Tổn thương phù tủy biểu hiện bằng hình ảnh tăng tín hiệu trong tủy trên thì T2W.**C.** Mổ tạo hình bằng sống theophuong pháp Hirabayshi với nẹp Titan từ C3-C6. **D.** Mặt cắt ngang lòng ống sống trước mổ**E.** Mặt cắt ngang lòng ống sống sau mổ

Bệnh nhân được mổ tạo hình bằng sống cổ từ C3 – C6 theo phương pháp Hirabayshi với nẹp Titan 10 mm với mục đích giải ép tủy. Kết quả lâm sàng rất khả quan, ngay sau mổ bệnh nhân đã phục hồi cảm giác và ngày thứ 2 đã phục hồi vận động với điểm cơ lực 3/5 ở tứ chi.

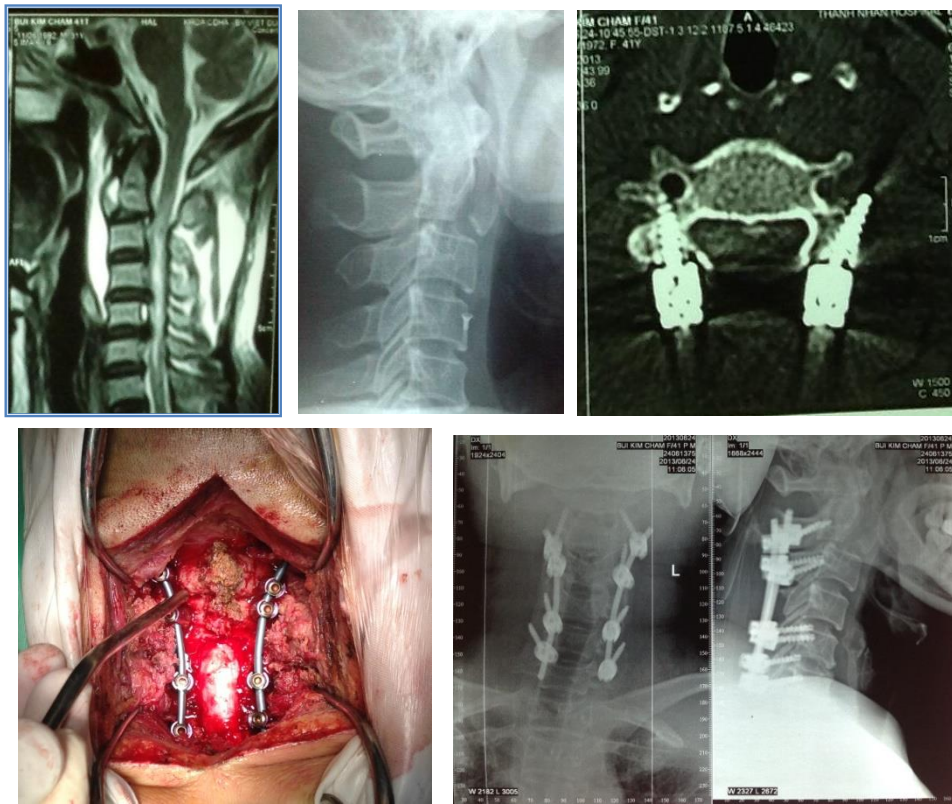
CA LÂM SÀNG 2

Bệnh nhân nam 68 tuổi, tiền sử đau vai gáy nhiều năm, có lan tê xuống hai tay, tuy nhiên vẫn lao động sinh hoạt bình thường. Sau một chấn thương nhẹ, bệnh nhân ngã cầu thang, không có chấn thương trực tiếp vào cột sống cổ, đầu cúi khi chấn thương. Sau chấn thương liệt vận động tứ chi (Cơ lực 2 chi dưới 0/5, chi trên 2/5. Mất cảm giác hoàn toàn từ hõm ức trên xuống.Rối loạn cơ tròn.

Hình ảnh XQ qui ước và CT scan cột sống cổ không thấy tổn thương vỡ, trật thân đốt sống do chấn thương. Chụp cộng hưởng từ cột sống cổ hẹp ống sống độ III từ C2-6, nặng nhất là đoạn C5–C6. Tổn thương dập, phù tủy biểu hiện bằng hình ảnh tăng tín hiệu

trong tủy trên thì T2W kéo dài từ C3-C7, đường kính trước sau (AP) ống sống cổ chỗ

hẹp nhất là tương ứng mức ngang C5/6 là 5mm.



Bệnh nhân được mổ cắt bảng sống cổ giải ép (Laminectomy) từ C2 – C6, cố định cột sống bằng vít cuống C2 và vít khối bên C3-C6. Kết quả lâm sàng rất khả quan, ngay sau mổ bệnh nhân đã phục hồi cảm giác hai chi trên, sau đó là hai chi dưới. Cơ lực cũng cải thiện sau đó và bệnh nhân có thể đứng dậy với trợ giúp sau 3 tuần điều trị FHCN.

BÀN LUẬN

Cơ chế bệnh sinh vẫn còn nhiều tranh cãi. Sau đây là một số giả thuyết có thể đơn độc hoặc phối hợp

1. Chèn ép cơ học trực tiếp vào tủy giữa các cầu xương và sự phì đại bao quanh của dây chằng vàng, đặc biệt trên một cơ địa hẹp ống sống bẩm sinh hoặc bán trật cột sống cổ

2. Thiếu máu tủy do chèn ép mạch máu (Thiếu máu động mạch hoặc ngưng trệ tuần hoàn tĩnh mạch)

3. Các chấn thương nhắc lại liên tục vào tủy sống do những cử động bình thường của cột sống cổ làm các cầu mỏ xương hoặc đĩa đệm lồi tác động vào tủy hoặc rễ

- Cử động đầu – chân với các động tác cúi ngửa cổ

- Sự co kéo sang bên với các dây chằng răng cưa

- Đường kính của lòng ống sống biến đổi liên tục khi cổ thực hiện các động tác cúi ngửa bình thường

Tuy nhiên nhiều trường hợp có hẹp ống sống cổ phát hiện trên chẩn đoán hình ảnh nhưng không có biểu hiện lâm sàng (Theo

hiều nghiên cứu là 50% các trường hợp không triệu chứng mà tình cờ phát hiện)

KẾT LUẬN

- Nguy cơ thương tổn thần kinh khi chấn thương sẽ cao hơn ở những bệnh nhân có bệnh lý hẹp ống sống cổ từ trước vì trong những trường hợp này, tuỷ sống sẽ mất đi lớp dịch não tuỷ có vai trò bảo vệ tự nhiên xung quanh nên lực sẽ tác động trực tiếp vào tuỷ vùng hẹp. Thêm nữa tuỷ vùng này thường có tổn thương thoái hoá Myelin từ trước do tình trạng thiếu máu mãn tính ở vùng hẹp.

- Tạo hình bằng sóng cổ giải ép tuỷ lồi sau là phương pháp điều trị phẫu thuật rất có hiệu quả đối với những trường hợp chấn thương cột sống cổ ở các bệnh nhân có hẹp ống sống cổ từ trước. Chỉ định cấp cứu khi: BN có hình ảnh hẹp ống sống cổ do thoái hóa trên chẩn đoán hình ảnh, có chấn thương, có thương tổn thần kinh xuất hiện nhanh và nặng và không có bằng chứng về sự mất vững của cột sống trước mổ, nếu có mất vững thì nên làm phối hợp phẫu thuật cứng khớp và hàn xương, cho đến nay chúng tôi đã phẫu thuật hơn 30 ca bệnh lý hẹp ống sống cổ với phẫu thuật lồi sau bằng cả hai phương pháp: tạo hình bằng sóng và cắt bằng sóng kèm cố định vít khối bên với kết quả rất khả quan.

- Khuyến cáo không sử dụng các liệu pháp điều trị gây chấn thương như kéo dẫn, nắn ở các bệnh nhân hẹp ống sống cổ. Khi có dấu hiệu đau cơ học tại cổ phải khám chuyên khoa và chỉ định thăm dò chẩn đoán hình ảnh hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Boden SD, Dodge LD, Bohlman HH, Reichtine GR.** Rheumatoid arthritis of the cervical spine. A longterm analysis with predictors of paralysis and recovery. J Bone Joint Surg Am. 1993;75(9):1282-97.

2. **Gore DR.** Roentgenographic findings in the cervical spine in asymptomatic persons: a ten-year follow-up. Spine. 2001;26(22):2463-6.8. Korean Orthop Assoc. 1999;34(2):265-71.
3. **Matsuura P, Waters RL, Adkins RH, Rothman S, Gurbani N, Sie I.** Comparison of computerized tomography parameters of the cervical spine in normal control subjects and spinal cord-injured patients. J Bone Joint Surg Am. 1989;71(2):183-8.
4. **Pavlov H, Torg JS, Robie B, Jahre C.** Cervical spinal stenosis: determination with vertebral body ratio method. Radiology. 1987;164(3):771-5.
5. **Penning L, Wilmsink JT, van Woerden HH, Knol E.** CT myelographic findings in degenerative disorders of the cervical spine: clinical significance. AJR Am J Roentgenol. 1986;146(4):793-801.
6. **Okada Y, Ikata T, Yamada H, Sakamoto R, Katoh S.** Magnetic resonance imaging study on the results of surgery for cervical compression myelopathy. Spine. 1993;18(14):2024-9.
7. **Lim JK, Wong HK.** Variation of the cervical spinal Torg ratio with gender and ethnicity. Spine J. 2004;4(4):396-401.
8. **Prasad SS, O'Malley M, Caplan M, Shackelford IM, Pydisetty RK.** MRI measurements of the cervical spine and their correlation to Pavlov's ratio. Spine. 2003;28(12):1263-8.
9. **Countess RW, Vijayanathan T.** Congenital stenosis of the cervical spine: diagnosis and management. J Natl Med Assoc. 1979;71(3):257-64.
10. **Kang JD, Figgie MP, Bohlman HH.** Sagittal measurements of the cervical spine in subaxial fractures and dislocations: An analysis of two hundred and eighty-eight patients with and without neurological deficits. J Bone Joint Surg Am. 1994;76(11): 1617-28.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU QUẢN BẰNG HOLMIUM LASER TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN GIAI ĐOẠN 2014-2019

Đào Quang Minh*, Nguyễn Duy Thịnh*, Phạm Thanh Tùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và đánh giá kết quả tán sỏi niệu quản qua nội soi ngược dòng bằng Holmium laser tại Bệnh viện Thanh Nhân

Đối tượng: 1552 bệnh nhân đã được tán sỏi niệu quản tại bệnh viện Thanh nhân

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả

Kết quả: Tỷ lệ tán sỏi thành công 94,6%, thất bại 5,4%, tỉ lệ biến chứng là 6,3% nhưng đều là các biến chứng nhẹ

Kết luận: Đối với bệnh lý sỏi niệu quản thì tán sỏi nội soi ngược dòng bằng Holmium Laser là phương pháp an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: sỏi niệu quản, laser

SUMMARY

URETEROSCOPY LITHOTRIPSY FOR URETERAL STONE WITH HOLMIUM LASER AT THANH NHAN HOSPITAL STAGE 2014-2019

Objectives: Description characteristic and Evaluation effect of holmium laser lithotripsy underureteroscopy in Thanh Nhan hospital.

Subjects: 1552 patients, who had use holmium laser lithotripsy underureteroscop for treatment ureteral stone in Thanh Nhan Hospital from 2014 to 2019.

Methods: description and retrospective case series.

Results: succesful, unsuccesful and failure were 94,6%, 5,4% and 6,3%, most of them were minor symptoms. **Conclusion:** holmium laser

lithotripsy underureteroscopy for ureteral stone was safety and effective method.

Key word: ureteral stone, holmium laser

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường tiết niệu là bệnh thường gặp và chiếm khoảng 30 - 40% bệnh lý đường tiết niệu, trong đó sỏi niệu quản đứng hàng thứ hai sau sỏi thận chiếm 25 – 30%. 80% sỏi niệu quản từ trên thận di chuyển xuống, sỏi có thể một hay nhiều viên ở các vị trí khác nhau. Nếu không điều trị kịp thời, giải phóng sự bít tắc sẽ dẫn tới biến chứng viêm nhiễm ứ nước, ứ mủ, suy thận có thể gây tử vong cho bệnh nhân. Trước đây điều trị can thiệp sỏi niệu quản chủ yếu là phẫu thuật mở lấy sỏi. Từ cuối thế kỷ 20 trên thế giới có nhiều phương pháp điều trị sỏi ít gây tổn thương cho bệnh nhân như: Tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL – Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy), tán sỏi qua da (Percutaneous nephrolithotripsy), mổ nội soi lấy sỏi (Laparoscopy), tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng (Retrograde Ureteroscopy lithotripsy) ...mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân. Tại Bệnh viện Thanh Nhân phương pháp tán sỏi nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng Holmium laser được thực hiện từ tháng 3 năm 2013 và thu được những kết quả rất khả quan. Trên cơ sở thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả tán sỏi niệu quản qua nội soi ngược dòng bằng Holmium laser tại Bệnh viện Thanh Nhân giai đoạn từ 2014- 2019.

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Thịnh

Email: bvtncdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2019

Ngày duyệt bài: 15/01/2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**1. Đối tượng nghiên cứu:**

Gồm 1552 bệnh nhân được điều trị tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng bằng Holmium laser tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 12 năm 2019.

2. Phương pháp nghiên cứu:

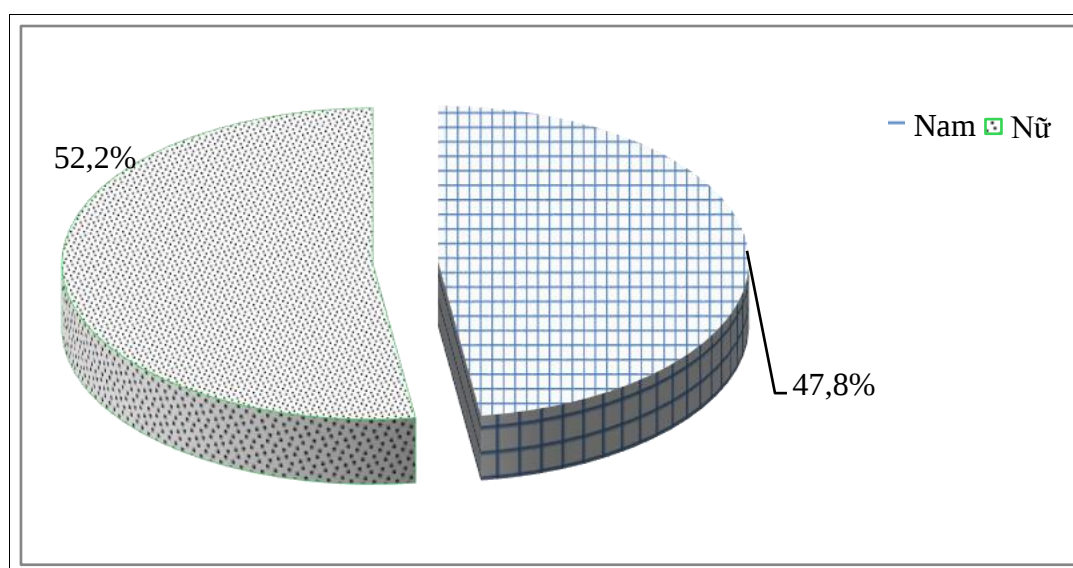
Mô tả hồi cứu. Sử lý số liệu dựa vào phần mềm SPSS 16.0

Thiết bị thực hiện là máy tán sỏi SphinX

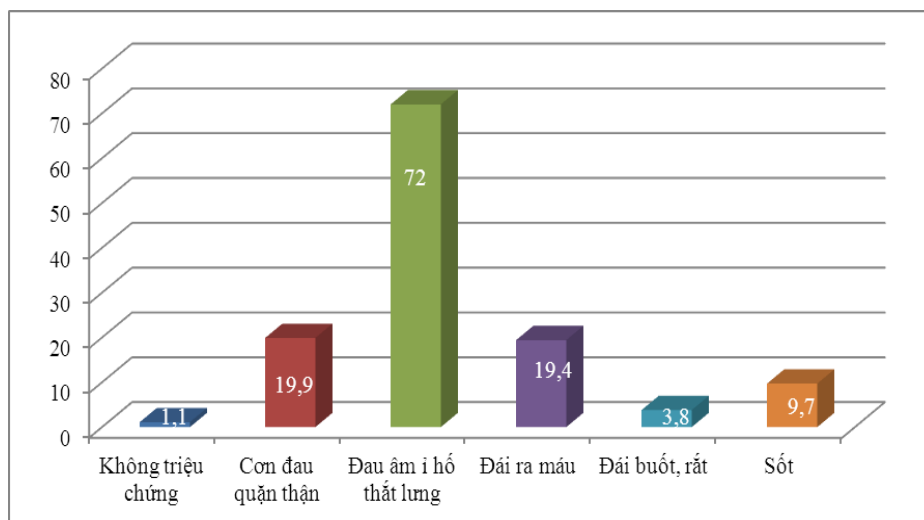
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1: Phân bố tuổi**

Nhóm tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
< 20	5	0,3
20-39	207	10,7
40-59	1004	64,7
≥ 60	336	21,6
Tổng số	1552	100
Trung bình	52,24 ± 10,35 tuổi	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 52,24 ± 10,35 tuổi, cao nhất 91 tuổi, thấp nhất 19 tuổi, độ tuổi hay gặp nhất là 40 - 59 chiếm 64,7%.

**Biểu đồ 1: Phân bố theo giới**

Nhận xét: Tỷ lệ nam chiếm 47,8%, cao hơn nữ chiếm 52,2%..



Biểu đồ 2: Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng

Nhận xét: Triệu chứng đau âm ỉ hố thắt lưng khiến bệnh nhân phải đi khám chiếm tỷ lệ cao nhất là 72%, triệu chứng đau quặn thận chiếm tỷ lệ 19,9% triệu chứng đái ra máu chiếm 19,4% không có triệu chứng chỉ chiếm 1,1%

Bảng 2: Kích thước sỏi trên phim chụp

Kích thước sỏi (mm)	Số BN	Tỷ lệ (%)
<10	467	30,1
10-14	901	58,1
15-19	158	10,0
≥20	26	1,7
Tổng số	1552	100
Trung bình 11,14 ± 2,84mm, lớn nhất 20mm, nhỏ nhất 5mm		

Nhận xét: Kích thước sỏi trung bình là 11,14 ± 2,84mm. Lớn nhất 20mm, Nhỏ nhất 5mm. Sỏi có kích thước 10- 14mm gặp tỷ lệ cao nhất chiếm 58,1%, sỏi ≥20mm chỉ chiếm 1,6%.

Bảng 3: Các vị trí sỏi niệu quản

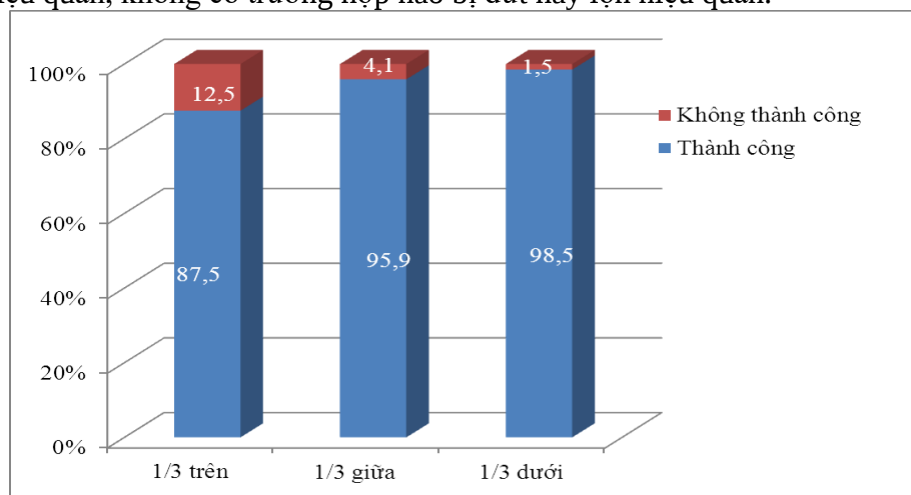
Vị trí		n	Tỷ lệ (%)
Theo các bên niệu quản	Bên phải	759	48,9
	Bên trái	776	50,0
	Hai bên	17	1,1
	Tổng	1552	100
Theo vị trí trên niệu quản	1/3 trên	401	25,8
	1/3 giữa	610	39,3
	1/3 dưới	541	34,9
	Tổng	1552	100

Nhận xét: Có 48,9% sỏi niệu quản phải, 50% sỏi niệu quản trái, sỏi gặp đồng thời cả hai bên chiếm 1,1%. Có 39,3% sỏi ở 1/3 giữa, 34,9% sỏi ở 1/3 dưới, 25,8% sỏi ở 1/3 trên.

Bảng 4: Các biến chứng thường gặp khi tán sỏi

Biến chứng	BN	Tỷ lệ%
Tổn thương niêm mạc	40	2,6
Thủng niệu quản	8	0,5
Tổng số	48	6,3

Nhận xét: Có 40 BN chiếm 2,6% bị tổn thương niêm mạc niệu quản. 8 BN chiếm 0,5% bị thủng niệu quản, không có trường hợp nào bị đứt hay lộn niệu quản.



Biểu đồ 3: Đánh giá kết quả tán sỏi

Nhận xét: Có 1468 BN chiếm 94,6% thành công, những bệnh nhân có sỏi ở vị trí 1/3 dưới có tỷ lệ thành công cao nhất là 98,5%, tỷ lệ thành công ở những bệnh nhân có sỏi niệu quản vị trí 1/3 trên là thấp nhất 87,5%.

Bảng 7: Tìm hiểu các nguyên nhân thất bại

Nguyên nhân	BN	Tỷ lệ%
Không đưa được máy lên đến sỏi	18	1,1
Sỏi di chuyển lên thận	66	4,3
Tổng số	84	5,4

Nhận xét: Có 84 BN không can thiệp được sỏi chiếm 5,4%. Trong đó có 66 BN có sỏi di chuyển lên thận chiếm 4,3%, 18 BN không đưa được máy sỏi lên đến vị trí sỏi chiếm 1,1%.

Bảng 8: Thời gian phẫu thuật

Thời gian(phút)	BN	Tỷ lệ%
< 30	576	37,1
30- 60	926	59,7
>60	50	3,2
Tổng số	1552	100
Trung bình	32,27 ± 11,99 phút	

Nhận xét: Thời gian tán sỏi trung bình là $32,27 \pm 11,99$ phút, ngắn nhất là 10 phút và dài nhất là 70 phút. Số BN có khoảng thời gian tán sỏi từ 30-60 phút chiếm tỉ lệ cao nhất là 59,7% (926 BN). Số BN có khoảng thời gian tán sỏi trên 60 phút chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3,2% với 50 BN.

Bảng 9: Các triệu chứng thường gặp sau mổ

Triệu chứng	BN	Tỷ lệ%
Tiểu đỏ	225	14,5
Sốt	133	8,6
Đau quận thận	59	3,8
Đau nhẹ vùng hông lưng	183	11,8
Các biểu hiện khác	101	6,5

Nhận xét: Sau khi tán sỏi có 225 BN chiếm 14,5% có nước tiểu đỏ, 133 BN chiếm 8,6% có sốt, 59 BN chiếm 3,8% có cơn đau quận thận, 183 BN chiếm 11,8% có đau tức vùng hông lưng và 101 BN chiếm 6,5% có biểu hiện khác như đau đầu, đau thượng vị, đại tiện phân lỏng...

IV. BÀN LUẬN

Sau khi tán sỏi niệu quản cho 1552 trường hợp chúng tôi nhận thấy sỏi niệu quản gặp ở nhiều lứa tuổi, cao nhất là 91 tuổi, thấp nhất là 18 tuổi. Lứa tuổi có tỷ lệ cao nhất ở 40-59 chiếm 64,7% (1004BN), đây là lứa tuổi nằm trong độ tuổi lao động có năng suất, chất lượng công việc và kinh nghiệm thực tế cao, nên khi mắc bệnh sẽ ảnh hưởng tới hiệu quả công việc và sức lao động của xã hội. Độ tuổi trung bình là $52,24 \pm 10,3$. Kết quả này có phần cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hùng (2016) [4]. Theo các tác giả Nguyễn Bửu Triều (2003), Nguyễn Quang (2009), Trần Quán Anh (2001) cho rằng sỏi niệu quản có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng chủ yếu gặp ở lứa tuổi lao động 30-60 tuổi. Tỷ lệ nam chiếm 47,8%, nữ chiếm 52,2%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp theo một số nghiên cứu của các tác giả như Đàm Văn Cương (2002) [3], Nguyễn Quang (2004) [5], Dương Văn Trung (2009) [9], Nguyễn Hoàng Đức (2008) [1], Vũ Lê

Chuyên (2006) [2] thì tỷ lệ nữ gặp ít hơn nam. Qua các tài liệu y văn và các nghiên cứu của nhiều tác giả thì đau là triệu chứng chính khiến BN phải đến viện, có thể là cơn đau quận thận hoặc đau âm ỉ vùng thắt lưng. Nguyễn Bửu Triều (2003), Trần Quán Anh (2001) cho rằng sỏi niệu quản gây bít tắc đường tiết niệu trên nên gây ra cơn đau quận thận; Nguyễn Quang (2009) có 71,3% trường hợp có cơn đau quận thận, có 23,15% BN là đau âm ỉ vùng thắt lưng [5]; Đàm Văn Cương (2002) gặp 97% có cơn đau quận thận [7]. Còn theo nghiên cứu của chúng tôi cơn đau quận thận là 19,9%, đau âm ỉ vùng thắt lưng 72%. Điều này có thể lý giải do ý thức tốt về bệnh tật của BN có sự quan tâm cao. Kích thước sỏi niệu quản: trong nghiên cứu của chúng tôi sỏi niệu quản có kích thước từ 10-14 mm chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,1%, sỏi trên 20mm là chỉ chiếm tỷ lệ 1,7%, kích thước sỏi trung bình là $11,14 \pm 2,84$ mm. Theo Dương Văn Trung (2009) kích thước sỏi trung bình là 14,23mm, sỏi

trên 20mm chiếm 4,1% [8]. Theo Nguyễn Trung Hiếu (2016) kích thước sỏi trung bình là 11,5mm, tỷ lệ sỏi dưới 10mm là 50,1%, từ 11-15mm là 37,1%, và sỏi từ 20mm trở lên chiếm 1,9% . Trong nghiên cứu của chúng tôi: 100% trường hợp đều đặt ống soi vào niệu quản, có 18 trường hợp không tiếp cận được sỏi do niệu quản gấp khúc, xoắn hẹp (chiếm 1,1%), co thắt ôm sát ống soi vì vậy không thể đưa máy lên tiếp cận được sỏi, ngay kể cả dây dẫn đường cũng không thể lên được phía trên, 18 trường hợp này sau đó đều được mổ mở để lấy sỏi, khi mổ ra niệu quản gấp khúc như hình chữ z, sỏi kích thước 1,2-1,8 cm ở 1/3 trên. Chúng tôi không coi triệu chứng đái máu sau tán sỏi là biến chứng vì điều này rất thường gặp sau khi can thiệp vì vậy tỉ lệ biến chứng của chúng tôi không nhiều như các tác giả khác. Tổn thương niệu quản, thường được phát hiện ngay trong quá trình tán sỏi, nhưng có trường hợp phát hiện muộn sau tán khi BN có biểu hiện sốt, đau lưng, khối nề vùng thắt lưng, áp xe quanh thận; khi đó chẩn đoán chính xác nhất dựa vào hình ảnh chụp CT hệ tiết niệu có hình ảnh thoát nước tiểu ra ngoài hệ tiết niệu. Mức độ tổn thương niệu quản có thể gặp như: bông, đưng dập niêm mạc, thủng hoặc rách niệu quản có thể sỏi bị đẩy ra ngoài niệu quản qua chỗ rách. Khi kéo sỏi ra ngoài nếu không cẩn thận có thể gây tổn thương niệu quản nặng, có khi đứt NQ; tùy theo mức độ tổn thương niệu quản mà có thái độ xử lý khác nhau. Khi tán sỏi kèm theo cắt polyp hoặc nang NQ hay sỏi bám dính nhiều thì tổn thương niệu quản càng cao, vì khi ánh sáng Laser tiếp xúc trực tiếp lên thành niệu quản khoảng 2 giây là có thể

gây thủng NQ. Nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào TT niệu quản mức độ nặng có 8 trường hợp thủng nhỏ ở niệu quản chiếm 0,5%, kích thước của lỗ thủng của chỉ khoảng .2-5mm nên chỉ cần điều trị nội khoa bệnh nhân ổn định ra viện. Theo Nguyễn Hoàng Đức tỷ lệ thành công chung là 76,3% [1], Phan Trường Bảo (2009) thành công 96,8% [11]; Nguyễn Trương Thiện thành công chung là 100%, còn của chúng tôi thành công chung là 94,6%, thất bại là 5,4%[10] .Nguyên nhân thất bại: trong số 84 BN thất bại chiếm 5,4%) thì 66 trường hợp sỏi chạy lên thận (chiếm 4,3%), 18 trường hợp không tiếp cận được sỏi do niệu quản gấp khúc (chiếm 1,1%). Còn Phan Trường Bảo (2009) có 0,24% sỏi chạy lên thận và 0,01% không tiếp cận được sỏi [11]. Kết quả tán sỏi phụ thuộc rất nhiều vào sự lựa chọn BN, trang thiết bị phục vụ tán, kinh nghiệm và kỹ năng của phẫu thuật viên; ngoài ra, còn phụ thuộc vào sự phối hợp đồng bộ và thuần thục của ekip tán sỏi.

V. KẾT LUẬN

Đối với bệnh lý sỏi niệu quản thì tán sỏi nội soi ngược dòng bằng Holmium Laser là phương pháp can thiệp ít xâm hại, an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Đức, Nguyễn Tấn Cường, Vũ Hồng Thịnh, Trần Lê Linh Phương (2006). Điều trị sỏi niệu quản đoạn lưng bằng dụng cụ tán sỏi Holmium YAG laser với ống soi cứng. Thời sự y học thành phố Hồ Chí Minh, 9, 9-10

2. **Vũ Lê Chuyên, Vũ Văn Ty, Nguyễn Minh Quang, Đỗ Anh Toàn(2006)**, “Nội soi niệu ngược dòng bằng xung hơi sỏi niệu quản đoạn lưng: kết quả từ 49 trường hợp sỏi niệu quản đoạn lưng được tán sỏi nội soi ngược dòng tại khoa niệu Bệnh viện Bình Dân từ 1/2005- 9/2005, Tạp chí Y Học, **318**, 254 – 261.
3. **Đàm Văn Cương, Trần Quán Anh, Vũ Kiên (2002)**, Góp phần nghiên cứu nguyên nhân thất bại tán sỏi niệu quản qua nội soi, Tạp chí Y Học, **1**, 54 – 55.
4. **Nguyễn Mạnh Hùng(2016)**. Đánh giá an toàn và hiệu quả của nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi bằng laser trong điều trị sỏi niệu quản,Tạp chí y học Việt Nam, **445**, 181-188.
5. **Nguyễn Quang (2009)**. Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản đoạn trên bằng phương pháp phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, Luận án tiến sỹ y học..
6. **Nguyễn Bửu Triều và cs. (2002)**, Nghiên cứu ứng dụng máy tán sỏi ngoài cơ thể Modulith SLX để điều trị sỏi thận và sỏi niệu quản tại bệnh viện Việt Đức (từ tháng 6/1996 đến tháng 8/2000), Đề tài cấp bộ y tế.
7. **Đàm Văn Cương (2002)**, Nghiên cứu điều trị sỏi niệu quản 1/3 dưới bằng phương pháp nội soi niệu quản, Luận án tiến sỹ y học, Hà Nội
8. **Dương Văn Trung, Lê Ngọc Từ, Nguyễn Bửu Triều (2004)**, Kết quả tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng cho 1519 bệnh nhân tại bệnh viện Bưu điện I hà nội,Tạp chí Y học thực hành,**491**, 497-500.
9. **Dương Văn Trung (2009)**, Nghiên cứu kết quả và tai biến, biến chứng trong tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân.
10. **Nguyễn Trương Thiện(2016)**, Kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng phương pháp tán sỏi nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng laser Holmium.Tạp chí y dược lâm sàng 108, **11**, 33-38.
11. **Phan trường Bảo, Nguyễn Tuấn Vinh, Vũ Lê Chuyên (2009)**, Sử dụng Holmium Laser trong nội soi tán sỏi niệu quản đoạn lưng tại Bệnh viện Bình Dân 2009, Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, **4**, 488-490.

BÁO CÁO NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP RAU BONG NON

Nguyễn Thị Ngọc Bích*, Kiều Tiến Quyết*

TÓM TẮT

Rau bong non chiếm khoảng 1% tổng số thai kỳ và là nguyên nhân hàng đầu gây ra máu nửa sau thai kỳ. Rau bong non là tình trạng bánh rau bong khỏi cơ tử cung trước khi sổ thai. Rau bong non tuy là biến chứng hiếm gặp trong thai kỳ nhưng có ảnh hưởng nghiêm trọng đến cả mẹ và thai nhi. Nó cũng là một nguyên nhân quan trọng trong tỷ lệ tử vong và bệnh tật chu sinh.

SUMMARY

A CASE PLACENTAL ABRUPTION

Placental abruption is also called abruptio placentae. Placental abruption complicates about 1% of pregnancies [1] and is a leading cause of vaginal bleeding in the latter half of pregnancy. Placental abruption is the early separation of a placenta from the lining of the uterus before completion of the second stage of labor. Placental abruption is a relatively rare but serious complication of pregnancy and placed the well-being of both mother and fetus at risk. It is also an important cause of perinatal mortality and morbidity.[2][3]

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau bong non được định nghĩa là tình trạng rau bong trước khi sổ thai. Là bệnh lý hiếm gặp của thai kỳ nó chiếm khoảng 1% tổng số thai kỳ [1] nhưng nếu không được

chẩn đoán và xử trí kịp thời sẽ làm tăng tỉ lệ tử vong và bệnh tật ở mẹ và thai nhi. Mức độ nặng của mẹ trong rau bong non phụ thuộc chủ yếu vào mức độ rau bong còn mức độ ảnh hưởng đến thai nhi được xác định cả bởi mức độ nghiêm trọng rau bong và tuổi thai mà nó xảy ra.

Nguyên nhân chính xác của rau bong non là không rõ. Tuy nhiên, một số yếu tố có liên quan đến sự xuất hiện của nó. Các yếu tố rủi ro có thể được nghiên cứu kỹ và phân trong 3 nhóm: lịch sử sức khỏe (bao gồm các hành vi và các tiền sử sản khoa trong quá khứ), mang thai hiện tại và chấn thương bất ngờ. Các yếu tố có thể được xác định trong lịch sử sức khỏe làm tăng nguy cơ bị rau bong non bao gồm hút thuốc, sử dụng cocaine khi mang thai, tuổi mẹ trên 35 tuổi, tăng huyết áp và rau bong non ở thai kỳ trước. Các điều kiện cụ thể đối với thai kỳ hiện tại có thể làm tăng nguy cơ là mang thai nhiều lần, polyhydramnios, tiền sản giật, giảm áp lực tử cung đột ngột và dây rốn ngắn. Cuối cùng, chấn thương ở bụng như tai nạn xe cơ giới, ngã hoặc bạo lực dẫn đến một cú đánh vào bụng có thể dẫn đến bong rau[4][5][6][7][8]. Khi bong trên 50% diện tích bánh rau thường dẫn đến mất tim thai. Chẩn đoán rau bong non là phương pháp lâm sàng, và siêu âm và xét nghiệm Kleihauer - Betke có giá trị hạn chế.

Việc quản lý rau bong non nên được cá nhân hóa tùy theo từng trường hợp tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bong rau và

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Bích
Email: ngocbichdoc76@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2019

Ngày duyệt bài: 15/01/2020

tuổi thai. Trong trường hợp thai nhi bị chết, nên sinh thường bằng âm đạo. Rối loạn đông máu nội mạch nên được quản lý tích cực. Khi sự gián đoạn xảy ra ở hoặc gần kỳ hạn và bà mẹ và thai nhi được trấn an, quản lý bảo thủ với mục tiêu sinh con âm đạo có thể không hợp lý. Tuy nhiên, trong sự hiện diện của sự thỏa hiệp của thai nhi hoặc mẹ, việc cung cấp nhanh chóng thường được chỉ định. Tương tự như vậy, với các tuổi thai cực kỳ non tháng có thể được theo dõi một cách thận trọng và với sự theo dõi chặt chẽ do sự thay đổi nhanh chóng của mức độ bong rau. Hầu hết các trường hợp rau bong non đều không thể dự đoán hoặc phòng ngừa được. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, kết quả của bà mẹ và trẻ sơ sinh có thể được tối ưu hóa thông qua đánh giá chặt chẽ các rủi ro và lợi ích của việc quản lý bảo tồn, đánh giá liên tục về thai nhi và bà mẹ, và thông qua việc đưa ra các quyết định nhanh chóng và chính xác.

II. MÔ TẢ TRƯỜNG HỢP BỆNH

Bệnh nhân 28 tuổi, con lần đầu, thai 39 tuần, tiền sử khỏe mạnh, vào khoa sản bệnh viện Thanh nhân trong tình trạng đau bụng từng cơn vùng hạ vị trước khi vào viện 2 giờ kèm ra máu âm đạo. Tiền sử bệnh nhân khỏe mạnh.

Khám lâm sàng: Tỉnh, không đau đầu, không nhìn mờ, không phù, HA 100/60mmHg, cơn co tử cung tần số 4, cường độ > 100%, tử cung tăng trương lực, tim thai 80 l/ph kéo dài > 3 phút, cổ tử cung lọt ngón tay, âm đạo ra máu cục lẫn máu loãng, ngòai đầu, con ước 3000g.

Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu cho thấy tính trạng

thiếu máu Hb 145 → 106g/l, Hc 3.79 → 3.29T/l. Xét nghiệm sinh hóa: AST 40.9 U/l, ALT 29.9U/l. Xét nghiệm đông máu: fibrinogen 1.26 g/l, INR 0.94. Xét nghiệm nước tiểu: Protein niệu âm tính.

- Siêu âm: sau rau có khối âm vang dạng máu cục kt 27x37mm.

- Monitoring CCTC ts 4 – 5, tử cung tăng trương lực, TT có nhịp chậm 80 – 90l/ph

Sau khi khám đánh giá tính trạng thai và mẹ bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu sau 30 phút kể từ khi vào viện với chẩn đoán: Con so thai 39 tuần – Thai suy – Rau bong non.

Bệnh nhân và gia đình được giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp điều trị, nguy cơ có thể xảy ra trong và sau khi phẫu thuật; người bệnh và gia đình đồng thuận theo phương án điều trị của hội đồng chuyên môn bệnh viện. Đồng thời mới Bác sỹ sơ sinh hồi sức sơ sinh.

Mô tả phẫu thuật:

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản
- Rạch da đường ngang trên vệ vào ổ bụng. Bề mặt tử cung có nhiều điểm nhò máu rải rác chủ yếu tập trung ở mặt trước tử cung.

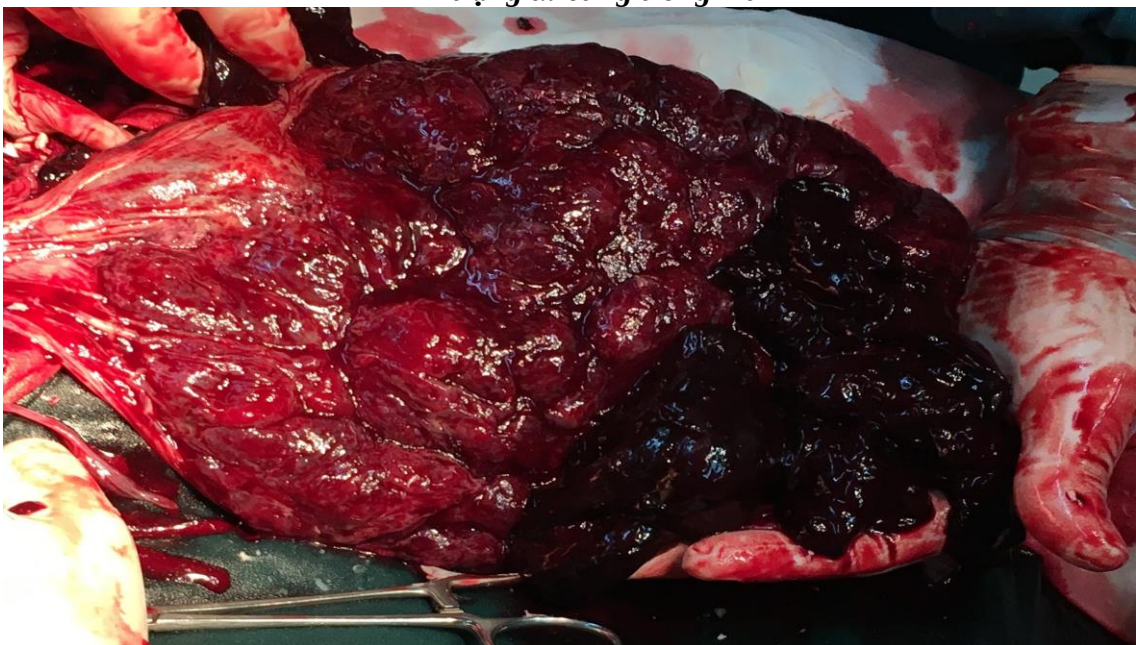
- Rạch ngang đoạn dưới tử cung lấy ra 01 trai 3000gr, APGAR 6 – 7, sau khi hồi sức sơ sinh trẻ không tím, phản xạ sơ sinh tốt.

- Lấy rau: có 300gr máu tụ sau rau, tử cung co kém, kết hợp dùng thuốc tăng co (oxytocin, ergotamin, Duratocin) và xoa bóp tử cung, tử cung co tốt trở lại. Quyết định bảo tồn tử cung. Khâu phục hồi cơ tử cung và đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

- Bệnh nhân được truyền 2 khối hồng cầu và 01 đơn vị plasma trong và sau mổ.



Tình trạng tử cung trong mổ



Hình ảnh máu bánh rau và khối máu tụ sau rau

IV. BÀN LUẬN

Rau bong non là những trường hợp hiếm gặp trong thai kỳ, tỉ lệ rau bong non trong các nghiên cứu chưa có sự thống nhất, sự khác biệt này là do địa dư, bệnh lý phổ biến lưu hành trong thai kỳ, ngay cả trong cùng một quốc gia cũng có sự khác nhau về tỉ lệ trong các nghiên cứu ở các năm và các địa điểm khác nhau[9][10] tỉ lệ chẩn đoán được rau bong non tùy vào mức độ nhưng thường diễn biến rất nhanh dẫn đến tình trạng mất tim thai, rối loạn đông máu ở mẹ.

Theo nghiên cứu của Yeo L, Ananth CV, Vintzileos AM [6][7][9] rau bong non thường xuất hiện trên các đối tượng có yếu tố nguy cơ như: tăng huyết áp, tiền sản giật, rối loạn đông máu, bệnh thận, sau chấn thương... nhưng ở bệnh nhân này rau bong non xuất hiện đột ngột mà bệnh nhân không có các nguy cơ hay bệnh nền nói trên, có thể nói ở bệnh nhân này các yếu tố nguy cơ giúp chẩn đoán rất nghèo nàn. Bệnh nhân thường vào viện với nhiều mức độ triệu chứng khác nhau từ không có triệu chứng đến các triệu chứng rất rõ ràng, ở bệnh nhân này không có các triệu chứng của bệnh lý nền như không tăng huyết áp, không phù, không có protein niệu, triệu chứng chủ yếu của bệnh nhân này là đau bụng một cách đột ngột, tăng dần, đau quá mức kèm theo ra máu cục và máu loãng ở âm đạo là các triệu chứng rất có giá trị về mặt lâm sàng trong chẩn đoán rau bong non[3][6][7]. Theo Glantz và đồng nghiệp, một nghiên cứu nữa của Jaffe và cs: siêu âm xác định được khoảng 50% các trường hợp có hình ảnh bất thường hoặc gợi ý rau bong non [11], với hình ảnh siêu âm gợi ý khối máu tụ sau bánh rau, dấu hiệu rau bong non trên lâm sàng và sự biến đổi xấu của tim thai đây là trường hợp điển hình của rau bong non nếu không xét đến các yếu tố nguy cơ.

Với các triệu chứng và biến đổi xấu của tim thai bệnh nhân này được xếp vào nhóm rau bong non thể nặng được phẫu thuật mổ lấy thai cấp cứu theo đúng khuyến cáo trên thế giới. Các nhân viên y tế rất đáng khen ngợi khi triển khai rất nhanh việc phẫu thuật lấy thai cho bệnh nhân, với tính cấp bách của việc lấy thai bệnh nhân được gây mê nội khí quản để giúp ngắn thời gian phẫu thuật lấy thai. Mức độ tổn thương tử cung và hình ảnh, khối lượng máu tụ sau bánh rau càng giúp khẳng định chẩn đoán xác định. Hình ảnh tổn thương nhồi máu rải rác tại tử cung, tử cung co kém sau lấy thai, 300gr máu tụ sau bánh rau, sự biến đổi về đông máu là triệu chứng và hậu quả phổ biến của rau bong non. Ngày nay với tiến bộ trong hồi sức và sự phổ biến cũng như tác dụng ngày càng tốt của các loại thuốc tăng co tử cung làm giảm đến tối đa tỉ lệ cắt tử cung và các biến chứng nặng nề khác. Sơ sinh có dấu hiệu suy hô hấp nhờ sự phối hợp hồi sức với các bác sĩ sơ sinh mà tình trạng sơ sinh dần cải thiện đến tình trạng ổn định.

Sau phẫu thuật 5 ngày bệnh nhân không có các biến chứng và được xuất viện cùng với sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

Rau bong non vẫn là một nguyên nhân quan trọng gây tử vong, bệnh tật ở sơ sinh và mẹ. Tỉ lệ tử vong mẹ phụ thuộc vào mức độ rau bong, với sơ sinh thì còn thêm yếu tố quan trọng khác là tuổi thai. Với tiến bộ của công nghệ và y tế việc chẩn đoán rau bong non vẫn chủ yếu dựa vào lâm sàng. Việc xử trí rau bong non được cá thể hóa theo từng bệnh nhân và tuổi thai nhưng đều cần được theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng thai và tiến triển của rau bong non. Các rau bong non thể nặng phẫu thuật lấy thai

vẫn là khuyến cáo được đặt lên hàng đầu dù còn hay không còn tim thai. Kết hợp giữa hồi sức và sản khoa nhằm giảm tỉ lệ các bệnh tật và tăng tỉ lệ sống ở mẹ. Việc phẫu thuật cấp cứu và phối hợp của các bác sỹ sơ sinh là rất cần thiết giúp tăng tỉ lệ sơ sinh sống và giảm tỉ lệ bệnh tật sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA, Lapinski RH.** Placental abruption and adverse perinatal outcomes. *JAMA* 1999;282:1646–5.
2. **Workalemahu T, Enquobahrie DA, Gelaye B, Thornton TA, Tekola-Ayele F, Sanchez SE, Garcia PJ, Palomino HG, Hajat A, Romero R, Ananth CV, Williams MA.** Abruption placentae risk and genetic variations in mitochondrial biogenesis and oxidative phosphorylation: replication of a candidate gene association study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018 Dec;219(6):617.e1-617.e17.
3. **Martinelli KG, Garcia EM, Santos Neto ETD, Gama SGND.** Advanced maternal age and its association with placenta praevia and placental abruption: a meta-analysis. *Cad Saude Publica.* 2018 Feb 19;34(2)
4. **Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hadar A, Gortzak-Uzan L, Katz M, et al.** Placental abruption in term pregnancies: clinical significance and obstetric risk factors. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003;13:45–9
5. **Salihu HM, Bekan B, Aliyu MH, Rouse DJ, Kirby RS, Alexander GR.** Perinatal mortality associated with abruptio placenta in singletons and multiples. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:198–203
6. **Ananth CV, Savitz DA, Luther ER.** Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy. *Am J Epidemiol* 1996;144:881–9
7. **Ananth CV, Smulian JC, Demissie K, Vintzileos AM, Knuppel RA.** Placental abruption among singleton and twin births in the United States: risk factor profiles. *Am J Epidemiol* 2001;153:771–8.
8. **Emery CL, Morway LF, Chung-Park M, Wyatt-Ashmead J, Sawady J, Beddow TD.** The Kleihauer-Betke test. Clinical utility, indication, and correlation in patients with placental abruption and cocaine use. *Arch Pathol Lab Med* 1995;119:1032–7
9. **Ananth CV, Oyelese Y, Yeo L, Pradhan A, Vintzileos AM.** Placental abruption in the United States, 1979 through 2001: temporal trends and potential determinants. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:191–8
10. **Rasmussen S, Irgens LM, Bergsjø P, Dalaker K.** The occurrence of placental abruption in Norway 1967-1991. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75:222–8.
11. **Glantz C, Purnell L.** Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. *J Ultrasound Med* 2002;21:837–40

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NGỘ ĐỘC ACONITIN

Phạm Thị Trà Giang*, Nguyễn Thị Vân*,
Phùng Hải Đăng*, Phạm Thanh Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của một bệnh nhân ngộ độc Aconitin

Phương pháp: Báo cáo ca lâm sàng ngộ độc Aconitin tại khoa Cấp cứu Nội bệnh viện Thanh Nhân 02/2020

Kết quả: Bệnh nhân nữ 66 tuổi sau ăn củ ấu tàu (12g) 10 phút, có dấu hiệu lâm sàng nôn, huyết áp không đo được. Khí máu toan chuyển hóa, ngoại tâm thu thất đa ổ. Rửa dạ dày than hoạt Sorbitol 3g, 3l nước. Xử trí Lidocaine 1,5mg/kg, duy trì 1 mg/kg/h, Noradrenalin 0,2mcg/kg/p. Bệnh nhân ổn định ra viện sau 2 ngày điều trị.

Kết luận: Ngộ độc Aconitin cần được chẩn đoán nhanh và xử trí kịp thời.

Keywords: Ngộ độc Aconitin, củ ấu tàu, ô đầu, phụ tử

SUMMARY

A CASE REPORT ACONITINE POISONING

Aconitum species are considered as a kind of Oriental drug which consist of highly noxious Aconitine with Cardiotoxicity, Neurotoxicity ... Aconitine poisoning develop very quickly with symptoms: numb tongue, numless around lips, vomiting, heart disorders, hypotensions... Early detection and exact diagnosis of aconitin are

critically challenging and important for the treatment. If not, it can cause heart disorders which can lead to fatal complications. Internal emergency department is presenting a case report “**Aconitine poisoning**” which is treat with Lidocaine, Noradrenaline.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Củ ấu tàu thường được dùng trong Đông y làm rượu thuốc để xoa bóp chữa các chứng đau, tê, nhức, mỏi. Tuy nhiên, trong thành phần của nó chứa aconitin là một chất rất độc. Độc tính chứa trong nó là acotinine, một loại alkaloid có hoạt tính sinh học rất mạnh. Ngộ độc củ ấu tàu hay gặp trong trường hợp bệnh nhân tự tiện dùng thuốc mà không theo chỉ định của thầy thuốc có kinh nghiệm, một số tình huống hay gặp trên thực tế là: uống nhầm rượu xoa bóp có ngâm ấu tàu, chế biến món ăn (cháo ấu tàu, thịt hầm ấu tàu) không đúng cách... Nếu không cấp cứu kịp thời, có thể nguy hiểm đến tính mạng.

Chúng tôi xin giới thiệu 01 trường hợp bệnh nhân ngộ độc Aconitin tại khoa Cấp cứu nội Bệnh viện Thanh Nhân

MÔ TẢ TRƯỜNG HỢP BỆNH

BN nữ, 66t, vào viện ngày 10/02/2020 với các triệu chứng: hồi hộp, trống ngực, tim đập mạnh sau khi ăn 03 ấu tàu trọng lượng khoảng 12g. Lâm sàng: BN tỉnh, G15đ, da niêm mạc nhợt, tê bì toàn thân, nôn và đi ngoài liên tục, tim loạn nhịp hoàn toàn 170-180 ck/phút, HA 2 tay không đo được, mạch ngoại vi nhanh nhỏ khó bắt. Tiền sử bệnh:

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Trà Giang

Email:tragiangpham76@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/11/2019

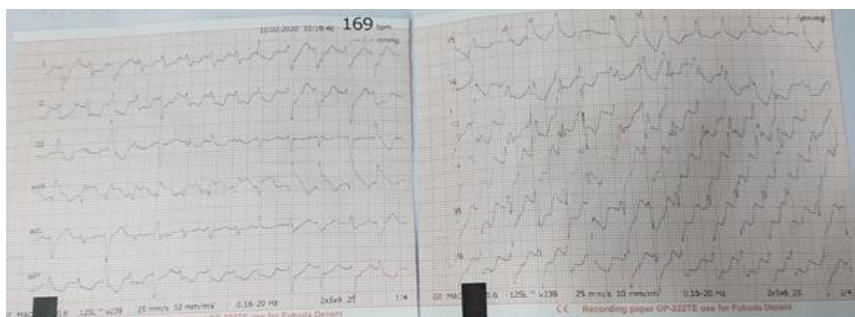
Ngày phản biện khoa học: 24/12/2019

Ngày duyệt bài: 28/01/2020

Suy tim/Rung nhĩ điều trị bằng Sintrom 3/8 viên/ngày, THA, viêm khớp dạng thấp.

Ngay sau khi cấp cứu, chúng tôi tiến hành xử trí: Đặt sonde dạ dày, rửa dạ dày bằng: Than hoạt tính, Sorbitol 3g, trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi khi vào cấp cứu đã được rửa dạ dày bằng than hoạt, uống 3 gói Sorbitol; thở oxy kính 5l/phút và được theo dõi sát bằng Monitoring mạch, huyết áp, SpO₂. Chúng tôi đã lựa chọn thuốc điều trị rối loạn nhịp: Lidocaine bolus liều tương đương 1,5mg/kg sau đó duy trì tĩnh

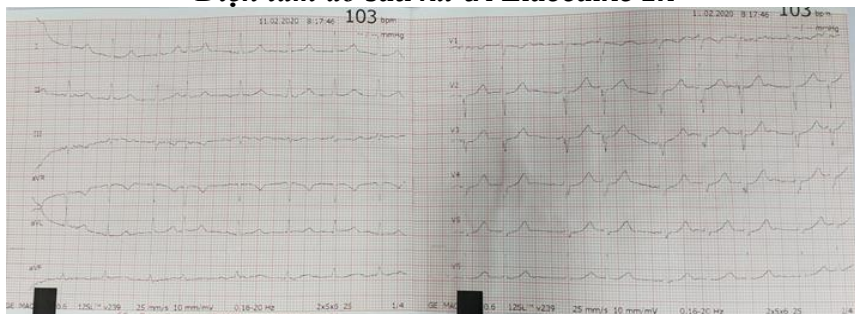
mạch liều tương đương 1mg/kg/h, Noradrenaline liều tương đương 0,2mcg/kg/phút, bù dịch bù điện giải bằng 2 chai Natri clorid 0,9% 500ml, đặt sonde tiểu dẫn lưu ra 700ml. BN tiến triển tốt, sau 1h, HA 2 tay: 130/80mmHg đầu chi hồng ấm dùng được Noradrenaline, sau 8h điều trị BN dùng được Lidocaine, bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn, M:83 ck/p, HA: 120/80 mmHg, đầu chi hồng ấm, hết hồi hộp trống ngực. Tiến triển tốt; bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ 2



Điện tâm đồ lúc vào viện



Điện tâm đồ sau xử trí Lidocaine 1h



Điện tâm đồ sau xử trí Lidocaine 3h



Điện tâm đồ sau dùng Lidocaine 4h

KM	pH	pCO ₂	pO ₂	HCO ₃ ⁻	Lac	P/F	FiO ₂
10h41 10/02	7.57	18	125	16.5	5.0	379	33.0
11h10 10/02	7.47	22	130	16.0	6.3	406	33.0
12h24 10/02	7.45	21	122	14.6	6.8	370	33.0
15h54 10/02	7.38	32	147	18.9	4.8	445	33.0
5h00 11/02	7.40	40	100	26	1.0	500	21.0

IV. BÀN LUẬN

Củ ấu tàu (ô đầu, phụ tử...) là một vị thuốc đông y có thể được sử dụng bằng nhiều mục đích ngâm rượu xoa bóp chữa đau xương khớp, nấu cháo... tuy vậy nếu sử dụng sản phẩm không qua sơ chế mà ở đây trong trường hợp này bệnh nhân có được người quen tư vấn sử dụng sản phẩm là nước mắt có chứa củ ấu tàu không qua sơ chế nhằm mục đích điều trị đau xương khớp có thể dẫn tới ngộ độc gây nguy hiểm tính mạng.

Theo y văn, liều tử vong của Aconitin là 5mg, liều gây rối loạn tim mạch từ 2mg trở lên. Nếu không được nhanh chóng xử trí và

cấp cứu kịp thời có thể nguy hiểm tới tính mạng. Bệnh nhân ngộ độc Aconitin có những triệu chứng sau: ban đầu có cảm giác tê bì đầu lưỡi, sau lan sang tê quanh môi, niêm mạc miệng, nôn nao hoảng hốt, da xanh tái, chân tay lạnh vã mồ hôi, sau đó xuất hiện trụy mạch, tụt huyết áp, rối loạn nhịp tim, ... và rất dễ tử vong.

Trong 1 củ ấu tàu chứa 0,17-0,28% Aconitin. Trong trường hợp này, bệnh nhân đã sử dụng 3 củ ấu tàu cỡ 12g tương đương hấp thu 4mg Aconitin. Sau khi hấp thu lượng Aconitin như trên, sau 10 phút đã xuất hiện triệu chứng đầu tiên: tê bì đầu lưỡi quanh

môi, bồn chồn hốt hoảng vã mồ hôi (triệu chứng thần kinh thực vật) sau đó xuất hiện nôn, buồn nôn, đi ngoài nhiều lần (triệu chứng hệ tiêu hóa) sau đó khoảng 15 phút xuất hiện các triệu chứng trên hệ tim mạch: hồi hộp trống ngực, rối loạn nhịp tim, tụt huyết áp... tổng thời gian từ lúc hấp thu Aconitin tới lúc nhập viện là khoảng 20 phút.

Chẩn đoán ngộ độc Aconitin trên lâm sàng chủ yếu dựa vào: Hoàn cảnh ngộ độc (bệnh nhân sau sử dụng sản phẩm không qua sơ chế của củ ấu tào, diễn biến bệnh nhanh...) Triệu chứng lâm sàng: triệu chứng khởi phát theo thứ tự hệ thần kinh thực vật, hệ tiêu hóa và hệ tim mạch. Điện tâm đồ: hình ảnh rối loạn nhịp tim trong trường hợp này là ngoại tâm thu thất chày đôi, chày ba, đa ổ. Khí máu: toan chuyển hóa

Nguyên tắc điều trị ngộ độc Aconitin tuân theo nguyên tắc xử trí ngộ độc cấp: Ngăn chặn chất độc hấp thu vào máu, loại bỏ nguồn (da, niêm mạc, dạ dày...). Duy trì chức năng tim mạch, hô hấp điều trị triệu chứng. Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi khi vào cấp cứu đã được rửa dạ dày bằng than hoạt, uống 3 gói Sorbitol; thở oxy kính 5l/phút và được theo dõi sát bằng Monitoring mạch, huyết áp, SpO₂ Chúng tôi đã lựa chọn thuốc điều trị rối loạn nhịp với 1 ngoại tâm thu thất chày đôi đa ổ, M: 180ck/p không đều, có tụt huyết áp là Lidocaine liều tương đương 1,5 mg/kg bolus tĩnh mạch sau đó duy trì bằng liều tương đương 1,5 mg/kg/giờ và Noradrenaline liều tương đương 0,2 mcg/kg/phút. Theo y văn, đối với các rối loạn nhịp tim do ngộ độc Aconitin các thuốc được sử dụng là: Nếu nhịp tim chậm < 60 lần/phút: atropin 0,5

mg/lần, tiêm tĩnh mạch, nhắc lại đến khi đạt hiệu quả hoặc đạt liều 2 mg. Nếu không đáp ứng atropin hoặc nhịp chậm kèm tụt huyết áp thì dùng adrenalin truyền tĩnh mạch: liều khởi đầu 0,02 µg/kg/phút, điều chỉnh theo đáp ứng. Xylocain (lidaocain): là thuốc đầu tay, đặc biệt xóa các ngoại tâm thu thất nguy hiểm: ngoại tâm thu thất đa ổ, nhịp đôi, chày ba, cơn nhịp nhanh thất, xoắn đỉnh,...: liều khởi đầu: 1-1,5 mg/kg cân nặng tiêm tĩnh mạch, nhắc lại sau 5-10 phút nếu chưa đạt mục đích, sau 3 lần tiêm thì chuyển truyền tĩnh mạch duy trì. Liều truyền tĩnh mạch từ 1 mg/kg tới 4 mg/kg/ giờ. Cần theo dõi điện tim liên tục và bắt đầu giảm liều xylocain ngay khi hết các loạn nhịp nguy hiểm tránh quá liều xylocain gây trụy mạch. Amiodaron (Cordaron): Nhịp nhanh thất một dạng có huyết động ổn định. Nhịp nhanh thất hoặc rung thất dai dẳng sau dùng sốc điện và adrenalin. Thận trọng dùng khi bệnh nhân đang dùng các thuốc có tác dụng kéo dài QT, ví dụ kháng sinh nhóm fluoroquinolone, macrolide hoặc azole. Liều dùng: Rung thất, nhịp nhanh thất vô mạch không đáp ứng với hồi sinh tim phổi, sốc điện và thuốc vận mạch: liều 300mg (5mg/kg) pha trong 20ml glucose 5%, tiêm tĩnh mạch qua đường truyền, sau đó bolus dịch truyền, có thể nhắc lại sau đó ít nhất 15 phút với liều 150mg, cách pha và tiêm tương tự. Nhịp nhanh thất không có tụt huyết áp: truyền tĩnh mạch 150mg trong 10 phút, nhắc lại nếu cần, liều kế tiếp 1mg/phút trong 6 giờ, sau đó 0,5mg/ph. Liều tối đa trong 24 giờ không quá 2,2 gam.

Trong trường hợp này, do bệnh nhân đến sớm sau 20 phút từ lúc Aconitin thâm nhập

cơ thể đã được nhanh chóng loại bỏ nguồn chất độc bằng cách rửa dạ dày than hoạt Sorbitol nên đáp ứng điều trị của bệnh nhân rất tốt. Sau 1h, bệnh nhân có đáp ứng tốt, da niêm mạc hồng ấm, HA 2 tay đo được 130/80mmHg, không còn ngoại tâm thu thất, dùng được Noradrenaline. Sau 8h, bệnh nhân không còn hồi hộp trống ngực, M: 83l/p, không còn ngoại tâm thu, dùng được Lidocaine. Sau 2 ngày, bệnh nhân được xuất viện. Tiên lượng của những bệnh nhân ngộ độc Aconitin đến sớm trong giờ đầu sẽ có tiên lượng điều trị và đáp ứng tốt, giảm thiểu được những biến chứng nguy cơ gây tử vong.

V. KẾT LUẬN

Qua case lâm sàng vừa trình bày, chúng tôi kết luận: Ngộ độc Aconitin trong củ ấu tàu cần được tiếp cận chẩn đoán nhanh và kịp thời bằng cách khai thác hoàn cảnh ngộ

độc (thức ăn của bệnh nhân, thời điểm ngộ độc...), triệu chứng lâm sàng (TKTV, tiêu hóa, tim mạch...), cận lâm sàng: ĐTĐ (ngoại tâm thu thất chùng đôi, chùng ba, đa ổ); khí máu (toan chuyển hóa). Ngộ độc Aconitin trong củ ấu tàu cần được xử trí nhanh và tích cực bằng cách loại bỏ nguồn độc chất (rửa dạ dày bằng than hoạt đa liều, Sorbitol 3g); chống rối loạn nhịp (ngoại tâm thu thất) bằng Lidocaine bolus 1,5mg/kg duy trì 1 mg/kg/h, chống trụy mạch HA bằng Noradrenaline 0,2 mcg/kg/p.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tất Lợi (2003)**, Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam, Nhà xuất bản Y học
2. **Nguyên tắc xử trí ngộ độc cấp (2005)**
3. **Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc** (Quyết định số 3610/QĐ-BYT ngày 31/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CĂN NGUYÊN NHIỄM KHUẨN VÀ MỨC ĐỘ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA MỘT SỐ VI KHUẨN GÂY BỆNH THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2018-2019

Luu Thị Vũ Nga¹, Nguyễn Thị Thanh Hoa¹, Phạm Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Khảo sát sự phân bố của các vi khuẩn gây bệnh theo loại mẫu bệnh phẩm và khoa điều trị; (2) Xác định mức độ đề kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp. **Đối tượng nghiên cứu:** 12.541 mẫu bệnh phẩm xét nghiệm nuôi cấy của bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn, năm 2018-2019. Xác định tính nhạy cảm với kháng sinh bằng kỹ thuật kháng sinh khuếch tán trong thạch và hệ thống định danh-kháng sinh đồ tự động. **Kết quả:** Tổng số 3.046 chủng vi khuẩn: 63,8% vi khuẩn Gram âm, 34,6% vi khuẩn Gram dương, 1,6% nấm. Vi khuẩn Gram âm rất cao ở mẫu nước tiểu (89,1%), mẫu dịch đường tiêu hóa (82,9%), mẫu máu (81,0%). *S. aureus* (34,0%) thường gặp nhất ở bệnh phẩm da-mô mềm. Tỷ lệ MRSA 71,1%, vancomycin, linezolid còn tác dụng đối với *S. aureus*. *Acinetobacter* spp., *Klebsiella* spp., *Pseudomonas* spp. gây nhiễm khuẩn hô hấp thường gặp nhất tại các khoa Hồi sức-cấp cứu. 75,4% *Acinetobacter* spp. đề kháng carbapenem, gần 50% *Klebsiella* spp. kháng carbapenem, piperacillin/tazobactam còn hiệu quả tốt với *Pseudomonas* spp. **Kết luận:** Có sự khác nhau về phân bố vi khuẩn gây bệnh theo loại mẫu bệnh phẩm và khoa điều trị. Mức độ đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh tại khoa Hồi sức-cấp cứu rất cao.

Từ khóa: Căn nguyên vi khuẩn, đề kháng kháng sinh.

SUMMARY

THE INFECTIOUS AGENTS AND ANTIMICROBIAL RESISTANCE OF SOME COMMON BACTERIAL PATHOGENS IN THANH NHAN HOSPITAL, 2018-2019

Objectives: (1). To investigate the distribution of bacterial pathogens by type of specimen and department. (2). To determine antimicrobial resistance of some common bacterial pathogens. **Subjects:** 12,541 samples cultured test for bacterial pathogens of patients treated at Thanh Nhan Hospital, 2018-2019. Antimicrobial Susceptibility Testing by disc diffusion and automated system. **Results:** A total of 3,046 isolates, 63.8% of Gram-negative bacteria, 34.6% of Gram-positive bacteria, 1.6% are fungi. Gram-negative bacteria are very high in urine samples (89.1%), gastrointestinal fluid samples (82.9%), blood samples (81.0%). *S. aureus* (34.0%) is the most common in soft-tissue skin specimens. The rate of MRSA 71.1%, vancomycin and linezolid showed good activity against *S. aureus*. *Acinetobacter* spp, *Klebsiella* spp, *Pseudomonas* spp were major causes of respiratory tract infections in ICU. 75.4% of *Acinetobacter* spp were resistant to carbapenem, nearly 50% of *Klebsiella* spp were resistant to carbapenem, piperacillin / tazobactam showed good activity against *Pseudomonas* spp. **Conclusions:** There was differences in the distribution of bacterial pathogens depend on different type of specimens and

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Luu Thị Vũ Nga

Email: luuvunga@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2019

Ngày duyệt bài: 15/01/2020

departments. Antimicrobial resistance of bacterial pathogens in ICU Department were very high.

Key words: Bacterial pathogen, antimicrobial resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, nhiễm khuẩn là một trong những bệnh lý rất thường gặp trong cơ cấu bệnh tật. Hiện nay, vi khuẩn kháng thuốc đang gia tăng nhanh chóng ở mức báo động gây nhiều thách thức trong công tác điều trị [1].

Nuôi cấy xác định căn nguyên và mức độ nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh cho từng người bệnh là rất cần thiết giúp cho việc sử dụng kháng sinh hợp lý và góp phần hạn chế sự xuất hiện các chủng vi khuẩn kháng thuốc. Tuy nhiên, kết quả nuôi cấy phân lập tác nhân gây bệnh thường lâu và không phải lúc nào cũng thực hiện được. Trong khi đó, liệu pháp kháng sinh trong những giờ đầu rất quan trọng. Khi chưa có kết quả nuôi cấy vi sinh, dựa vào ổ nhiễm khuẩn tiên phát và các báo cáo về tình hình đề kháng kháng sinh làm cơ sở cho việc lựa chọn kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm.

Xuất phát từ những thực tế trên, chúng tôi tiến hành đề tài: Tình hình cấy khuẩn và

mức độ đề kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại Bệnh viện Thanh Nhân năm 2018-2019, với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát sự phân bố của căn nguyên vi khuẩn theo loại mẫu bệnh phẩm và khoa điều trị.

2. Xác định mức độ đề kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

12.541 mẫu bệnh phẩm xét nghiệm nuôi cấy tại Bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 1/2018 đến tháng 9/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu và chọn mẫu thuận tiện.

Nuôi cấy định danh và xác định tính nhạy cảm với kháng sinh bằng kỹ thuật kháng sinh khuếch tán trong thạch và hệ thống định danh-kháng sinh đồ tự động, Etest đối với colistin và vancomycin. Kết quả xác định tính nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh được phiên giải theo tiêu chuẩn của Viện chuẩn thức xét nghiệm và lâm sàng Hoa kỳ (Clinical & Laboratory Standards Institute-CLSI) năm 2018 [2]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố căn nguyên vi khuẩn theo loại mẫu bệnh phẩm và khoa điều trị

3.046 chủng vi khuẩn phân lập được từ 12.541 mẫu xét nghiệm.

Bảng 3.1. Phân bố căn nguyên vi khuẩn theo loại mẫu bệnh phẩm

Loại VK	Loại bệnh phẩm							Tổng	
	Máu n=391	Dịch đường hô hấp n=1039	Nước tiểu n=498	Mủ n=633	Dịch đường tiêu hóa n=377	Chân Catheter n=102	Phân n=6	n 3046	% 100
Tỷ lệ cấy Đương tính	11,4	30,9	24,7	75,5	22,6	49,3	1,1		25,4
VK Gram	81,0	75,6	89,1	51,8	82,9	63,4	80,0	1942	63,8

âm									
Acinetobacter spp	23.7	29.8	2.2	8.8	11.8	19.5	0	480	15.8
Klebsiella spp	24.7	17.0	11.2	11.7	10.9	18.3	0	310	10.2
E. coli	13.9	10.5	69.4	12.1	40.5	8.5	0	603	19.8
Pseudomonas spp	7.9	13.0	5.2	7.2	9.2	12.2	0	230	7.5
Trực khuẩn khác	10.8	5.4	1.0	11.9	10.5	4.9	80,0	319	10.5
VK Gram dương	17.4	23.5	10.0	47.5	16.4	34.1	0	1054	34,6
S. aureus	7.6	7.6	2.0	34.0	3.9	18.3	0	459	15.1
Enterococcus spp	2.8	3.3	6.0	3.1	2.0	2.4	0	162	5.3
Streptococcus spp	4.1	9.3	1.5	7.2	8.6	11.0	0	353	11.6
Cầu khuẩn khác	2.8	3.2	0.5	3.1	2.0	2.4	0	80	2.6
Nấm	1.6	1.0	1.0	0.8	0.7	2.4	20,0	50	1,6

Vi khuẩn Gram âm/vi khuẩn Gram dương=1,8/1. Vi khuẩn Gram âm cao nhất ở mẫu nước tiểu, mẫu dịch đường tiêu hóa, mẫu máu. E. coli cao nhất (19,8%) trong tổng số các căn nguyên và cũng đứng đầu trong bệnh phẩm nước tiểu (69,4%); Acinetobacter spp. là căn nguyên đứng đầu trong mẫu đường hô hấp (29,8%); S. aureus đứng đầu trong bệnh phẩm mủ (34,0).

Bảng 3.2. Phân bố căn nguyên vi khuẩn tại các khoa hồi sức - cấp cứu*

Loại vi khuẩn	Khoa điều trị			Tổng	
	HSTC (n=900)	Cấp cứu nội (n=158)	Hồi sức ngoại (n= 206)	n=1264	%
VK Gram âm	77,1	77,2	66,0	952	75.3
Acinetobacter spp.	41,6	22,8	13,6	401	31.7
Klebsiella spp.	7,8	10,1	9,7	203	16.1
E. coli	7,6	15,2	14,6	121	9.5
Pseudomonas spp.	14,4	25,3	20,4	102	8.1
VK Gram âm khác	11,8	3,8	7,8	125	9.9
VK Gram dương	20,4	15,2	29,1	268	21.2
S. aureus	8,7	6,3	17,5	124	9.8

Enterococcus spp.	6,2	1,3	6,8	72	5.7
Streptococcus spp.	3,1	5,1	3,9	44	3.5
Cầu khuẩn Gram dương khác	2,4	2,5	1,0	28	2.2
Năm	2,4	7,6	4,9	44	3.5

Vi khuẩn Gram âm/vi khuẩn Gram dương=3,5/1, năm 3,5%. Acinetobacter spp. chiếm tỷ lệ cao nhất (31,7%), tiếp đến là Klebsiella spp (16,1%). E. coli, Pseudomonas spp. và S. aureus: gần 10%

Bảng 3.3: Phân bố căn nguyên vi khuẩn tại các khoa khối ngoại

Loại VK	Các Khoa					Tổng	
	Cấp cứu ngoại n=78	Ngoại Tổng hợp n=138	Ngoại Thận tiết niệu n=104	Ngoại Thần kinh n=56	Chấn thương chỉnh hình n=262	n=638	%
VK Gram âm	61,5	71,0	82,7	39,3	38,2	354	55,5
Acinetobacter spp	0,0	7,2	1,9	0,0	4,6	24	3,8
Klebsiella spp	7,7	4,3	7,7	7,1	3,8	34	5,3
E.coli	46,2	34,8	34,6	25,0	13,7	170	26,6
Pseudomonas spp	2,6	17,4	25,0	7,1	10,7	84	13,2
VK Gram âm khác	5,1	7,2	13,5	0,0	5,3	42	6,6
VK Gram dương	38,5	29,0	17,3	60,7	61,8	284	44,5
S. aureus	7,7	21,7	9,6	46,4	38,2	172	27,0
Enterococcus spp	23,1	7,2	5,8	3,6	2,3	42	6,6
Streptococcus spp	2,6	0,0	1,9	0,0	16,8	48	7,5
Cầu khuẩn Gram dương khác	5,1	0,0	0,0	10,7	4,6	22	3,4
Năm	0	0	0	0	0	0	0

Vi khuẩn Gram âm/vi khuẩn Gram dương=1,2/1. Có sự khác biệt giữa các khoa. Khoa Ngoại Thận tiết niệu, Ngoại Tổng hợp, Cấp cứu ngoại: Vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn. Khoa Ngoại Thần kinh và Chấn thương chỉnh hình: Vi khuẩn Gram dương chiếm tỷ lệ cao hơn và S. aureus chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 3.4: Phân bố căn nguyên vi khuẩn tại các khoa khối nội-nhi

(Không bao gồm HSTC và cấp cứu nội)

Loại VK	Khoa điều trị								Tổng	
	Nhi n=44 6	Thận TN n=26 8	Nội TH n=7 4	Tiêu hóa n=3 6	Tim mạch h n=18	Nội tiết n=11 2	TK- ĐQ n=2 8	BNN n=11 4	n= 109 6	%
VK Gram âm	35,4	78,4	62,2	66,7	44,4	73,2	64,3	54,4	608	55,5
Acinetobacter spp	3,1	0,7	16,2	11,1	11,1	0,0	0,0	15,8	52	4,7
Klebsiella spp	1,8	4,5	21,6	0,0	11,1	7,1	21,4	10,5	64	5,8
E.coli	4,5	60,4	13,5	44,4	11,1	58,9	21,4	17,5	302	27,6
Pseudomonas spp	1,3	8,2	5,4	0,0	11,1	0,0	7,1	7,0	44	4,0
VK Gram âm khác	24,7	4,5	5,4	11,1	0,0	7,1	14,3	3,5	146	13,3
VK Gram dương	64,6	21,6	37,8	33,3	55,6	26,8	35,7	45,6	488	44,5
S. aureus	13,5	9,0	16,2	22,2	55,6	14,3	35,7	17,5	160	14,6
Enterococcus spp	4,5	4,5	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	8,8	46	4,2
Streptococcus spp	44,4	6,7	16,2	11,1	0,0	7,1	0,0	15,8	258	23,5
Cầu khuẩn Gram dương khác	2,2	1,5	5,4	0,0	0,0	1,8	0,0	3,5	24	2,2
Nấm	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	4	0,4

Vi khuẩn Gram âm/Vi khuẩn Gram dương=1,2/1. Có sự khác biệt giữa các khoa, Khoa Nhi có tỷ lệ vi khuẩn Gram dương cao hơn và đứng đầu là Streptococcus spp. Khoa Thận Tiết niệu, Nội tiết, Tiêu hóa: Vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn và E. coli đứng đầu căn nguyên phân lập được.

3.2. Mức độ kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp**Bảng 3.5. Mức độ kháng kháng sinh tại các khoa Hồi sức-cấp cứu**

Loại KS	Acinetobacter spp (n=401)	Klebsiella spp (n=203)	Pseudomonas spp (n=102)
Ampicilline	-	85,7	-
Amox/A.clavula	-	63,6	-
Pipera/tazobactam	82,5	42,9	6,5
Cefuroxime		46,4	-
Ceftriazone	94,2	71,1	-
Ceftazidime	90,2	64,3	47,2
Cefepime	90,0	54,1	42,9
Gentamicin	75,0	47,2	68,3
Amikacine	91,0	32,5	36,7
Levofloxacin	84,6	68,4	41,2
Doxycyclin	58,3	85,3	-
Co-Trimoxazole	65,0	55,9	-
Meropenem	75,4	46,9	44,4
Imipenem	63,3	42,9	44,4
Ertapenem	-	56,7	-
Colistin	0	-	-

Acinetobacter spp có tỷ lệ kháng cao nhất, nhiều kháng sinh bị kháng >90%, meropenem (75,4%), colistin còn hiệu quả tốt. Klebsiella spp. cũng đã kháng cao (khoảng gần 50% đối với carbapenem), amikacin bị kháng thấp nhất 32,5%. Piperacillin/tazobactam còn hiệu quả tối với Pseudomonas spp.

Bảng 3.8. Mức độ đề kháng kháng sinh của E. coli

Loại KS	Các khoa Hồi sức-cấp cứu* (n=121)	Các khoa khác (n=472)
Ampicilline	80,0	79,2
Cefuroxime	75,0	61,9
Ceftriazone	61,9	51,7
Co-Trimoxazole	69,0	33,0
Amox/A.clavula	28,1	35,4
Levofloxacin	55,3	43,2
Ceftazidime	35,1	34,2
Gentamicine	28,6	22,2

Cefepime	40,5	27,6
Amikacine	11,2	3,1
Pipera/tazobactam	10,8	4,4
Imipenem	10,5	3,5
Meropenem	8,9	0
Ertapenem	11,7	0
Sinh ESBL	38,5	26,5

Nhóm E. coli tại các khoa Hồi sức-Cấp cứu có mức độ đề kháng cao hơn so với nhóm còn lại (Ngoại trừ Amoxicillin/A. clavulanic). Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL và kháng cefuroxime, ceftriazone, levofloxacin tương đối cao ở cả 2 nhóm. Amikacin và carbapenem còn tác dụng tốt ở cả 2 nhóm.

Bảng 3.9. Mức độ kháng kháng sinh của S. aureus

Loại KS	Các khoa Hồi sức-cấp cứu* n=124	Các khoa khác n= 456
Penicillin	100,0	96,7
Ampicillin	94,4	93,5
Clindamycin	90,5	89,5
Azithromycin	82,6	80,3
Ciprofloxacin	80,0	36,7
Methicillin*	76,0	71,1
Doxycyclin	62,5	33,3
Cloramphenicol	61,9	35,0
Levofloxacin	55,0	15,4
Co-trimoxazole	50,0	15,7
Gentamicin	23,0	20,0
Amikacin	21,7	7,9
linezolid	0	0
Vancomycin	0	0

Ghi chú: Methicillin*: Sử dụng để biện luận cho: Cephalosporin, carbapenem, methicillin, amoxicillin/Acid clavulanic.

Một số kháng sinh không còn tác dụng với S. aureus như: Penicillin, ampicillin, clindamycin. MRSA cao ở cả 2 nhóm (76,0% và 71,1%). S. aureus ở các khoa Hồi sức-cấp cứu có tỷ lệ kháng cao hơn hẳn nhóm còn lại đối với amikacin, levofloxacin. Vancomycin, linezolid còn tác dụng đối với S. aureus.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố căn nguyên vi khuẩn theo loại mẫu bệnh phẩm và khoa điều trị

Với 12.541 mẫu xét nghiệm nuôi cấy, tỷ lệ mẫu cấy dương tính với vi khuẩn gây bệnh 25,4% và có sự khác biệt giữa các loại bệnh phẩm. Bệnh phẩm cấy ngoài da-mô mềm có tỷ lệ dương tính cao nhất (75,5%), dịch tiết đường hô hấp (30,9%), nước tiểu (24,7%), dịch đường tiêu hóa (22,6%), máu (11,4%). Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả nuôi cấy, như: Tình trạng nhiễm khuẩn, chất lượng mẫu bệnh phẩm và kỹ thuật nuôi cấy. Căn nguyên gây bệnh nhiễm trùng có thể do vi khuẩn, virus, ký sinh trùng. Hiện nay, tại Khoa Vi sinh bệnh viện Thanh Nhân và các bệnh viện khác ở Việt Nam mới chỉ thực hiện được xét nghiệm nuôi cấy xác định căn nguyên vi khuẩn, nấm và có rất ít bệnh viện thực hiện nuôi cấy vi khuẩn kỵ khí. Nên vấn đề hồng căn nguyên vi rút và vi khuẩn kỵ khí.

Với 3.046 chủng vi khuẩn phân lập được, 63,8% vi khuẩn Gram âm, 34,6% vi khuẩn Gram dương và 1,6% nấm. Vi khuẩn Gram âm (đặc biệt là *E. coli*) rất cao ở mẫu nước tiểu (89,1%), mẫu dịch đường tiêu hóa (82,9%), mẫu máu (81,0%) và thường gặp nhất tại Khoa Thận tiết niệu, Ngoại tổng hợp, Tiêu hóa, Hồi sức-cấp cứu. Hiện nay, vai trò gây bệnh các vi khuẩn Gram âm ngày càng có chiều hướng gia tăng trên phạm vi toàn cầu [3],[4]. Đặc biệt, *E. coli* chiếm tỷ lệ cao nhất (19,8%), trong tổng số các căn nguyên phân lập được và cũng đứng đầu trong bệnh phẩm nước tiểu (69,4%). Đây cũng là loại vi khuẩn thường gặp nhất trong cơ cấu vi khuẩn gây bệnh ở nhiều bệnh viện [5] và thường luôn đứng đầu trong số căn nguyên gây nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn tiêu hóa vì đây là loại vi khuẩn chiếm khoảng 80% số

lượng vi khuẩn ở đại tràng [6]. Khoa Thận tiết niệu và khoa Ngoại thận tiết niệu, bệnh phẩm cấy nước tiểu là chủ yếu nên căn nguyên phân lập được cũng chủ yếu là vi khuẩn Gram âm (78,4% và 82,7%) và *E. coli* đứng đầu với 60,4% và 34,6%. Khoa Ngoại Tổng hợp và Cấp cứu nội với phẫu thuật đường tiêu hóa với bệnh phẩm nuôi cấy là bệnh phẩm dịch mật, dịch ổ bụng là chủ yếu nên vi khuẩn Gram âm cũng là căn nguyên rất thường gặp. Khoa Tiêu hóa với mẫu cấy máu trên bệnh nhân xơ gan và cấy dịch màng bụng là nhiều nhất, căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất là *E. coli* (44,4%) tiếp đến là *S. Aureus* (22,2%). Bệnh nhân xơ gan mất bù là yếu tố thuận lợi cho nhiễm khuẩn huyết, suy đa tạng, sốc nhiễm khuẩn và tử vong. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Thành, căn nguyên hàng đầu gây nhiễm khuẩn huyết ở các bệnh nhân xơ gan mất bù chủ yếu là vi khuẩn Gram âm chiếm 75% trong đó đứng đầu là *E. coli* với 31,2% [7].

Tuy nhiên đối với bệnh phẩm da-mô mềm, vi khuẩn Gram âm và Gram dương gần tương đương nhau, trong đó *S. aureus* chiếm tỷ lệ cao nhất (34,0%) và với tỷ lệ cao nhất tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Ngoại Thần kinh. Đây là loại vi khuẩn thường có mặt trên da và thường gây các tổn thương như áp xe, nhiễm khuẩn vết thương, nhiễm khuẩn catheter. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự một nghiên cứu ở bệnh nhân viêm da-mô mềm trên bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện Bạch Mai, *S. aureus* chiếm tỷ lệ cao nhất 34,2% [8].

Tại các khoa Hồi sức-cấp cứu, Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu khác. Theo một nghiên cứu tại 15 ICU ở Việt Nam, *A. baumannii* (24,4%) đứng đầu các căn nguyên gây nhiễm khuẩn bệnh viện, *Pseudomonas aeruginosa*

(13.8%), *Klebsiella pneumoniae* (11.6%) [9]. Theo kết quả của phân tích tổng hợp các nghiên cứu ở châu Á cho thấy, đối với các nước phát triển, *A. baumannii* thường đứng thứ 2 (khoảng 14%) sau *P. aeruginosa* gây viêm phổi thở máy. Trong khi đó, ở các nước thu nhập thấp và trung bình, *A. baumannii* thường đứng đầu (26->50%) trong số căn nguyên gây viêm phổi thở máy[10],[11].

4.2. Mức độ đề kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp

Acinetobacter spp có khả năng đề kháng rất cao với hầu hết các kháng sinh kể cả carbapenem (75,4%), chỉ còn nhạy cảm 100% với colistin. Hiện nay, thế giới đang phải đối mặt với mức độ đề kháng kháng sinh nghiêm trọng của *A. baumannii*, tỷ lệ đề kháng carbapenem trung bình là 73,9% (ở các nước phát triển) và 77,8% (các nước đang phát triển)[12].

Tại khoa Hồi sức – cấp cứu, gần 50% số chủng *Klebsiella* spp đã kháng carbapenem, amikacin bị kháng thấp nhất (32,5%). Piperacillin/tazobactam còn hiệu quả tốt với *Pseudomonas* spp (93,5% còn nhạy cảm), trong khi carbapenem đã bị kháng gần 50%.

E. coli có tỷ lệ đề kháng cao với cephalosporin thế hệ 2,3 (75,0% và 51,7%) và Fluoroquinolon (43,2% và 55,3%). Đây là những kháng sinh được sử dụng khá phổ biến trong bệnh viện cũng như tại cộng đồng. Một số kháng sinh còn tác dụng tốt đối với *E. coli* là amikacin, carbapenem. Hạn chế trong nghiên cứu này là chưa phân biệt được *E. coli* gây nhiễm khuẩn bệnh viện và *E. coli* gây nhiễm khuẩn cộng đồng. Hiện nay, theo một số nghiên cứu tỷ lệ *E. coli* sinh ESBL ở cộng đồng cũng khá cao. Một nghiên cứu được thực hiện trên *E. coli* phân lập từ 80 mẫu phân của người chăn nuôi gà ở Đồng

bằng sông Cửu Long, kết quả nghiên cứu cho thấy 62,5% mẫu nhiễm *E. coli* sinh ESBL[13]. Một số kháng sinh còn tác dụng tốt đối với *E. coli* ở cả 2 nhóm như: amikacin, carbapenem (Tỷ lệ kháng đối với 2 kháng sinh này khoảng 10%). So với *Klebsiella* spp. thì *E. coli* có mức độ đề kháng kháng sinh thấp hơn đặc biệt đối với các kháng sinh aminoglycoside và carbapenem. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hồng Nhung tại bệnh viện Bạch Mai [3].

S. aureus đã kháng gần 100% với: Penicillin, clindamycin, >80% với Azithromycin- đây là KS được sử dụng khá rộng rãi trong cộng đồng nên có nguy cơ dễ bị kháng thuốc. Tỷ lệ *S. aureus* kháng methicillin (MRSA) 71,1%. Chưa phát hiện *S. aureus* kháng Vancomycin, tuy nhiên, đã có những chủng với MIC= 2µg/ml nên có nguy cơ cao thất bại điều trị. Linezolid còn hiệu quả tốt với *S. aureus*, nhưng rất dễ trở nên bị kháng thuốc trong quá trình điều trị.

V. KẾT LUẬN

Có sự khác nhau về phân bố vi khuẩn gây bệnh theo loại mẫu bệnh phẩm và khoa điều trị. Mức độ đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh tại khoa Hồi sức-cấp cứu (Đặc biệt là *Acinetobacter baumannii*) rất cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aryee, A. and N. Price, Antimicrobial stewardship—can we afford to do without it? British journal of clinical pharmacology, 2015. 79(2): p. 173-181.
2. CLSI, Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility testing.

- Twenty- eighth Infomational supplement M100-S28. . Vol. 27th Edition. 2018.
3. **Phạm Hồng nhung, Đào Xuân Cơ, and Bùi Thị Hào**, Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của các trực khuẩn Gram âm phân lập tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Nghiên cứu y học, 2017. **109**(4): p. 1-8.
 4. **Tamma, P.D., S.E. Cosgrove, and L.L. Maragakis**, Combination therapy for treatment of infections with gram-negative bacteria. Clinical microbiology reviews, 2012. **25**(3): p. 450-470.
 5. **Kiều Chí Thành and Lê Thu Hồng**, Nghiên cứu cơ cấu vi khuẩn gây bệnh và tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn phân lập tại bệnh viện 103 từ tháng 6/2010-12/2011. Y học thực hành, 2012. **11**(848): p. 12-14.
 6. **Cao Minh Nga**, Sự đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở người lớn. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 2010. **14**(1): p. 490-496.
 7. **Nguyễn Tuấn Thành**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn huyết ở bệnh nhân xơ gan mất bù in Luận văn thạc sĩ. 2012, Đại học Y Hà Nội.
 8. **Vũ Ngọc Hiếu and Phạm Hồng Nhung**, Mức độ kháng kháng sinh của các vi khuẩn thường gặp gây nhiễm trùng da và mô mềm trên bệnh nhân đái tháo đường phân lập được tại bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Nghiên cứu y học, 2017. **109**(4): p. 1-8.
 9. **Phu, V.D., et al.**, Burden of hospital acquired infections and antimicrobial use in Vietnamese adult intensive care units. PloS one, 2016. **11**(1): p. e0147544.
 10. **Koulenti, D., et al.**, COPD patients with ventilator-associated pneumonia: implications for management. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 2015. **34**(12): p. 2403-2411.
 11. **Bonell, A., et al.**, A systematic review and meta-analysis of ventilator-associated pneumonia in adults in Asia: an analysis of national income level on incidence and etiology. Clinical Infectious Diseases, 2018. **68**(3): p. 511-518.
 12. **Xie, R., et al.**, Analysis of global prevalence of antibiotic resistance in Acinetobacter baumannii infections disclosed a faster increase in OECD countries. Emerging microbes & infections, 2018. **7**(1): p. 1-10.
 13. **Bùi Thị Lê Minh, Lưu Hữu Mạnh, and Nguyễn Nhật Xuân Dung**, Tình hình nhiễm E. coli sinh beta-lactamase phổ rộng trên người chăn nuôi gà ở đồng bằng sông cửu longạp chí Khoa học Trường Đại học Cần Thơ. Tạp chí Khoa học Đại học Cần Thơ, 2018. **54**: p. 1-5.

CẮT GAN THÌ HAI SAU TẮC TĨNH MẠCH CỬA

Đào Quang Minh*, Vũ Thành Chung*,

TÓM TẮT

Suy tế bào gan là 01 biến chứng nặng sau cắt gan lớn, đặc biệt khi có những bệnh lý gan mạn tính kèm theo. Tắc tĩnh mạch cửa có tác dụng làm nhỏ phần gan gây tắc và phi đại bù thể tích gan lành. Sự tắc nghẽn này có thể gây ra bởi phẫu thuật hoặc can thiệp bơm các chất gây tắc vào lòng tĩnh mạch cửa. Thuyên tắc tĩnh mạch cửa thường tiến hành trước phẫu thuật cắt gan khi khối lượng gan còn lại dự kiến từ 25-40% tổng thể tích gan được chỉ định ở bệnh nhân di căn gan, u gan nguyên phát lớn... Sau tắc tĩnh mạch cửa có những biến đổi: huyết động, chức năng gan đáp ứng với thể tích gan phi đại từ 02 đến 06 tuần có thể cắt gan thì hai....

SUMMARY

HEPATECTOMY AFTER BLOCKING PORTAL VEIN

Hepatocellular failure is a serious complication after major hepatic resection, especially when there are chronic liver diseases attached. Portal vein obstruction reduces the hepatic obstruction and enlarges the volume of healthy liver. This blockage can be caused by surgery or the intervention of pumping the substance into the portal vein. Portal vein embolism is usually preceded by liver resection when the expected remaining liver mass from 25-40% of the total liver volume is indicated in patients with hepatic metastases, large primary

liver tumors. After venous occlusion gates have changes: hemodynamic, liver function responds to the volume of liver enlargement from 02 to 06 weeks can do Hepatectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt gan là phương pháp phẫu thuật lấy bỏ một phần nhu mô gan và tĩnh mạch cửa dẫn đến giảm chức năng gan. Đối với cắt gan nhỏ (1-2 phân thùy) các chỉ số sinh hóa, huyết động thay đổi nhẹ dẫn đến việc không có hoặc ít biến động về mặt lâm sàng. Đối với cắt gan lớn (trên 3 phân thùy) trái lại thường kết hợp xuất hiện tăng áp lực tĩnh mạch cửa, suy chức năng gan đặc biệt là khi ở bệnh nhân có bệnh lý về gan

Áp lực tĩnh mạch cửa tăng trung bình 30mm H₂O ở bệnh nhân không xơ gan và tăng 50mm H₂O ở bệnh nhân xơ gan[1]. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa là nguyên nhân dẫn đến biến chứng xuất huyết tiêu hóa và có thể dẫn đến xuất hiện cổ chướng. Tỷ lệ Prothrombin giảm 50% trong 24h sau cắt gan hạ phân thùy hay cắt thùy gan phải [2,3]. Giảm Prothrombin này là thoáng qua và không có hậu quả khi mà thể tích gan còn lại đủ nhưng có thể kéo dài trong vài ngày hoặc vài tuần và để lại hậu quả về lâm sàng nghiêm trọng ở bệnh nhân xơ gan[2], hoặc thiếu máu sau cắt gan kéo dài[4], hoặc không đủ về thể tích gan còn lại.

Để hạn chế tăng áp lực tĩnh mạch cửa và suy giảm chức năng gan sau mổ người ta đã đặt vấn đề giảm mức độ xơ gan hay kích thích gan, gây tăng thể tích của gan còn lại

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2019

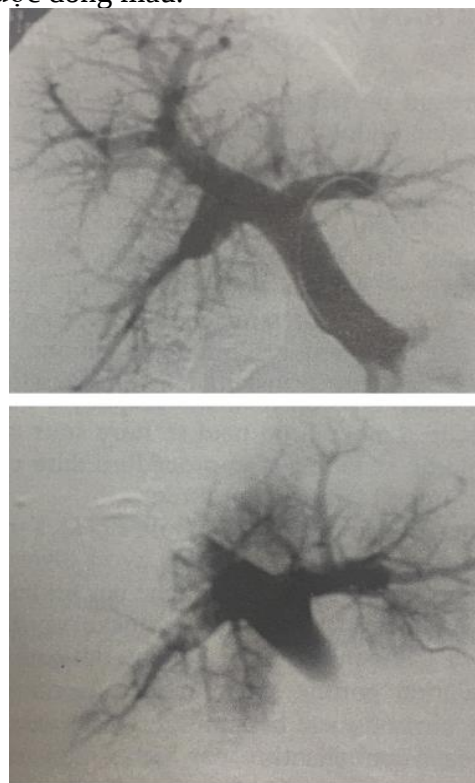
Ngày duyệt bài: 15/01/2020

và giảm thể tích của gan sẽ cắt bỏ. Một cách tiếp cận khác được mô tả vào những năm 80 của thế kỉ XX và hiện đã được áp dụng rộng rãi là gây teo phân tủy gan muốn cắt bỏ và phôi đại bù các phần gan còn lại được bảo tồn[5,6]. Giảm thể tích gan cắt bỏ và tăng thể tích gan lành được gây ra bởi sự gián đoạn một phần tĩnh mạch cửa, tương tự như những gì quan sát được ở bệnh nhân ung thư đường mật xâm lấn tĩnh mạch cửa[7]. Trong thực nghiệm, người ta có thể tăng lưu lượng máu tĩnh mạch cửa trên thỏ bằng nội khoa (truyền Insulin, Glucagon thấy có hiện tượng tăng lưu lượng máu đến gan qua tĩnh mạch tụy). Các phương pháp tắc nhánh tĩnh mạch cửa sử dụng trong thực hành lâm sàng: sử dụng keo sinh học, keo acrylic, hoặc còng qua tĩnh mạch hồi đại tràng, qua da xuyên gan dưới hướng dẫn siêu âm hoặc mở nhỏ bụng vào tĩnh mạch hồi đại tràng hoặc phẫu thuật thắt tĩnh mạch cửa (mổ mở hoặc nội soi).

KỸ THUẬT

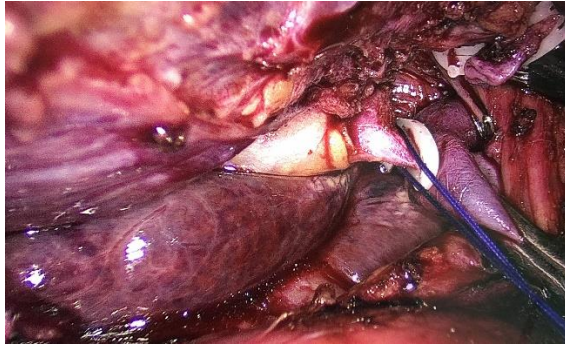
Tắc tĩnh mạch cửa có thể bằng phương pháp tắc nội mạch bởi keo sinh học, keo acrylic, còng tuyệt đối. Đường vào có thể qua tĩnh mạch hồi đại tràng với đường mở nhỏ, nhược điểm phương pháp này là nguy cơ dính ruột và thực hiện khó khăn [8]. Một đường vào khác là qua da xuyên gan dưới hướng dẫn siêu âm, bệnh nhân được gây tê tại chỗ, thời gian thực hiện khoảng 45 – 90 phút. Chúng ta có thể lựa chọn đường vào một nhánh cửa cùng bên làm tắc hay vào qua thân cửa chung (hình 1). Phương pháp này

thực hiện khó khăn nếu có hiện tượng giảm dòng chảy tĩnh mạch cửa hoặc trong trường hợp bệnh nhân xơ gan, có thể tắc nhánh tĩnh mạch cửa cần bảo tồn do hiện tượng trào ngược dòng máu.

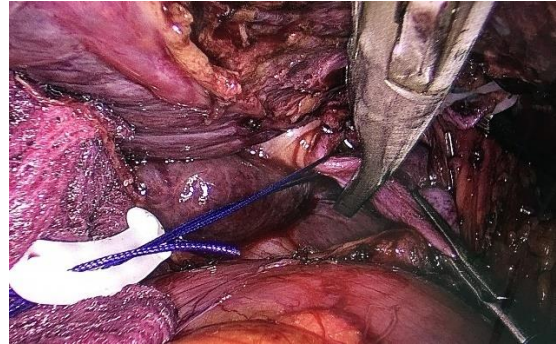


Hình 1: Thuyên tắc tĩnh mạch cửa qua da dưới hướng dẫn siêu âm

Thắt tĩnh mạch cửa bằng phẫu thuật (phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật mở). Có rất ít báo cáo về việc so sánh hiệu quả giữa việc làm tắc tĩnh mạch cửa qua đường can thiệp so với phẫu thuật thắt tĩnh mạch cửa. Tại bệnh viện Thanh Nhân, chúng tôi đang triển khai cả hai phương pháp kỹ thuật thắt tĩnh mạch cửa qua phẫu thuật nội soi và thắt tĩnh mạch cửa xuyên gan qua da.



Hình 2.a: bộc lộ TMC cửa phải



Hình 2.b: Clip TMC cửa phải

Hình 2: Phẫu thuật thắt tĩnh mạch cửa phải qua nội soi**CHỈ ĐỊNH**

Phương pháp này được chỉ định khi chuẩn bị phẫu thuật cắt gan lớn để tăng thể tích gan lành, giảm nguy cơ suy gan sau phẫu thuật.

- Ung thư biểu mô đường mật gan phải hoặc trái sau dẫn lưu đường mật phần gan cần được bảo tồn [9].

- HCC: Cắt gan là phương pháp điều trị hiệu quả tốt nhất trong trường hợp các khối ung thư tế bào gan kích thước lớn [10]. Tuy nhiên trong các trường hợp cắt gan lớn nguy cơ suy gan sau mổ rất cao vì khoảng 90% các bệnh nhân này có bệnh lý gan mạn tính.

- Di căn gan

Chỉ định tắc tĩnh mạch cửa sau khi đánh giá thể tích nhu mô gan còn lại quá nhỏ bằng cách dựng hình CT Scanner đa dãy [11], đặc biệt khi có bệnh lý gan mạn tính kèm theo. Chúng được đo lường dựa trên phần chức năng gan còn lại (thể tích gan còn lại/tổng thể tích gan). Tắc tĩnh mạch cửa được chỉ định khi nhu mô gan còn 25 – 30% và 30 – 40% đối với bệnh nhân xơ gan. Có một số tác giả chỉ định rộng rãi làm tắc tĩnh mạch cửa khi mà phần gan lấy bỏ trên 55%. Trong một nghiên cứu hồi cứu cho thấy, cắt gan phải trên bệnh nhân không xơ gan cho kết quả tốt

làm giảm tỉ lệ biến chứng dưới 50% và giảm thời gian nằm viện.

NHỮNG BIẾN ĐỔI SAU TẮC TĨNH MẠCH CỬA

- Với huyết động: Đối với bệnh nhân không có bệnh lý gan tắc tĩnh mạch cửa làm tăng áp lực hệ thống cửa $49 \pm 27\text{mm H}_2\text{O}$ [12]. Đối với bệnh nhân có bệnh lý gan mạn tính tắc tĩnh mạch cửa làm tăng áp lực hệ thống cửa $75 \pm 48\text{mm H}_2\text{O}$. Không có biến chứng chảy máu (XHTH do giãn vỡ TM thực quản, XH dạ dày) có thể có cổ chướng thoáng qua ở một số ít bệnh nhân.

- Tắc nhánh tĩnh mạch cửa dẫn đến tăng tốc độ dòng chảy bên không tắc cao có thể lên đến gấp hai lần bình thường [13].

- Nguy cơ của phương pháp tắc tĩnh mạch cửa xuyên qua da tương đương với nguy cơ sinh thiết gan và càng tăng khi có tắc mật vì vậy cần dẫn lưu đường mật trước can thiệp tắc tĩnh mạch cửa.

- Tắc tĩnh mạch cửa bởi keo sinh học, keo acrylic được dung nạp rất tốt. Thời gian nằm viện khoảng 24 -48 giờ. Men gan nhỏ hơn 2,5 lần so với bình thường. Không có sự biến đổi về bilirubin toàn phần và trực tiếp ở bệnh nhân không có bệnh gan mạn tính kèm

theo [14]. Tuy nhiên hay gặp việc di chuyển vật liệu thuyên tắc, dẫn đến tổn thương phần gan muốn bảo tồn. Biến chứng có thể xuất hiện sau can thiệp: Chảy máu đường mật, vết thương mạch máu. Đối với thuyên tắc bằng cồn tuyệt đối, men gan ngày 1 có thể tăng tới 30%, bệnh nhân có thể sốt và đau nhiều.

Với hình thái và chức năng gan: Teo phần gan bị thuyên tắc, giảm thể tích phần gan tắc tĩnh mạch cửa khoảng 3 – 15 cm³/ngày. Đây là thay đổi quan trọng trong hai tuần đầu tiên (13 cm³/ngày) và sau đó có xu hướng giảm hơn 8cm³/ngày trong những tuần tiếp theo[15], giảm thể tích gan này có thể tiến triển đến tuần thứ sáu hay tuần thứ tám. Nó là kết quả của quá trình hoại tử trong các khu vực trung tâm.

- Với chất gây tắc tạm thời không có hoại tử gan và phản ứng viêm trái với tắc động mạch gan [16].

- Với chất tắc vĩnh viễn: Còn tuyệt đối gây hoại tử gan, gây phản ứng viêm mạnh. Chức năng gan có thể trở về bình thường sau 3 tuần [15].

- Cyanoacrylate gây nên phản ứng viêm ở chỗ tiếp xúc tắc tĩnh mạch cửa, đặc biệt gây xơ hóa. Điều này gây tăng sự teo phần

gan cắt bỏ, tuy nhiên lại gây khó khăn cho phẫu thuật bóc tách cuống gan vì khó phân biệt xơ hóa này với tổn thương do u.

Tăng thể tích gan có tốc độ tương đương với quá trình teo gan, khoảng 12cm³/ ngày (2 tuần đầu) để khối lượng tổng thể của gan không bị thay đổi. Sau đó giảm 6cm³/ngày trong tháng tiếp theo[16]. Sự phì đại này dường như ít hơn hai lần so với động lực phì đại gan sau cắt gan [17] và có sự thay đổi động lực phì đại gan sau cắt của bệnh nhân có hoặc không tắc tĩnh mạch cửa [20]. Sự gia tăng thể tích của phần gan không bị thuyên tắc có liên quan đến sự gia tăng thể tích và sự sao chép của tế bào gan [18]. Mức độ phì đại gan lành phụ thuộc vào thể tích nhu mô gan bị thuyên tắc[20] bản chất của vật liệu gây tắc, có bệnh lý gan mạn tính, vị trí và thời gian sau thuyên tắc.

- Các nghiên cứu cho thấy trong khoảng từ 2-6 tuần có thể tăng thể tích gan đủ cho sự đáp ứng cho cắt gan thì hai[21]. Sau tám tuần, có thể đối mặt với sự tiến triển của khối u, nguy cơ giảm thể tích gan phì đại do có sự xuất hiện của tuần hoàn bàng hệ.



Hình 3a. U gan phải



Hình 3b: u gan sau thắt TMC phải

Hình 3: Thay đổi về thể tích gan sau thắt tĩnh mạch cửa phải

- Nhu mô gan phì đại đáp ứng được các nhu cầu chuyển hóa năng lượng của cơ thể (biểu hiện bằng nồng độ AMP, ADP và ATP) và yêu cầu về chức năng gan như nhu mô gan bình thường. Do tổng thể tích gan không thay đổi nên không có sự thay đổi trong xét nghiệm men gan và đặc biệt độ thanh thải indocyanine [22] [23].

V. KẾT LUẬN

Tắc tĩnh mạch cửa bằng phương pháp can thiệp hay phẫu thuật cho phép tăng thể tích gan còn lại ở bệnh nhân có nguy cơ suy gan sau phẫu thuật cắt gan lớn. Phương pháp này chỉ nên thực hiện ở bệnh nhân không bị suy tế bào gan, dung nạp tốt. Thời gian nằm viện ngắn. Trong trường hợp chủ yếu được thực hiện ở bệnh nhân ung thư, lợi ích phải được cân bằng với các yếu tố nguy cơ chậm trễ điều trị do sự phát triển của khối u. Trong trường hợp không có bệnh gan mạn tính tiềm ẩn. Sau khi tắc tĩnh mạch cửa có thể cắt trên 4 phân thùy gan tùy theo chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kanematsu T, Takenaka K, Furuta T, Ezaki T, Sugimachi K, Inokuchi K.** Acute portal hypertension associated with liver resection. Analysis of early postoperative death. *Arch Surg* 1985 ; 120 : 1303-5.
2. **Farges O, Malassagne B, Flejou JF, Balzan S, Sauvanet A, Belghiti J.** Risk of major liver resection in patients with underlying chronic liver disease. A reappraisal. *Ann Surg* 1999 ; 229 : 210-5.
3. **Vauthey JN, Chaoui A, Do KA, Bilimoria MM, Fenstermacher MJ, Charnsangavej C, et al.** Standardized measurements of the future liver remnant prior to extended liver resection : methodology and clinical associations. *Surgery* 2000 ; 127 : 512-9.
4. **Belghiti J, Hiramatsu K, Benoist S, Massault P, Sauvanet A, Farges O.** Seven hundred forty-seven hepatectomies in the 1990's : an update to evaluate the actual risk of liver resection. *J Am Coll Surg* 2000 ; 191 : 38-46.
5. **Makuuchi M, Takayasu K, Takuma T, Yamazaki S, Hasegawa H, Nishiura S, et al.** Preoperative transcatheter embolization of the portal venous branch for the patients receiving extended lobectomy due to the bile duct carcinoma. *J Jpn Soc Clin Surg* 1984 ; 45 : 14-20.
6. **Kinoshita H, Sakai K, Hirohashi K, Igawa S, Yamasaki O, Kubo S, et al.** Preoperative portal vein embolization for hepatocellular carcinoma. *World J Surg* 1986 ; 10 : 803-8.
7. **Takayasu K, Muramatsu Y, Shimada Y, Moriyama N, Yamada T, Makuuchi M.** Hepatic lobar atrophy following obstruction of the ipsilateral portal vein from hilar cholangiocarcinoma. *Radiology* 1986 ; 160 : 389-93.
8. **Makuuchi M, Le Thai B, Takayasu K, Takayama T, Kosuge T, Gunven P, et al.** Preoperative portal embolization to increase safety of major hepatectomy for hilar bile duct carcinoma a preliminary report. *Surgery* 1990 ; 107 : 521-
9. **Makuuchi M, Takayasu K, Takuma T, Yamazaki S, Hasegawa H, Nishiura S, et al.** Preoperative transcatheter embolization of the portal venous branch for patients receiving extended lobectomy due to the bile duct carcinoma. *J Jpn Soc Clin Surg* 1984 ; 45 : 14-20.
10. **Regimbeau JM, Farges O, Shen BY, Sauvanet A, Belghiti J.** Is surgery for large hepatocellular carcinoma justified ? *J Hepatol* 1999 ; 31 : 1062-8.

11. **Kubota K, Makuuchi M, Kusaka K, Kobayashi T, Miki K, Hasegawa K, et al.** Measurement of liver volume and hepatic functional reserve as a guide to decision-making in resectional surgery for hepatic tumors. *Hepatology* 1997; 26 : 1176-81
12. **Takayama T, Makuuchi M, Kosuge T, Yamamoto J, Shimada K, Inoue K.** Preoperative portal embolization. *Ann Ital Chir* 1997 ; 68:745-50.
13. **Goto Y, Nagino M, Nimura Y.** Doppler estimation of portal blood flow after percutaneous transhepatic portal vein embolization. *Ann Surg* 1998 ; 228: 209-13
14. **Imamura H, Shimada R, Kubota M, Matsuyama Y, Nakayama A, Miyagawa SI, et al.** Preoperative portal vein embolization : an audit of 84 patients. *Hepatology* 1999; 29: 1099-105
15. **Shimamura T, Nakajima Y, Une Y, Namieno T, Ogasawara K, Yamashita K, et al.** Efficacy and safety of preoperative percutaneous transhepatic portal embolization with absolute ethanol : a clinical study. *Surgery* 1997 ; 121: 135-41
16. **Baere T, Roche A, Vavasseur D, Therasse E, Indushekar S, Elias D, et al.** Portal vein embolization : utility for inducing left hepatic lobe hypertrophy before surgery. *Radiology* 1993 ; 188 : 73-7
17. **Yamanaka N, Okamoto E, Kawamura E, Kato T, Oriyama T, Fujimoto J, et al.** Dynamics of normal and injured human liver regeneration after hepatectomy as assessed on the basis of computed tomography and liver function. *Hepatology* 1993 ; 18:79-85
18. **Harada H, Imamura H, Miyagawa S, Kawasaki S.** Fate of the human liver after hemihepatic portal vein embolization : cell kinetics. *onntoloay* 1997 · 26: 1162-70
19. **Duncan JR, Hicks ME, Cai SR, Brunt EM, Ponder KP.** Embolization of portal vein branches induces hepatocyte replication in swine a potential step in hepatic gene therapy. *Radiology* 1999 ; 210 : 467-77
20. **Yamakado K, Takeda K, Matsumura K, Nakatsuka A, Hirano T, Kato M, et al.** Regeneration of the unembolized liver parenchyma following portal vein embolization. *J Hepatol* 1997 ; 27 : 871-80.
21. **Azoulay D, Castaing D, Smail A, Adam R, Caillez V, Laurent A, et al.** Resection of nonresectable liver metastases from colorectal cancer after percutaneous portal vein embolization. *Ann Surg* 2000 ; 231: 480-6.
22. **Chijiwa K, Saiki S, Noshiro H, Kameoka N, Nakano K, Tanaka M.** Effect of preoperative portal vein embolization on liver volume and hepatic energy status of the nonembolized liver lobe in humans. *Eur Surg Res* 2000; 32: 94-9.
23. **Tominaga M, Ku Y, Iwasaki T, Fukumoto T, Takamatsu M, Tsuchida S, et al.** Evaluation of the non-embolized hepatic lobar function based on the lidocaine extraction with hepatic venous isolation and charcoal hemoperfusion after portal embolization [abstract]. *HPB* 2000 ; 2: 147.

KẾT QUẢ KHÔNG BĂNG VẾT MỖ SAU PHẪU THUẬT NHÂN 05 TRƯỜNG HỢP

Đào Quang Minh*, Hà Trung Chính*, Lê Thu Phong*,
Nguyễn Thị Thu Hương*, Nguyễn Phương Linh*, Nguyễn Thị Bích Ngọc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả không băng vết mổ sau phẫu thuật 48 giờ.

Kết quả: 05 bệnh nhân sau mổ cắt khối tá tụy, sỏi mật, cắt bàng quang, cắt ruột thừa, nối vị tràng. Cả 05 bệnh nhân sau phẫu thuật 48 giờ thay băng để hở vết mổ, không có nhiễm trùng, cắt chỉ liền vết mổ tốt.

Kết luận: Bỏ băng vết mổ sau phẫu thuật 48 giờ không gây nhiễm trùng, vết mổ liền tốt.

Từ khóa: Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng bệnh viện, băng vết mổ, phẫu thuật

SUMMARY

RESULTS OF DO NOT BANDAGE AFTER SURGERY REPORT 05 CASES

Objectives: To evaluate the effectiveness of no surgical incision 48 hours after surgery.

Results: 05 patients after surgery pancreatic mass, gallstones, bladder, appendectomy, Gastro-jejunostomy operation. All patients 48 hours after surgery were changed the bandage to open the incision, no infection, cut only the incision good.

Conclusion: Removing the incision bandage 48 hours after surgery does not cause infection, the incision is good.

Key words: Incision infection, hospital infection, wound dressing, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khả năng liền vết mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố, một trong những yếu tố quan trọng nhất là không có nhiễm khuẩn thứ phát [1-3]. Hơn nữa, nhiễm trùng vết mổ đứng thứ hai trong nhiễm khuẩn bệnh viện, dẫn đến không chỉ tăng chi phí điều trị, kéo dài thời gian nằm viện thậm chí tăng tỉ lệ tử vong (2-4%) [4-7]. Các vi khuẩn có thể từ bên ngoài hoặc nội sinh của cơ thể người bệnh chiếm đến 90% nhiễm trùng vết mổ [11].

Hầu hết các tác giả trên thế giới đồng thuận với các phương pháp phòng ngừa như là giảm nhiễm khuẩn bằng việc hạn chế tối đa nguy cơ xâm nhập của vi khuẩn vào vùng phẫu thuật và hạn chế nhiễm khuẩn khi đóng vết mổ. Giảm những yếu tố nguy cơ như thời gian mổ kéo dài, kỹ thuật mổ không đúng. Nâng cao thể trạng người bệnh [13].

Một số tác giả cho rằng sau phẫu thuật băng vết mổ là một thói quen của phẫu thuật viên. Trái lại, một số tác giả khác cho rằng sau phẫu thuật không cần băng vết mổ với lý do sau phẫu thuật vết mổ khép kín theo mỗi giờ cho đến 48 giờ là đủ khả năng đóng kín do vậy các vi khuẩn không xâm nhập được vào vết mổ. Một nghiên cứu mới đây cho thấy khả năng đóng kín vết mổ thậm chí sau 24 giờ sau phẫu thuật. Chúng tôi xin giới thiệu 05 bệnh nhân sau phẫu thuật 48 giờ thay băng lần đầu sau đó không băng vết mổ:

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2019

Ngày duyệt bài: 15/01/2020

CASE LÂM SÀNG

Bệnh nhân 01: Nam, 80 tuổi. Vào viện 07/02/2020 vì mệt mỏi, chán ăn. Chẩn đoán K dạ dày giai đoạn muộn. Chỉ định mổ nội vị tràng ngày 15/02/2020. Thời gian phẫu thuật 45 phút đường mổ trắng bên (T) kích thước 5cm. Bệnh nhân được thay băng lần 1 sau 48 giờ và bỏ băng vết mổ hoàn toàn. Hiện tại ngày thứ 5, bệnh nhân toàn trạng ổn định, không sốt. Vết mổ khô, sạch.

Bệnh nhân 02: Nam, 42 tuổi. Vào viện 01/02/2020 vì đau bụng thượng vị, hạ sườn (p). Chẩn đoán: Tắc mật do sỏi OMC – Sỏi túi mật. Chỉ định mổ cắt túi mật, mở ống mật chủ lấy sỏi, nội soi tán sỏi đường mật ngày 05/02/2020. Đường mổ trắng giữa trên rốn KT 10cm. Thời gian phẫu thuật 90 phút. Bệnh nhân được thay băng lần 1 sau 48 giờ và bỏ băng vết mổ hoàn toàn. Bệnh nhân toàn trạng ổn định, không sốt. Vết mổ khô, sạch. Cắt chỉ và ra viện ngày thứ 10.

Bệnh nhân 03: Nam, 71 tuổi. Vào viện 10/02/2020 vì đau bụng hạ vị. Chẩn đoán K bàng quang. Chỉ định mổ Cắt bán phần bàng quang ngày 14/02/2020. Thời gian phẫu thuật 60 phút. Vết mổ đường trắng giữa dưới rốn kích thước 10cm. Bệnh nhân được thay băng lần 1 sau 48 giờ và bỏ băng vết mổ hoàn toàn. Bệnh nhân toàn trạng ổn định, không sốt. Vết mổ khô, sạch. Cắt chỉ ra viện sau 10 ngày.

Bệnh nhân 04: Nữ, 76 tuổi. Vào viện 04/02/2020 vì đau bụng hố chậu phải. Chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Chỉ định mổ cắt ruột thừa nội soi ngày 04/02/2020. Thời gian phẫu thuật 40 phút. Vị trí mổ: 03 lỗ Trocar trên rốn, hố chậu trái, hố chậu phải kích thước 01 cm. Bệnh nhân được thay băng lần

1 sau 48 giờ và bỏ băng vết mổ hoàn toàn. Bệnh nhân toàn trạng ổn định, không sốt. Vết mổ khô, sạch. Cắt chỉ và ra viện ngày thứ 5.

Bệnh nhân 05: Nam, 58 tuổi. Vào viện 08/02/2020 vì đau bụng thượng vị, vàng da. Bệnh nhân được chẩn đoán K bóng Vater. Chỉ định mổ cắt khối tá tụy ngày 15/02/2020. Thời gian phẫu thuật 120 phút. Vết mổ đường trắng giữa trên dưới rốn kích thước 15cm. Dẫn lưu dưới gan, dẫn lưu Douglas (dẫn lưu cách vết mổ 10 cm). Bệnh nhân được thay băng lần 1 sau 48 giờ và bỏ băng vết mổ hoàn toàn. Bệnh nhân toàn trạng ổn định, không sốt. Vết mổ khô, sạch. Hiện tại ngày thứ 5. Dự kiến cắt chỉ vết mổ ra viện ngày thứ 10.

BÀN LUẬN

Những tiến bộ của phẫu thuật để ngăn ngừa nhiễm trùng đã giúp giảm đáng kể tỉ lệ nhiễm trùng tại nơi phẫu thuật, nhờ hiểu rõ hơn về các bệnh lý nhiễm trùng, cải thiện kỹ thuật phẫu thuật và kiểm soát tốt hơn với kháng sinh mới, phổ rộng. Tuy nhiên nguy cơ biến chứng nhiễm trùng vẫn chiếm 25% tất cả các nhiễm trùng bệnh viện, là nguyên nhân thứ hai sau nhiễm khuẩn tiết niệu [7]. Tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ rất thay đổi giữa các cơ sở phẫu thuật [9-23-24] và thường khó so sánh hai loại khi biết nhiều yếu tố có thể thay đổi nó: Loại bệnh viện, số giường bệnh, loại phẫu thuật, tuổi của bệnh nhân [21] thậm chí cả kỹ năng của bác sĩ phẫu thuật [24-27]. Những yếu tố này ảnh hưởng đến cả nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ và cả sự phát triển của nhiễm khuẩn. Trong các tài liệu gần đây, tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong khoảng 3,5%.

Khả năng liền vết mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố, một trong những yếu tố quan trọng nhất là không có nhiễm khuẩn thứ phát [1-3]. Hơn nữa, nhiễm trùng vết mổ đứng thứ hai trong nhiễm khuẩn bệnh viện, dẫn đến không chỉ tăng chi phí điều trị, kéo dài

thời gian nằm viện thậm chí tăng tỉ lệ tử vong (2-4%) [4-7]. Các vi khuẩn có thể từ bên ngoài hoặc nội sinh của cơ thể người bệnh chiếm đến 90% nhiễm trùng vết mổ [11].

Về Phân loại phẫu thuật theo Altermeier, 1955

Loại phẫu thuật	Mô tả	Bảng vết mổ sau 48 giờ
Loại I – Sạch	Vết mổ khâu kín, không dẫn lưu, không chấn thương, không viêm, đảm bảo kỹ thuật vô trùng, không mở khí quản, ống tiêu hóa, bộ máy sinh dục – tiết niệu, đường hô hấp.	Không
Loại II – Sạch nhiễm	Mở bộ phận tiết niệu –sinh dục mà nước tiểu cấy vô trùng, mở đường hô hấp, mở ống tiêu hóa trong điều kiện tốt và không gây nhiễm	Không
Loại III – Nhiễm	Vết thương do chấn thương mới, mở ống mật hay đường sinh dục – tiết niệu khi có nhiễm trùng mật và nhiễm trùng niệu, nhiễm khuẩn do dịch của ống tiêu hóa, lỗi vô trùng nặng, mổ trong vùng viêm tấy chưa tụ mủ	Có
Loại IV – Bẩn	Vết thương bẩn hoặc được điều trị muộn, các mô chết, nhiễm trùng có mủ, nhiễm phân hay dị vật, thủng tạng	Có

05 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều thuộc các phẫu thuật loại I,II theo phân loại Altermeier. Các bệnh nhân được phẫu thuật tại phòng mổ vô khuẩn, trang thiết bị hiện đại, với bác sĩ phẫu thuật có kinh nghiệm.

Hầu hết các tác giả trên thế giới đồng thuận với các phương pháp phòng ngừa như là giảm nhiễm khuẩn bằng việc hạn chế tối

đa nguy cơ xâm nhập của vi khuẩn vào vùng phẫu thuật và hạn chế nhiễm khuẩn khi đóng vết mổ. Giảm những yếu tố nguy cơ như thời gian mổ kéo dài, kỹ thuật mổ không đúng. Nâng cao thể trạng người bệnh [13].

Một số tác giả cho rằng sau phẫu thuật băng vết mổ là một thói quen của phẫu thuật viên. Trái lại, một số tác giả khác cho rằng sau phẫu thuật không cần băng vết mổ với lý

do sau phẫu thuật vết mổ khép kín theo mỗi giờ cho đến 48 giờ là đủ khả năng đóng kín do vậy các vi khuẩn không xâm nhập được vào vết mổ. Một nghiên cứu mới đây cho thấy khả năng đóng kín vết mổ thậm chí sau 24 giờ sau phẫu thuật.

Sau vài giờ kể từ khi 2 mép vết thương gần kín thì trong lòng vết thương đã xuất hiện cục máu tơ huyết và tiếp đó là sự phát triển của tổ chức liên kết. Trước hết mạch máu trong khu vực vết thương dẫn ra do đó các bạch cầu thoát mạch làm nhiệm vụ thực bào các chất đào thải. Các mạch máu dẫn ra nhanh chóng đan qua khe giữa các mép vết thương, hiện tượng dẫn mạch này kèm theo sự phát triển của các nhân tố liên kết của lớp bì quanh vết thương. Tiếp theo là sự phát triển tổ chức liên kết đó là: mới đầu có thể thấy các dạng tế bào non rồi đến các nguyên bào sợi và tế bào sợi. Các tế bào phát triển trước, các sợi tạo keo phát triển sau. Thời gian hình thành mạch máu và phát triển tổ chức kéo dài từ 2 đến 4 ngày, kế theo đó là giai đoạn sắp xếp lại tổ chức.

Theo tác giả G. Meylan, nghiên cứu trên 100 bệnh nhân với những vết thương loại I,II theo phân loại Altermeier được phân thành hai nhóm ngẫu nhiên băng hoặc không băng vết mổ sau 48 giờ, tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ như nhau ở cả hai nhóm. Không có sự khác biệt đáng kể, việc băng hay không băng không làm thay đổi tỉ lệ nhiễm trùng. Theo tác giả, việc quan trọng nhất là kỹ thuật khâu vết mổ và tiết khuẩn trong mổ. Tác giả còn cho rằng băng vết mổ thường xuyên sau phẫu thuật gây phiền hà cho người bệnh, chưa kể đến những trường hợp da nhạy cảm, có thể phản ứng với băng dính. Về mặt kinh

tế, băng vết mổ làm tăng chi phí nằm viện. Theo dõi vết thương và chăm sóc của điều dưỡng được đơn giản hóa. Tuy nhiên, có một số bệnh nhân cảm thấy lo lắng khi nhìn thấy vết mổ. Trong một số trường hợp, vị trí vết mổ đặt ra vấn đề cần che bằng băng phẫu thuật (vùng lưng, vết mổ sát chân dẫn lưu). Các vết thương trong phẫu thuật chấn thương chỉnh hình đặc biệt là vết mổ khớp. Việc băng vết mổ dẫn đến hạn chế vận động sớm, bệnh nhân sẽ được tắm vào ngày thứ 5 với sự bảo vệ vết mổ bằng 01 miếng dán. Việc tháo băng cho phép tắm sớm hơn (từ ngày thứ 3). Cuối cùng, khả năng tháo băng có thể sớm hơn (trong vòng 24 giờ) [25]

Cả 5 bệnh nhân của chúng tôi đều được tháo băng vết mổ giờ thứ 48, tắm ngày thứ ba, diễn biến bệnh nhân hoàn toàn ổn định, vết mổ liền tốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng. Chúng tôi để 01 gạc trải mỏng trên vết mổ, không băng với mục đích che vết mổ, giảm sự lo lắng cho bệnh nhân. Các báo cáo đã ghi nhận việc băng hay không băng vết mổ có kết quả tương đương. Trong y văn, việc băng hay không băng vết mổ còn ít nghiên cứu, ngoại trừ một vài báo cáo về việc sử dụng các sản phẩm thương mại làm liền vết mổ mới, hiệu quả chưa rõ ràng nhưng đắt tiền [14-16].

V. KẾT LUẬN

Không băng vết mổ 48 giờ sau phẫu thuật có thể liền vết mổ tốt không nhiễm trùng. Tuy nhiên, chỉ nên thực hiện ở những bệnh viện lớn, trang thiết bị, phòng mổ hiện đại, đội ngũ phẫu thuật viên kinh nghiệm, kiểm soát nhiễm khuẩn đảm bảo tiêu chuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Churchill MA, Turner SM, Bintcliff IW.** Controlled prospective trial of wound management in elective hand surgery. *J R Coll Surg Edin* 1992 ; 37 : 203-4.
2. **Haley RW, Schaberg DR, Crossley KB, von Allmen SD, McGowan JE.** Extracharges and prolongation of stay attributable to nosocomial infections: A prospective interhospital comparison. *Am J Med* 1981 ; 70 : 51-8.
3. **CDC Guidelines for the prevention and control of nosocomial infections.** *Am J Infect Control* 1986 ; 14: 71-80.
4. **Wikblad K, Anderson B.** A comparison of three wound dressing in patient undergoing heart surgery. *Nurs Res* 1995 ; 44: 312-6.
5. **Haley RW, Culver DH, White JW.** The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985 ; 121 : 182-205.
6. **Cruse PJE, Foord R.** A five-year prospective study of 23 649 surgical wounds. *Arch Surg* 1973 ; 107 : 206-11.
7. **Culver DH, Horan TC, Gaynes RP.** Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index: national nosocomial infections surveillance system. *Am J Med* 1991 ; 91 (Suppl) : 152-7.
8. **G. Meylan, P. Tschantz.** Pansement ou absence de pansement sur les plaies opératoires. Étude prospective comparative. *Annales de Chirurgie* 2001; Exercice de la chirurgie: 459 – 462
9. **Van Rijswijk L.** Environmental factors in wound healing. *J Wound Care* 1995 ; 4 : 343.
10. **Chakravarthy D, Rodway N, Schmidt S, Schmidt D, Evauchon M, Sims R.** Evaluation of three new HC dressings.. *Biomed Mater Res* 1994 ; 28 : 1165-73.

PHẪU THUẬT NỘI SOI U TUYẾN ỨC TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN BÁO CÁO NHÂN 02 TRƯỜNG HỢP

Đào Quang Minh*, Vũ Thành Chung*,
Bùi Văn Bình*, Trần Trung Kiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả PTNSLN điều trị u tuyến ức tại bệnh viện Thanh Nhân. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu ca lâm sàng. **Kết quả:** 1 BN nam 72 tuổi vào viện vì tức ngực và 1 BN 66 tuổi vào viện vì tình cờ phát hiện u tuyến ức. Lâm sàng cả 2 BN không có nhược cơ. Kích thước u tuyến ức trên CLVT ngực lần lượt là 39x51mm và 23x29mm. Giải phẫu bệnh lần lượt là Thymoma tuýp B1 và Thymoma tuýp AB. Thời gian phẫu thuật là 110 phút và 55 phút. Không xảy ra tai biến trong mổ. Thời gian nằm viện sau mổ là 3 ngày và 5 ngày. **Kết luận:** Điều trị bệnh lý u tuyến ức bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực là một phương pháp có độ an toàn, có tính khả thi cao, kết quả tốt sau phẫu thuật.

Từ khóa: U tuyến ức, phẫu thuật nội soi lồng ngực

SUMMARY

THORACOSCOPIC SURGERY APPROACH TO THYMIC TUMOR AT THANH NHAN HOSPITAL: REPORT OF TWO CASES

Objective: The report aimed to evaluate the results of thoracoscopic surgery in treatment of thymic tumors in Thanh Nhan hospital. **Methods:** The retrospective 2 cases study were treated with thoracoscopic surgery. **Results:** A

man 72 years old had chest pain and a man 66 years old had not symptom. The tumor size on the CT scans are 39x51mm and 23x29mm. The pathological results are thymoma type B1 and thymoma type AB. Operation time were 110 min and 55 min. Number of hospital days were 3 days and 5 days. No mortality and major complications after operation. **Conclusion:** Treatment of thymic tumors by thoracoscopic surgery is a method of safe and feasible, good results after operation.

Keywords: thymic tumors, thoracoscopic surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến ức là loại u thường gặp nhất trong các u trung thất trước, ít có biểu hiện lâm sàng khi u còn nhỏ, điều trị chủ yếu hiện nay vẫn là phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật nội soi lồng ngực. Phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) đã và đang là phương pháp điều trị có hiệu quả u trung thất nói chung và u tuyến ức nói riêng[1],[2],[3],[4],[5]. Tại Việt Nam, PTNSLN đang được nhiều trung tâm trong cả nước ứng dụng để điều trị một số bệnh lý như: tràn khí màng phổi tự phát, cắt hạch giao cảm điều trị bệnh ra mồ hôi tay, bệnh lý u trung thất mà trong đó có u tuyến ức.

Hiện nay, chỉ định điều trị u tuyến ức bằng PTNSLN với các u tuyến ức giai đoạn I, II theo Masaoka đã được hầu hết các tác giả chấp nhận[4],[5],[6],[7]. Tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Thanh Nhân, chúng tôi đã ứng dụng thành công PTNSLN để điều trị

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2019

Ngày duyệt bài: 15/01/2020

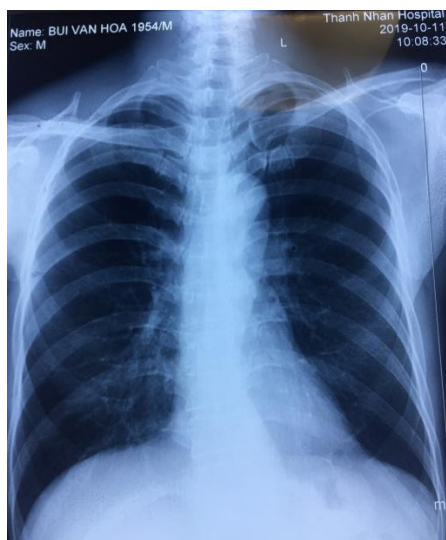
u tuyến ức. Trong báo cáo này, chúng tôi thông báo 2 trường hợp được chẩn đoán u tuyến ức và điều trị bằng PTNSLN.

CA LÂM SÀNG

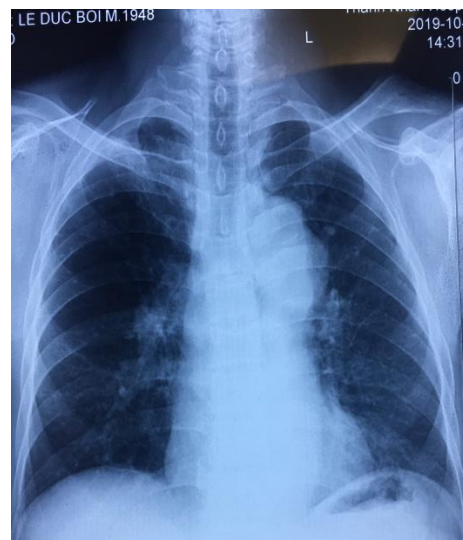
Hai bệnh nhân nam: Bệnh nhân 1 - **Lê Đức B 72 tuổi** có tiền sử lao phổi cũ, vào

viện vì tức ngực và bệnh nhân 2 - **Bùi Văn H 66 tuổi** tình cờ phát hiện u trung thất mà không có dấu hiệu lâm sàng.

- Lâm sàng: Cả 2 BN không có nhược cơ. BN thứ nhất có dấu hiệu đau tức ngực, BN thứ 2 không có dấu hiệu lâm sàng rõ rệt.

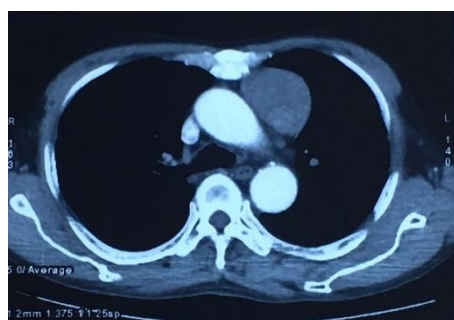


BN 1: Khối mờ trung thất trên cạnh ĐMC và tổn thương phổi do lao



BN 2: Khối mờ trung thất trên

Hình 1. XQ ngực trước mổ



BN 1: Khối u trung thất trước trên KT 39x51 mm



BN 2: Khối u trung thất trước trên KT 23x 29 mm

Hình 2. CLVT ngực trước mổ

- Giải phẫu bệnh: BN 1 là Thymoma tuýp B1; BN 2 là Thymoma tuýp AB
- Chẩn đoán cả 2 bệnh nhân trước mổ đều là U tuyến ức

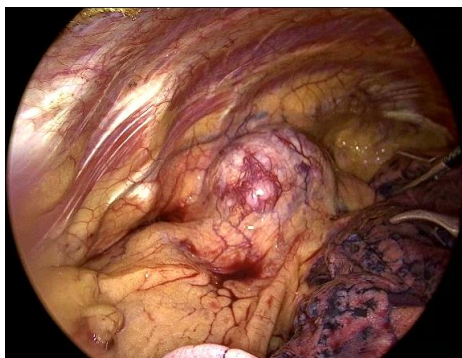
- Hướng điều trị: PTNSLN cắt u tuyến ức và tổ chức mỡ xung quanh
Quá trình phẫu thuật:
+ Gây mê NKQ 1 nòng có bơm CO₂

+ BN nằm nghiêng 45^0 sang bên đối diện. PTV đứng phía sau BN. Sử dụng bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi của hãng Karl-Storz.

+ Đặt trocar kiểu IV theo Sasaki[8].

+ BN 1: Đánh giá khoang màng phổi dính do tổn thương lao phổi cũ, gỡ dính bọc

lộ được khối u tuyến ức kích thước khoảng 4x5cm ranh giới rõ. BN 2 khoang màng phổi không dính, phổi xẹp tốt, khối u kích thước khoảng 2x 3cm ranh giới tương đối rõ, nằm tựa ngay trên màng tim và ĐMC.



Hình 3: Hình ảnh khối u trong ổ

+ Phẫu tích và cắt bỏ toàn bộ khối u và tổ chức mỡ xung quanh bằng dao điện và dao hàn mạch Ligasure. Khối u được cho vào túi nilon và lấy qua lỗ trocar có rạch da mở rộng 2cm. Bệnh phẩm được gửi làm giải phẫu bệnh.

+ Cầm máu. BN 1 không đặt DLMP, BN 2 đặt DLMP cỡ 18F. Nở phổi, đóng các lỗ trocar.

+ Thời gian phẫu thuật BN 1 là 110 phút, BN 2 là 55 phút. BN 1 rút DLMP ngày thứ 2 sau mổ.

+ BN 1 ra viện sau mổ 5 ngày, BN 2 sau mổ 3 ngày.

Cả 2 trường hợp đều không xảy ra các biến chứng trong mổ và sau mổ, ít đau sau mổ, sẹo mổ thẩm mỹ và BN hài lòng với phẫu thuật nội soi. Khám lại sau 3 tháng cả 2 BN đều không thấy khối u tái phát.

IV. BÀN LUẬN

1. Chỉ định của PTNSLN trong điều trị bệnh lý u tuyến ức

Chỉ định của PTNSLN điều trị u tuyến ức dựa vào kích thước, mối liên quan với các tạng xung quanh và giai đoạn u (Bảng1).

Bảng 1. Phân chia u tuyến ức theo Masaoka và theo tổ chức y tế thế giới (WHO) [9]

Phân chia theo Masaoka			Phân chia theo WHO
Giai đoạn	I	Khối u có vỏ rõ, có thể có hiện tượng xâm lấn nhưng chưa vượt quá lớp vỏ trên vi thể	Tuýp A (tế bào hình thoi, thể tủy)
	II		Tuýp AB (hỗn hợp)
	Ila	Vi thể u xâm lấn quá lớp vỏ	Tuýp B
	Ilb	Đại thể xâm lấn qua lớp vỏ hoặc tổ chức	- B1 (giàu lympho)

		mỡ cạnh tuyến ức hoặc dính vào màng phổi hoặc màng tim nhưng chưa vượt quá màng này	bào phần lớn ở vỏ)
	III	Đại thể xâm lấn tới các cơ quan lân cận (màng tim, mạch máu lớn, phổi)	- B2 (thể vỏ)
	IV		- B3 (ung thư biểu mô tuyến ức biệt hóa rõ, biểu mô)
	IVa	U thâm nhiễm ra màng phổi hoặc màng tim	Tuýp C (ung thư biểu mô tuyến ức)
	IVb	U di căn theo đường bạch huyết hoặc máu	

Theo hầu hết các tác giả đã chấp nhận PTNSLN thực hiện tốt với các khối u tuyến ức ở giai đoạn I, II nhưng với khối u ở giai đoạn III, IV thì còn nhiều bàn cãi. Mặt khác, kích thước khối u tuyến ức chỉ định mổ nội soi cũng không giống nhau: Thirugnanma Agasthian (Singapore) đã tiến hành PTNSLN với những u tuyến ức có đường kính không quá 5cm[6]. Theo Akihiko Kitami và cộng sự thì phẫu thuật nội soi có thể thực hiện với các trường hợp u tuyến ức có kích thước đường kính không quá 10cm[1]. Yếu tố chỉ định trước mổ có tính chất tương đối vì mức độ thành công của phẫu thuật còn phụ thuộc vào tổn thương tế trong mổ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, trang thiết bị dụng cụ hỗ trợ. Bên cạnh đó, tính chất xâm lấn trên phim chụp cắt lớp vi tính cũng đặt ra khi chỉ định là bờ khối u rõ, gọn; không có tính chất xâm lấn vào tổ chức lân cận u. Trong những trường hợp khối u dính nhiều vào tổ chức xung quanh thì nên mở ngực để đảm bảo tính an toàn[10],[11],[12].

Trong 2 trường hợp của chúng tôi: khối u giai đoạn II (theo phân loại Masaoka) được lấy bỏ bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn có kích thước đều không quá 5cm (u tuyến ức

tuýp AB và B1) thuận lợi và không gặp biến chứng trong quá trình mổ. Cả 2 trường hợp được chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có tiêm thuốc cản quang trước mổ đều cho thấy khối u tuyến ức ranh giới rõ, chưa có biểu hiện xâm lấn xung quanh giúp cho việc lựa chọn phương án phẫu thuật phù hợp.

2. Khả năng thực hiện và kết quả PTNSLN điều trị u tuyến ức:

Một yếu tố ảnh hưởng đến khả năng áp dụng PTNSLN với u tuyến ức là việc đa số các bệnh nhân đều được phát hiện bệnh khá muộn, u đa tương đối to và xâm lấn nhiều xung quanh. Các tài liệu kinh điển [3] đã xếp u trung thất vào nhóm bệnh không có triệu chứng đặc hiệu và dấu hiệu cơ năng gợi ý nhất để bệnh nhân đi khám bệnh là tức hay đau ngực. Cả 2 trường hợp bệnh nhân của chúng tôi có 1 trường hợp đau tức ngực và 1 trường hợp tình cờ phát hiện, phù hợp với nhận định trên. Kích thước u còn nhỏ và giai đoạn u đều khá sớm nên phẫu thuật nội soi mang lại hiệu quả và nhiều lợi ích cho người bệnh [4],[13].

Một khi chỉ định đúng thì PTNSLN có thể thực hiện được. Việc đặt trocar trong mổ phụ thuộc vào vị trí của khối u trong

trung thất, dựa trên nguyên tắc “cấu trúc kim tự tháp” của Landreneau và cộng sự [14], Sasaki và cộng sự đã đưa ra nguyên tắc “tam giác mục tiêu” để đặt trocar nhằm tạo không gian làm việc tốt nhất cho các thao tác mổ [8]. Hai bệnh nhân của chúng tôi áp dụng đặt kiểu IV theo Sasaki, diễn biến thuận lợi trong mổ. Trường hợp bệnh nhân 1 có tiền sử lao phổi cũ nên khoang màng phổi dính, phổi dính vào màng tim, màng phổi thành phải gỡ dính tuy nhiên không gặp nhiều khó khăn và lấy được toàn bộ u, không gặp tai biến trong mổ.

Hai bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi đều gây mê đặt nội khí quản 1 nòng có bơm khí CO₂ khoang màng phổi với áp lực 5mmHg vẫn có thể xẹp phổi và thực hiện các thao tác nội soi [15],[16]. Tuy nhiên nếu bệnh nhân được gây mê bằng ống Carlens sẽ tạo được trường mổ rộng rãi để tiến hành các thao tác trong mổ. Giải phẫu bệnh u tuyến ức được cắt bỏ bằng phẫu thuật nội soi 2 trường hợp cho thấy sự phù hợp với kết quả chẩn đoán hình ảnh cũng như chỉ định mổ.

Khám lại sau mổ 3 tháng cả 2 bệnh nhân chưa có tái phát sau mổ.

V. KẾT LUẬN

PTNSLN là một phương pháp phẫu thuật rất tốt trong điều trị triệt để các bệnh lý u tuyến ức. Kích thước, tính chất và độ xâm lấn u là các tiêu chí quan trọng để chọn lựa bệnh nhân. Ít đau sau mổ thời gian nằm viện ngắn và sẹo mổ thẩm mỹ là các ưu điểm cơ bản của phương pháp này. Có thể áp dụng thường quy kỹ thuật này trong mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Kitami, T. Suzuki, R. Usuda và cộng sự (2004).** Diagnostic and therapeutic thoracoscopy for mediastinal disease. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*, 10(1), 14-18.
2. **Jeffrey C. Lin, Stephen R. Hazelrigg và Rodney J. Landreneau (2000).** Video-assisted thoracic surgery for diseases within the mediastinum. *Surgical Clinics of North America*, 80(5), 1511-1533.
3. **B. V. Duwe, D. H. Sterman và A. I. Musani (2005).** Tumors of the mediastinum. *Chest*, 128(4), 2893-2909.
4. **B. Ye, J. C. Tantai, X. X. Ge và cộng sự (2014).** Surgical techniques for early-stage thymoma: video-assisted thoracoscopic thymectomy versus transsternal thymectomy. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 147(5), 1599-1603.
5. **Y. J. Cheng, E. L. Kao và S. H. Chou (2005).** Videothoracoscopic resection of stage II thymoma: prospective comparison of the results between thoracoscopy and open methods. *Chest*, 128(4), 3010-3012.
6. **T. Agasthian (2011).** Can invasive thymomas be resected by video-assisted thoracoscopic surgery? *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 19(3-4), 225-227.
7. **A. P. Yim (1995).** Video-assisted thoracoscopic management of anterior mediastinal masses. Preliminary experience and results. *Surg Endosc*, 9(11), 1184-1188.
8. **M. Sasaki, S. Hirai, M. Kawabe và cộng sự (2005).** Triangle target principle for the placement of trocars during video-assisted thoracic surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*, 27(2), 307-312.
9. **Frank W. Sellke; Pedro J. del Nido; Scott J. Swanson (2005).** Thymic tumors. *Sabiston & Spencer's Surgery of the Chest 8th Edition*, Elsevier & Saunders: 640 - 647,

10. **Mai Văn Viện (2010).** Ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u trung thất tại bệnh viện 103. Y học TP Hồ Chí Minh, 14(4): 529-535,
11. **Nguyễn Công Hựu Phạm Hữu Lư, Lê Ngọc Thành (2007).** Kết quả bước đầu điều trị bệnh lý u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức. Ngoại khoa, 5: 39-43,
12. **Trần Minh Bảo Luân (2007).** Nghiên cứu chỉ định điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. Y học TP Hồ Chí Minh, 11(1): 364-371,
13. **Cheng GY Yuan ZY, Sun KL, Mao YS, Li J (2014).** Comparative study of video-assisted thoracic surgery versus open thymectomy for thymoma in one single center. J Thorac Dis, 6(6): 726-733,
14. **R. J. Landreneau, M. J. Mack, S. R. Hazelrigg và cộng sự (1992).** Video-assisted thoracic surgery: basic technical concepts and intercostal approach strategies. Ann Thorac Surg, 54(4), 800-807.
15. **Ian D. Conacher (2002).** Anaesthesia for thoracoscopic surgery. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 16(1), 53-62.
16. **R. J. Cerfolio, A. S. Bryant, T. M. Sheils và cộng sự (2004).** Video-assisted thoracoscopic surgery using single-lumen endotracheal tube anesthesia. Chest, 126(1), 281-285.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ B-TYPE NATRIURETIC PEPTIDE HUYẾT TƯƠNG VỚI THAY ĐỔI HÌNH THÁI VÀ CHỨC NĂNG THẤT TRÁI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG

Nguyễn Minh Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này gồm 2 mục tiêu: 1) Xác định nồng độ BNP huyết tương, hình thái và chức năng thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường type 2, 2) Phân tích mối liên quan giữa nồng độ BNP huyết tương với hình thái và chức năng thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với đối tượng nghiên cứu gồm 102 bệnh nhân đái tháo đường type 2 không có triệu chứng suy tim đang được điều trị ngoại trú có kiểm soát tại Bệnh viện Thanh Nhân. Thời gian nghiên cứu: 5/2018 – 12/2018. **Kết quả:** Nồng độ BNP huyết tương tăng cao hơn ở nhóm bệnh nhân có rối loạn hình thái và chức năng thất trái so với nhóm bệnh nhân không có rối loạn: Ở nhóm có phì đại thất trái trung vị là 60,1 (IQR: 28,6) pg/ml cao hơn so với nhóm bình thường 27,8 (IQR 16,6) (Với $p < 0,05$); Ở nhóm có rối loạn chức năng tâm thu thất trái trung vị là 61,4 (IQR: 30,7) pg/ml cao hơn so với nhóm không rối loạn là 25,6 (IQR: 14,3) pg/ml (với $p < 0,05$); Ở nhóm có rối loạn chức năng tâm trương thất trái trung vị là 45,6 (IQR: 29,3) pg/ml cao hơn nhóm không rối loạn là 19,4 (IQR: 9,5) pg/ml ($p < 0,05$). Diện tích dưới đường cong (AUC) xác định giá trị dự đoán BNP trong phì đại thất trái, RLCNTTh, RLCNTTr lần lượt là 0,85; 0,81; 0,77, điểm cắt tối ưu lần lượt là 25,6 pg/mL, 34,1 pg/mL, 22,8

pg/mL với độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 0,75 và 0,89; 0,82 và 0,8; 0,69 và 0,78. **Kết luận:** Nồng độ BNP trong máu có giá trị dự báo rối loạn hình thái và chức năng thất trái ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 không có triệu chứng tim mạch.

Từ khóa: BNP, hình thái chức năng thất trái, đái tháo đường type 2

SUMMARY

RELATIONSHIP OF BRAIN-NATRIURETIC PEPTIDE VALUE WITH LEFT VENTRICULAR MORPHOLOGY AND DYSFUNCTION IN ASYMPTOMATIC DIABETIC PATIENTS

Objectives: This study includes 2 objectives: 1) Determination of plasma BNP concentration, left ventricular morphology and function in patients with type 2 diabetes 2) Termite analysis The relationship between BNP concentration in plasma and left ventricular morphology and function in type 2 diabetes patients. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 103 subjects with type 2 diabetes patients asymptomatic undergoing outpatient treatment with control at Thanh Nhan Hospital (5/2018 – 12/2018). **Results:** The plasma BNP value in patients with had changing left ventricular morphology and function were higher than whithout that. In left-ventricular hypertrophy group BNP were median 60,1(IQR: 28,6) pg/ml higher than non hypertrophy, median 27,8 (IQR 16,6); In Left Ventricular Systolic Dysfunction group BNP were 61,4 (IQR: 30,7) pg/ml higher than non changing median 25,6 (IQR: 14,3); In Left ventricular

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hiền

Email: hienshbvtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 24/12/2019

Ngày duyệt bài: 31/01/2020

diastolic dysfunction group BNP values were 45,6 (IQR: 29,3) pg/ml higher than non changing median 19,4 (IQR: 9,5) pg/ml ($p < 0,05$). Areas under the curves (AUC), the determine predicted value in left-ventricular hypertrophy, systolic dysfunction, diastolic dysfunction 0,85; 0,81; 0,77, respectively, BNP optimal cutting 25,6 pg/mL, 34,1 pg/mL, 22,8 pg/mL, sensitivity and specificity: 0,75 and 0,89; 0,82 and 0,8; 0,69 and 0,78, respectively. **Conclusion:** BNP concentration in plasma had predicted value for left ventricular morphology and dysfunction in asymptomatic diabetic type 2 patients.

Key word: BNP, left ventricular morphology and function, type 2 diabetic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh nội tiết – rối loạn chuyển hóa phổ biến nhất hiện nay, là một trong những vấn đề y tế cấp thiết và có nhiều thách thức đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe trên toàn thế giới. Người ta ước tính đến năm 2025 tỷ lệ mắc lên đến 6.5% [1]. Bệnh tim mạch cũng là nguyên nhân chính gây tử vong của bệnh tiểu đường. Sàng lọc các biến chứng vì mạch đã được thực hiện trong nhiều thập kỷ tuy nhiên nhiều trường hợp vẫn phát hiện muộn khi có biến chứng không hồi phục. Sàng lọc các biến cố tim mạch trong bệnh ĐTĐ đang được các nhà lâm sàng ngày càng quan tâm vì lợi ích thực tế của nó. Đánh giá siêu âm tim được coi là là phương pháp thăm dò có ưu thế nhất vì đây là kỹ thuật không xâm nhập, có độ chính xác cao tuy nhiên không phải lúc nào cũng thực hiện được do khả năng tiếp cận [1]. Sự phát hiện ra peptid thải natri niệu nhóm B (BNP: B-type natriuretic peptid) là một thành tựu lớn trong y học. Có nhiều bằng chứng mạnh mẽ ủng hộ việc sử dụng kết hợp BNP và siêu âm trong việc chuẩn đoán và quản lý bệnh tim mạch, BNP có thể

hướng dẫn sử dụng siêu âm hiệu quả hơn trong sàng lọc rối loạn chức năng thất trái không triệu chứng [2]. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về giá trị của BNP trong chẩn đoán theo dõi điều trị suy tim, nhưng nghiên cứu về mối liên quan của BNP với rối loạn hình thái và chức năng thất trái ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 chưa có nhiều, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1) *Xác định nồng độ BNP huyết tương, hình thái và chức năng thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 không có triệu chứng tim mạch.*

2) *Giá trị nồng độ BNP huyết tương trong đánh giá hình thái và chức năng thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 không có triệu chứng tim mạch.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu: gồm 102 bệnh nhân đái tháo đường type 2 không có triệu chứng tim mạch đang được điều trị ngoại trú có kiểm soát tại Bệnh viện Thanh Nhàn

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ dựa vào “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2” của Bộ Y tế ban hành kèm theo quyết định số 3280/QĐ-BYT [3].

Tiêu chuẩn loại trừ: tăng huyết áp, suy tim đã được phát hiện và điều trị, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh cơ tim, bệnh van tim, tim bẩm sinh..., suy thận.

2. Phương pháp nghiên cứu và kỹ thuật thực hiện: mô tả cắt ngang

BNP được định lượng trên hệ thống DXI 800, thuốc thử Access Triage của Beckman Coulter (Mỹ).

Kỹ thuật thực hiện dựa theo quy trình SOP của khoa Hóa sinh Thanh Nhàn.

Các thông số hình thái thất trái đo trên siêu âm tim mạch theo phương pháp của

ASE (American Society of Echocardiography).

Chẩn đoán rối loạn hình thái trên siêu âm theo khuyến cáo ASE:

Phi đại thất trái dựa vào VLMI (Left ventricular mass index – Chỉ số khối cơ thất trái) nam $\geq 115 \text{ g/m}^2$, nữ $95 \geq \text{g/m}^2$

Chẩn đoán rối loạn chức năng trên siêu âm theo khuyến cáo ASE

+ RLCN tâm thu (RLCNTTh): Bình thường $EF \geq 55\%$, RLCN nhẹ $45\% \leq EF < 55$, vừa $30\% \leq EF < 45$, nặng $EF < 30\%$.

+ RLCN tâm trương (RLCNTTr): Bình thường $0.8 \leq E/A < 2$, RLCN độ I: $E/A < 0.8$, độ II: $0.8 \leq E/A < 2$, thao tác Valsalva độ giảm $E/A > 50\%$, độ III: $E/A \geq 2$.

Thời gian nghiên cứu: 5/2018 – 12/2018.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biến số NC	Nam	Nữ	Chung	p
n	62	40	102	
Tỷ lệ %	68.8	39.2	100	
Tuổi trung bình	59.4 $\pm$ 8.2	57.8 $\pm$ 9.6	58.3 $\pm$ 8.6	>0.05
Thời gian mắc bệnh trung bình	6.7 $\pm$ 3.8	6.1 $\pm$ 3.9	6.5 $\pm$ 3.8	>0.05
BMI trung bình	23.3 $\pm$ 2.5	22.6 $\pm$ 2.9	23.0 $\pm$ 2.6	>0.05

Nhận xét: Trong số 102 bệnh nhân đủ điều kiện được đưa vào nghiên cứu có 62 bệnh nhân nam (chiếm 68.8%), 40 bệnh nhân nữ (chiếm 39.2%). Tuổi trung bình là 58.3 $\pm$ 8.6 tuổi, thời gian mắc bệnh trung bình là 6.5 $\pm$ 3.8 năm, Chỉ số khối cơ thể BMI trung bình là 23.0 $\pm$ 2.6 kg/m². Không có sự khác biệt về tuổi, thời gian phát hiện bệnh và BMI giữa giới nam và nữ (p>0,05).

Bảng 2: Tỷ lệ biến đổi hình thái thất và chức năng thất trái trên siêu âm tim

Biến số NC		Nam (n=62)	Nữ (n=40)	Chung (n=102)	p
Biến đổi hình thái	Có	27 (43,5%)	13 (32,5%)	40 (39,2%)	>0,05
	Không	35 (56,5%)	27 (67,5%)	62 (60,8%)	
RLCNTTh	Có	15 (24,1%)	10 (25%)	35 (34,3%)	>0.05
	Không	47 (75,8%)	30 (75%)	67 (65,6%)	
RLCN TTr	Có	37 (56,7%)	25 (62,5%)	62 (60,8%)	>0.05
	Không	25 (40,3%)	15 (37,5%)	40 (39,2%)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có RLCNTTr là hay gặp nhất có 62 trường hợp (chiếm 60,8%), RLCNTTh chiếm 34,3%, có 40 trường hợp (chiếm 39,2%) có hình ảnh phi đại thất trái trên siêu âm. Không có sự khác biệt về biến đổi hình thái và chức năng giữa nam và nữ (p>0,05).

Bảng 3: So sánh nồng độ BNP huyết tương theo sự biến đổi hình thái, chức năng thất trái trên siêu âm tim

Biến số	Nồng độ BNP (Median/IQR)* (pg/mL)		p
	Có biến đổi	Không biến đổi	
Phì đại thất trái	60,1(28,6)	27,8 (16,6)	<0.05
RLCNTTh	61,4 (30,7)	25,6 (14,3)	<0.05
RLCNTTr	45,6 (29,3)	19,4 (9,5)	<0.05

IQR*: Interquartile range

Nhận xét: Nồng độ BNP ở nhóm có phì đại thất trái là 60,1(IQR:28,6) cao hơn nhóm không có phì đại thất trái ($p<0,05$). Bệnh nhân có RLCNTTh, RLCNTTr có nồng độ BNP lần lượt là 61,4 (IQR: 30,7), 45,6 (IQR: 29,3) cao hơn nhóm không có rối loạn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Bảng 4: Giá trị dự báo của BNP

	AUC	p	Điểm cắt BNP (ng/mL)	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Phì đại thất trái	0,85	<0.05	25.6	0.89	0.75
RLCNTTh	0.81	<0.05	34.1	0.82	0.8
RLCNTTr	0.77	<0.05	22.8	0.69	0.78

Nhận xét: BNP có giá trị phân biệt tốt biến đổi hình thái, chức năng thất trái với diện tích dưới đường cong cho phân biệt phì đại thất trái, RLCNTTh, RLCNTTr lần lượt là 0,85, 0,81, 0,77.

IV. BÀN LUẬN

ĐTĐ type 2 gây nên nhiều biến chứng, đặc biệt là biến chứng tim mạch với biểu hiện lúc đầu là RLCNTTr sau đó đến RLCNTTh thất trái. Việc phát hiện sớm các biến đổi hình thái và chức năng thất trái ở bệnh nhân ĐTĐ đóng vai trò quan trọng trong theo dõi điều trị và dự phòng biến chứng của bệnh. Qua nghiên cứu trên 102 bệnh nhân đái tháo đường type 2 không có triệu chứng tim mạch chúng tôi thấy kết quả như sau:

Về đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu có 62 bệnh nhân nam (chiếm 68.8%), 40 bệnh nhân nữ (chiếm 39.2%). Tuổi trung bình là 58.3 ± 8.6 tuổi, tuổi trung bình phù

hợp với nhiều nghiên cứu[4], [5]. Tuổi mắc bệnh ĐTĐ type thường ở tuổi từ trên 45 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình là 6.5 ± 3.8 năm, thời gian mắc bệnh càng cao đi kèm với nguy cơ biến chứng càng nhiều. Chỉ số khối cơ thể BMI trung bình là 23.0 ± 2.6 kg/m². Kết quả này phù hợp với đặc điểm của bệnh nhân ĐTĐ ở Việt Nam là có BMI không cao. Theo kết quả điều tra dịch tễ học ĐTĐ quốc gia chỉ số BMI trung bình của bệnh nhân ĐTĐ ở Việt Nam là 22.6kg/m² [5].

Về nồng độ BNP, hình thái, chức năng thất trái, kết quả bảng 2 cho thấy tỷ lệ phì đại thất trái 39,2 % không có sự khác biệt giữa nam và nữ (với $p>0,05$). Rối loạn chức năng

thất trái do ĐTD thường biểu hiện bằng RLCNTTr trước, sau đó RLCNTT. Hiện tượng này được gây ra do gia tăng sự xơ hóa lan tỏa và cứng của thất trái và hậu quả làm giảm sự co giãn của thất trái. RLCNTTr thường không phối hợp với các triệu chứng hoặc các biểu hiện khác của bệnh lý tim trong những thời gian đầu bị ĐTD. RLCNTTr và giảm độ co giãn thất trái gây nên những biểu hiện của suy tim sung huyết ở bệnh nhân ĐTD với chức năng tâm thu bình thường. Chức năng tâm thu thất trái trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá bằng phân suất tống máu (EF), RLCNTTh chúng tôi gặp 35 trường hợp (chiếm 34,3%), không có sự khác biệt về tỷ lệ RLCNTTh ở nam và nữ ($p > 0,05$). Để xác định RLCNTTr chúng tôi dựa vào tỷ số E/A và thực hiện nghiệm pháp Valsalva ở đối tượng có tỷ số E/A trong giới hạn $0,8 \leq E/A < 2$. Kết quả chúng tôi thu được có 60,8% bệnh nhân có RLCNTTr thất trái. Như vậy với nghiên cứu trên bệnh nhân ĐTD type 2 không có bệnh mạch vành và tăng huyết áp, kết quả chúng tôi thu được một tỷ lệ nhất định bệnh nhân có rối loạn hình thái và chức năng thất trái mặc dù bệnh nhân không có biểu hiện suy tim trên lâm sàng, kết quả này giải thích tình trạng bệnh lý cơ tim do ĐTD gây nên xảy ra độc lập với bệnh mạch vành và tăng huyết áp, với các biểu hiện của các rối loạn về cấu trúc và rối loạn chức năng tâm trương sau đó rối loạn chức năng tâm thu thất trái nhiều năm trước khi có triệu chứng suy tim trên lâm sàng. Nồng độ BNP tăng lên trong một loạt bệnh lý tim mạch, bao gồm rối loạn chức năng tâm thu và tâm trương, các hội chứng mạch vành cấp, bệnh mạch vành ổn định,

bệnh van tim, suy thất trái cấp và mạn, suy phì đại thất trái và thất phải. Nhiều nghiên cứu cho thấy nồng độ BNP ở bệnh nhân ĐTD type 2 tăng cao ở trường hợp có rối loạn hình thái và chức năng thất trái. Trong nghiên cứu này nồng độ BNP ở bệnh nhân có suy phì đại thất trái là 60,1 (IQR: 28,6) pg/mL, cao hơn so với bệnh nhân không có dấu hiệu này 27,8 (IQR: 16,6) với $p < 0,05$. Nồng độ BNP ở bệnh nhân có RLCNTTh 61,4 (IQR: 30,7) pg/mL cao hơn so với bệnh nhân không có rối loạn 25,6 (IQR: 14,3) pg/mL.

Về giá trị dự báo nồng độ BNP huyết tương trong đánh giá hình thái và chức năng thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 không có triệu chứng tim mạch dựa trên cơ sở kết quả nghiên cứu đường cong ROC của BNP trong dự báo suy phì đại thất trái dựa theo chỉ số khối cơ thất trái LVMI có diện tích dưới đường cong là 0,85, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ (bảng 4), điểm cắt tối ưu của nồng độ BNP huyết tương dự báo suy phì đại thất trái dựa theo LVMI là 25,6 pg/ml với độ nhạy là 89% và độ đặc hiệu là 75%. Về giá trị của BNP trong dự báo rối loạn chức năng tâm thu thất trái dựa theo EF, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy diện tích dưới đường cong là 0,81 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm cắt tối ưu của nồng độ BNP huyết tương dự báo rối loạn chức năng tâm thu thất trái dựa theo EF là 34,1 pg/ml với độ nhạy là 82 % và độ đặc hiệu là 80 %. Bảng 4 cho thấy diện tích dưới đường cong ROC của BNP để dự báo rối loạn chức năng tâm trương thất trái dựa vào E/A là 0,77, điểm cắt tối ưu của nồng độ BNP huyết tương dự báo rối loạn chức năng tâm trương

thất trái trái dựa theo E/A là 22.8 pg/ml với độ nhạy là 69% và độ đặc hiệu là 78%. Về giá trị dự báo của BNP trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác cho thấy cũng không khác biệt nhiều các tác giả đều ghi nhận BNP có giá trị phân biệt tốt các trường hợp biến đổi hình thái và chức năng thất trái [6],[7]. Tuy nhiên điểm cần tối ưu là vấn đề cần được xem xét một cách đầy đủ vì giá trị này phụ thuộc vào kỹ thuật xét nghiệm, nhóm bệnh nhân có yếu tố tiềm tàng về bệnh lý tim mạch, bệnh thận hoặc bệnh khác liên quan đến thải trừ BNP trong máu. Vì vậy điểm cần này chúng tôi xây dựng cho áp dụng chẩn đoán ở cơ sở.

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ BNP trong huyết tương bệnh nhân ĐTD type 2 có biến đổi hình thái thất trái, RLCNTTh, RLCNTTr cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với bệnh nhân không biến đổi.

- Nồng độ BNP trong huyết tương có giá trị dự báo tốt phì đại thất trái, RLCNTTh, RLCNTTr ở bệnh nhân ĐTD type 2 không có triệu chứng tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Magnusson, M., et al.**, Brain natriuretic peptide is related to diastolic dysfunction whereas urinary albumin excretion rate is related to left ventricular mass in asymptomatic type 2 diabetes patients. *Cardiovasc Diabetol*, 2010. **9**: p. 2.
2. **Modin, D., D.M. Andersen, and T. Biering-Sørensen**, Echo and heart failure: when do people need an echo, and when do they need natriuretic peptides? *Echo Res Pract*, 2018. **5**(2): p. R65-r79.
3. **tế, B.Y.**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường type 2. 3280/QĐ-BYT, 2011.
4. **Pfister, R., et al.**, NT-pro-BNP measured at discharge predicts outcome in multimorbid diabetic inpatients with a broad spectrum of cardiovascular disease. *Acta Diabetol*, 2007. **44**(2): p. 91-7.
5. **Nguyen, T.T.H., et al.**, Assessment of nutritional status in older diabetic outpatients and related factors in Hanoi, Vietnam. *J Multidiscip Healthc*, 2019. **12**: p. 601-606.
6. **Hammerer-Lercher, A., et al.**, Natriuretic peptides as markers of mild forms of left ventricular dysfunction: effects of assays on diagnostic performance of markers. *Clin Chem*, 2004. **50**(7): p. 1174-83.
7. **Albertini, J.P., et al.**, B-type natriuretic peptide, a marker of asymptomatic left ventricular dysfunction in type 2 diabetic patients. *Diabetes Metab*, 2008. **34**(4 Pt 1): p. 355-62.

GIÁ TRỊ CỦA ADENOSINE DEAMINASE, INTERLEUKINE -1B, INTERLEUKINE - 2, INTERFERON GAMMA, TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA DỊCH MÀNG PHỔI TRONG CHẨN ĐOÁN LAO MÀNG PHỔI

Nguyễn Minh Hiền*

TÓM TẮT

Adenosine deaminase (ADA), Interleukine - 1 β (IL-1 β), Interleukine - 2 (IL-2), Interferon gamma (IFN- γ), tumor necrosis factor alpha (TNF- α) trong dịch chọc dò màng phổi là một dấu ấn có giá trị trong chẩn đoán sớm lao ngoài phổi. **Mục tiêu:** Đánh giá giá trị ADA, IFN- γ , TNF- α , IL-1 β , IL-2 dịch màng phổi trong chẩn đoán lao màng phổi. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 286 bệnh nhân tràn dịch màng phổi (TDMF), trong đó 184 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là lao và 102 bệnh nhân tràn dịch màng phổi do các nguyên nhân khác. Các bệnh nhân được chọc dịch màng phổi làm các xét nghiệm phát hiện vi sinh vật, hóa sinh, ADA và IFN- γ , TNF- α , IL-1 β , IL-2. Xét nghiệm ADA được thực hiện trên máy AU 680 Beckman Coulter, IL-1 β , IL-2, IFN- γ , TNF- α được thực hiện trên máy Elisa bằng KIT của Abcam (mỹ). Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** ADA, IFN- γ , TNF- α có giá trị phân biệt TDMF do lao UAC của ROC lần lượt là: 0.87, 0.81, 0.6. Khi kết hợp ADA và IFN- γ độ nhạy có thể đạt 93.5%. **Kết luận:** ADA, IFN- γ , là Biomarker có giá trị trong chẩn đoán phân biệt tràn dịch màng phổi do lao

Từ khóa: Adenosine deaminase (ADA), Interleukine -1 β (IL-1 β), Interleukine - 2 (IL-2), Interferon gamma (IFN- γ), tumor necrosis factor alpha (TNF- α), lao màng phổi

SUMMARY

VALUE OF INTERFERON GAMMA IN PLEURAL FLUID DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS

Adenosine deaminase (ADA), Interleukine - 1 β (IL-1 β), Interleukine - 2 (IL-2), Interferon gamma (IFN- γ), tumor necrosis factor alpha (TNF- α) in pleural fluid have a good biomarker diagnosis of extra-pulmonary tuberculosis. **Objectives:** Determine of diagnostic value with ADA, IFN- γ , TNF- α , IL-1 β , IL-2 in pleural fluid for tuberculous pleural effusion (TPE). **Subjects and Methods:** A cross-sectional study. It had 286 patients that were PE, including 145 TPE, 81 non tuberculosis. All of them were to perform microbiological, biochemical detection tests, ADA and IFN- γ , TNF- α , IL-1 β , IL-2. ADA has been to do in AU 680 Beckman Coulter by ADA biosystem test, IFN- γ TNF- α , IL-1 β , IL-2 has been to do in Elisa by Abcam tests (USA). Data processing software SPSS 16.0. **Result:** ADA, IFN- γ , TNF- α , IL-1 β , IL-2 levels in pleural fluid had value diagnostic TPE. UAC of ROC analysis and multivariate logistic regression were used to construct the predictive models. ADA, IFN- γ , TNF- α , diagnostic accuracy (AUC 0.87, 0.81, 0.6) were developed. The sensitivity diagnosis may be 93.5% when combined ADA and IFN- γ . **Conclusion:** ADA, IFN- γ were useful biomarker to differentiate diagnostic between TPE and non-TPE.

Keywords: Adenosine deaminase (ADA), Interleukine -1 β (IL-1 β), Interleukine - 2 (IL-2), Interferon gamma (IFN- γ), tumor necrosis factor alpha (TNF- α), Tuberculous Pleural Effusion (TPE).

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hiền

Email: hienshbvtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/11/2019

Ngày phản biện khoa học: 24/12/2019

Ngày duyệt bài: 28/01/2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao là căn bệnh truyền nhiễm đã tồn tại hàng nghìn năm và vẫn đang là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Bệnh có thể gặp ở hầu hết các bộ phận của cơ thể. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), trong 5 năm (2011-2016), lao là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân HIV/AIDS. Gánh nặng bệnh lao đặc biệt cao ở khu vực Đông Nam Á (45%) và khu vực châu Phi (25%). Việt Nam đứng thứ 15 trên 30 quốc gia có gánh nặng về lao cao nhất thế giới. Tỷ lệ hiện mắc bệnh lao năm 2016 của Việt Nam là 137/100.000 dân[1]. Lao màng phổi là thể bệnh gặp phổ biến trên lâm sàng, đứng hàng đầu trong các thể lao ngoài phổi. Theo các tác giả Việt Nam tỷ lệ lao màng phổi trong các thể lao ngoài phổi là 25 - 27%. Theo WHO lao màng phổi xảy ra ở 4% các trường hợp mới được chẩn đoán bệnh lao và tần số của nó khác nhau giữa các nước [2]. Có nhiều phương pháp chẩn đoán lao. Theo ước tính tỷ lệ phát hiện bệnh chỉ đạt 37%. Như vậy số bệnh nhân mắc lao nhưng không được phát hiện và chữa trị kịp thời chiếm đến 63%, đây sẽ là nguồn lây nhiễm rất khó kiểm soát. Mặc dù trong những năm gần đây y học đã có rất nhiều tiến bộ, chẩn đoán chính xác lao ngoài phổi cũng rất khó. Phát hiện Mycobacterium tuberculosis là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán nhưng nhuộm trực tiếp AFB chỉ dương tính 30–50% trong đờm, 4% trong dịch màng phổi và đòi hỏi có ít nhất 10.000 vi khuẩn/1ml dịch. Trong những trường hợp lao ngoài phổi không kết hợp với lao phổi thì tỷ lệ AFB rất thấp. Nuôi cấy dịch màng phổi tỷ lệ dương tính 10–35%, cấy mẫu sinh thiết là 39–65% mặt khác nuôi cấy cho kết quả rất muộn (từ 4-6 tuần) [3], ở những dịch chọc dò màng bụng, màng não tỷ lệ này còn thấp hơn. Vì những lý do trên

những kỹ thuật xét nghiệm mới, ít xâm lấn, chẩn đoán sớm, đơn giản, rẻ tiền góp phần hữu ích trong chẩn đoán, điều trị. Gần đây nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh ADA, IFN- γ có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán lao ngoài phổi và được coi là những xét nghiệm hữu hiệu phát lao ở các dịch khác nhau như dịch màng phổi, màng bụng, màng tim, màng não...[4].

Mục tiêu: Đánh giá giá trị IFN- γ dịch màng phổi trong chẩn đoán lao màng phổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu gồm 286 bệnh nhân tràn dịch màng phổi (TDMP), điều trị nội trú tại bệnh viện Phổi Trung Ương và bệnh viện Phổi Hà Nội từ tháng 1/2018 – 6/2019. Các bệnh nhân được chọc dịch làm xét nghiệm ADA and IFN- γ , TNF- α , IL-1 β , IL-2. và các xét nghiệm chẩn đoán khác.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân bị tràn dịch màng phổi được chọc dịch để chẩn đoán và điều trị

- Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ em < 15 tuổi. Bệnh nhân có kèm các bệnh mãn tính khác

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Đo IFN- γ , TNF- α , IL-1 β , IL-2 bằng phương pháp Elisa trên hệ thống Biotek. Hóa chất Human SimpleStep ELISA® Kit của Abcam (Mỹ). Quy trình thực hiện theo hướng dẫn: <https://www.abcam.com/human-ifn-gamma-elisa-kit-ab174443.html>

<https://www.abcam.com/human-tnf-alpha-elisa-kit-ab181421.html>

<https://www.abcam.com/human-il-2-elisa-kit-ab174444.html>

<https://www.abcam.com/human-il-1-beta-elisa-kit-ab214025.html>

- Đo hoạt độ ADA bằng hóa chất

Adenosine Deaminase code 12745 sử dụng trên hệ thống Beckman Coulter AU 680

- Mẫu bảo quản ở nhiệt độ thường trong 2h, ở -35°C trong 3 tháng, thử nghiệm cho thấy mẫu dịch nếu bảo quản ở nhiệt độ $2-7^{\circ}\text{C}$ sau 24h có thể làm sai lệch kết quả.

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. So sánh tỉ lệ % bằng phép kiểm định χ^2 . So sánh trung bình bằng phép kiểm định T-test. Xác định yếu tố liên quan bằng đường cong ROC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

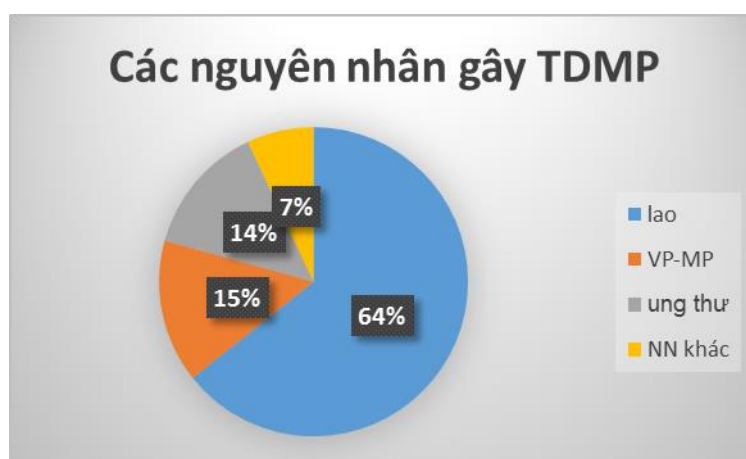
1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới

Nhóm NC	Cả 2 nhóm	Nhóm lao	Nhóm không lao	p
Tổng (n) (%)	286 (100%)	184 (64,3%)	102 (35,7%)	
Nam (n)	186 (65%)	118 (64,1%)	68 (66,7%)	(Chi-Square test): 0,5
Nữ (n)	100 (35%)	66 (35,9%)	34 (33,3%)	
Tuổi trung bình	52,4 $\pm$ 20,8	46,6 $\pm$ 18,9	59,2 $\pm$ 18,7	(T-Test): 0,004

Nhận xét: Trong số 286 bệnh nhân tràn dịch màng phổi có 184 bệnh nhân được chẩn đoán chính xác là lao màng phổi (chiếm tỷ lệ 64,3%), 102 bệnh nhân được chẩn đoán là tràn dịch không do lao (chiếm tỷ lệ 35,7%). Trong đó tỷ lệ nam cao hơn nữ và không khác nhau về tỷ lệ ở nhóm TDMP do lao và không do lao ($p > 0,05$). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao là 46,6 $\pm$ 18,9, thấp hơn nhóm không do lao là 59,2 $\pm$ 18,7 (sự khác biệt về tuổi ở hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

1.2. Các nguyên nhân thường gặp gây TDMP



Nhận xét: Các nguyên nhân gây TDMP trong số 286 bệnh nhân được chọc dò dịch màng phổi có 184 bệnh nhân do lao (64%), 43 bệnh nhân viêm phổi - màng phổi – VPMP (chiếm 15%), 39 bệnh nhân bị ung thư phổi di căn màng phổi (chiếm 13,6%), 20 bệnh nhân TDMP do các nguyên nhân khác (chiếm 7%).

1.3. Đặc điểm về các chỉ số cận lâm sàng trong nhóm nghiên cứu

Bảng 2. Một số xét nghiệm của nhóm TDMP so với nhóm không do lao

Xét nghiệm CLS		TDMP do lao Median (IQR)	TDMP không do lao Median (IQR)	p
Dịch màng phổi	LDH (U/L)	430 (227)	157 (455)	0,001
	Protein (g/L)	53.6 (10.4)	23.5 (29.4)	<0,001
	Tế bào (TB/mm ³)	3030 (3190)	620 (2130)	<0,001
	% lympho	84 (20)	55 (45)	<0,001
Máu	Bạch cầu (G/L)	7.9 (2.7)	10.4 (4.6)	<0,001
	% lympho	17.4 (9.2)	19.7 (8.8)	0.9
	CRP (mg/L)	44.6 (62.5)	17.8 (26.2)	<0,001

Nhận xét: Vì các giá trị của một số xét nghiệm thường gặp trong chẩn đoán TDMP do lao như LDH, Protein, tế bào trong dịch, không phân bố theo quy luật chuẩn, nên thực hiện so sánh trung vị (IQR: interquartile range, tứ phân vị). Nồng độ LDH, protein, số lượng tế bào và %lympho trong dịch chọc dò, nồng độ CRP trong máu của nhóm tràn dịch do lao cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tràn dịch không lao ($p < 0,05$). Số lượng bạch cầu trong máu ở nhóm không do lao cao hơn nhóm do lao ($p < 0,05$), tỷ lệ phần trăm lympho trong máu không khác biệt ở nhóm TDMP do lao và không do lao ($p > 0,05$).

2. Giá trị của ADA, IL1- β , IL-2, TNF- α , INF- γ dịch màng phổi trong chẩn đoán lao màng phổi

Bảng 3. So sánh nồng độ ADA, IL1- β , IFN- γ , IL-2, TNF- α , IFN- γ ở nhóm bị lao và nhóm không bị lao

		Nhóm lao	Không bị lao	p (mann-Whitney U)
n		184	102	
ADA (UI/L)	Mean (SD)	61.4 (24.3)	29.8 (22.6)	
	median(IQR)	59.9 (35.1)	25.1 (19.7)	<0.001
IL1-β (pg/mL)	Mean (SD)	282.1 (370.0)	248.5 (419.9)	
	median(IQR)	153.3 (256.5)	126.7 (247.2)	0.9
IL-2 (pg/mL)	Mean (SD)	73.1 (73.9)	71.3 (80.9)	
	median(IQR)	46.3 (62.5)	43.0 (63.7)	0.7
TNF-α (pg/mL)	Mean (SD)	249.2 (281.3)	181.6 (288.6)	
	median(IQR)	165.0 (225.2)	93.1 (185.2)	0.002
IFN-γ (ng/ml)	Mean (SD)	5.5 (7.7)	1.5 (4.1)	
	median(IQR)	3.1 (5.3)	0.5 (1.5)	<0.001

(IQR: Interquartile Range)

Nhận xét: Giá trị hoạt độ ADA, nồng độ TNF- α , IFN- γ ở nhóm TDMP do lao cao hơn nhóm không do lao (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$). Không thấy sự khác biệt về nồng độ IL-1 β và IL-2 ở nhóm TDMP do lao và nhóm không do lao ($p > 0.05$)

Bảng 4: So sánh giá trị ADA, IL1- β , IFN- γ , IL-2, TNF- α , IFN- γ ở bệnh nhân TDMP do lao và các nguyên nhân khác

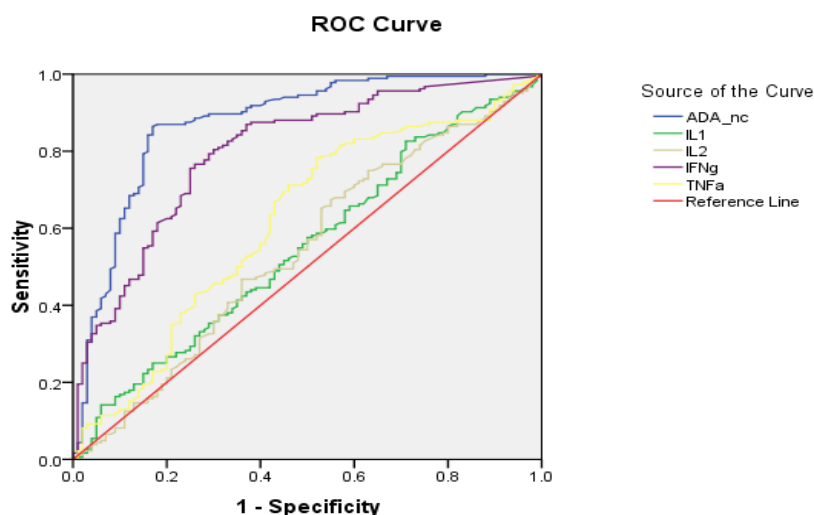
		Lao	Viêm phổi- màng phổi	Ung thư	Khác	P (Kruskal- Wallis Test)
n		184	43	39	20	
ADA (UI/L)	mean(SD)	61.4 (24.3)	33.3 (23.0)	34.8 (23.4)	12.3 (9.3)	
	Mean Rank	178.4	90.8	91.7	26.3	0.00
IL-1 (pg/mL)	mean(SD)	282.1 (368.8)	380.0 (593.6)	194.7 (191.2)	106.1 (127.9)	
	Mean Rank	147.4	158.8	136.7	91.5	0.02
IL-2 (pg/mL)	mean(SD)	73.6 (73.7)	81.3 (98.0)	75.7 (74.0)	36.1 (24.7)	
	Mean Rank	144.8	138.6	141.3	146.3	0.058
TNF-α (pg/mL)	mean(SD)	247.2 (280.3)	243.5 (402.5)	164.1 (169.7)	87.5 (93.7)	
	Mean Rank	154.9	134.6	127.6	90.4	0.003
IFN-γ (ng/mL)	mean(SD)	5.5 (7.7)	2.1 (6.1)	1.1 (1.6)	1.1 (1.5)	
	Mean Rank	172.7	92.1	83.9	82.2	0.00

Nhận xét: Giá trị ADA và INF- γ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm TDMP do lao với các nguyên nhân viêm phổi màng phổi, ung thư và nguyên nhân khác ($p < 0.05$)

Bảng 5: Giá trị phân biệt TDMP do lao của ADA và cytokine

	AUC	Asymptotic 95% Confidence Interval	p
ADA	0.87	0.83 - 0.92	<0.001
IL-1 β	0.5	0.44 - 0.58	0.8
IL-2	0.5	0.43 - 0.58	0.9
TNF- α	0.6	0.56 – 0.69	0.01
IFN- γ	0.81	0.75 – 0.86	<0.001

Nhận xét: ADA và IFN- γ có thể phân biệt tốt giữa TDMP do lao và không do lao (AUC >0.8, $p < 0.05$). TNF- α cũng có khả năng phân biệt TDMP do lao và không do lao nhưng ở mức trung bình (AUC; 0.59, $p < 0.05$). IL-1 β và IL-2 không có khả năng phân biệt TDMP do lao và không do lao ($p > 0.05$)



Diagonal segments are produced by ties.

Nhận các giá trị dương tính khi có ít nhất một trong hai loại cao hơn ngưỡng
Bảng 6: So sánh giá trị một số phương pháp chẩn đoán lao

Xét nghiệm	Bệnh phẩm	n	Sens %	Spec %	PPV %	NPV %	ACC %
ADA (> 38.0 UI/L)	DMP	286	85.3	82.4	89.7	75.7	84.3
IFN- γ (> 1.2ng/mL)	DMP	286	79.3	77.4	86.4	67.5	78.7
TNF- α (>78pg/mL)	DMP	286	77.7	49.0	73.3	54.4	67.5
ADA+ IFN- γ *	DMP	286	93.5	61.8	81.5	84.0	82.2
Nhuộm soi trực tiếp tìm AFB	Đờm	257	7.5	100	100	40	41.5
Nuôi cấy MGIT	DMP	286	17.6	100	100	43.5	45.0
	Tất cả	286	31	100	100	47.8	52.3
TRC Ready MTB	DMP	63	2.8	100	100	43.5	33.9
	Tất cả	72	13.6	100	100	42.4	42.5
PCR lao	DMP	85	36.5	81.8	75	48.1	54.3
	Tất cả	102	43,4	79,4	76,7	47,4	51.2
Giải phẫu bệnh	Mô sinh thiết	138	63,3	100	100	56.7	72.3

Nhận xét: So sánh với các phương pháp đang sử dụng để phát hiện lao thì ADA, INF- γ có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính khá tốt.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Từ năm 2002 đến năm 2020 khoảng 1 tỷ người sẽ bị nhiễm lao mới, 200 triệu người sẽ bị bệnh, và 36 triệu người sẽ chết vì bệnh lao nếu không có biện pháp kiểm soát thích hợp. Một trong những nguyên nhân để bệnh lao phát triển nhanh là do phát hiện muộn tạo cơ sở lây lan trong cộng đồng. Người ta thấy có đến 25% các trường hợp lao phổi, màng phổi không phát hiện được, 50% các trường hợp không phát hiện này được chẩn đoán là các bệnh ác tính, ngoài ra được chẩn đoán là nấm, viêm phổi, nhồi máu phổi, tràn dịch màng phổi, viêm phổi không điển hình...[5]. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã lấy ngẫu nhiên 226 bệnh nhân tràn dịch màng phổi, những bệnh nhân này được khám lâm sàng, chụp XQ phổi, chọc dịch màng phổi xét nghiệm vi sinh vật, hóa sinh, tế bào trong dịch. Phương pháp vi sinh vật bao gồm nhuộm AFB, nuôi cấy MGIT, realtime PCR được thực hiện ở mẫu dịch. Trong số 226 bệnh nhân tràn dịch màng phổi có 145 bệnh nhân được chẩn đoán là lao màng phổi (chiếm tỷ lệ 64,2%), 81 bệnh nhân được chẩn đoán là các nguyên nhân khác không phải do lao (chiếm tỷ lệ 35,8%). Tỷ lệ tràn dịch màng phổi do lao khá cao vì chúng tôi chọn mẫu tại hai cơ sở chống lao lớn tại Hà Nội, là bệnh viện Phổi Trung Ương và bệnh viện Phổi Hà Nội. Ở trung quốc tỷ lệ tràn dịch màng phổi do lao trong số bệnh nhân tràn dịch màng phổi chiếm 40%, Nam phi (82,5%), Ấn Độ (23,5%), New Zealand (5,9%), Anh (5,6%), Tây Ban Nha (3,2%), Pháp (2,7%), Đan Mạch (2,1%)[6]. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu $50,4 \pm 23,4$, trong đó tuổi trung bình của nhóm TDMP do lao là $47,1 \pm 19,5$, thấp hơn nhóm TDMF

không do lao $65,9 \pm 14,7$, sự khác biệt về tuổi giữa nhóm bệnh TDMP do lao và do các nguyên nhân khác có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu dịch tễ học của Hoa Kỳ tuổi trung bình lao màng phổi là 49 trong đó 50% dưới 45 tuổi và 30% trên 65 tuổi, ở những nước có tỷ lệ mắc lao lưu hành cao tuổi trung bình thấp hơn (khoảng 34 tuổi). Tuổi trung bình mắc lao màng phổi trong nghiên cứu này là 48,7 cũng tương đương với tuổi mắc lao màng phổi đã được Hoa Kỳ công bố [7]. Mắc lao ở lứa tuổi lao động ảnh hưởng lớn đến gia đình và xã hội.

Trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ ở cả nhóm do lao và không do lao. Ở nhóm bệnh lao màng phổi tỷ lệ nam là 66,2%, tỷ lệ nữ là 33,8%, Tỷ lệ này phù hợp với công bố của Kan Zhai (2016) tràn dịch màng phổi do lao chiếm ưu thế ở nam với tỷ lệ nam: nữ chung là 2:1 [6]. Lao phổi ở nam cao hơn nữ một phần do thói quen sử dụng thuốc lá và ma túy. Đánh giá chung cả hai nhóm bệnh không thấy sự khác biệt về giới tính ở nhóm TDMP do lao và nhóm không do lao ($p > 0,5$).

2. Giá trị của ADA và cytokine dịch màng phổi trong chẩn đoán lao màng phổi

Các vai trò IL-1 chủ yếu là tăng biểu hiện các phân tử kết dính, tăng sự di cư của neutrophil và macrophage, gây tình trạng sốc, tăng sản xuất protein, sốt... Các nghiên cứu về mối liên quan giữa IL-1, IL-2 với các bệnh lý tràn dịch chưa nhiều nhưng đã có những ý kiến cho thấy sự biến đổi L-1 β đóng một vai trò quan trọng trong các nhiễm trùng khác nhau. Các kết quả biến đổi thu được phụ thuộc vào sự có mặt của các tác nhân sinh lý khác nhau. Chắc chắn mức độ IL-1 β trong tràn dịch màng phổi do lao cao hơn so với những trường hợp nhiễm khuẩn do các nguyên nhân khác, cao hơn 4,5 lần so với

nhóm không do nhiễm khuẩn[8]. IL-1 có vai trò đặc biệt trong việc kiểm soát hoạt động của tế bào T. Khi tế bào T được hoạt hóa, nó giải phóng IL-2 sau đó phân tử này lại tác hồi dưới hình thức tự tiết lại tế bào để tạo cầu nối với các quá trình tín hiệu trước do thụ thể của tế bào T tiết ra, sự tuần hoàn này góp phần thúc đẩy sự tổng hợp DNA trong tế bào. Cũng như đa số các Cytokine khác. Ngoài tế bào T, IL-2 còn tác động lên tế bào B, tế bào diệt tự nhiên, monocyte/ macrophage. Vai trò sinh học của nó bao gồm hoạt hóa tế bào T, giúp tế bào này tăng sinh, tham gia vào quá trình phát triển tế bào B, tăng sinh hoạt hóa tế bào diệt tự nhiên, tăng cường hoạt động của monocyte/ macrophage. Nhiều nghiên cứu cho thấy IL-2 cao hơn ở nhóm tràn dịch màng phổi do lao và nhóm do nguyên nhân khác [8]. TNF- α không chỉ có tác dụng gây hoại tử khối u mà nó còn đóng một vai trò quan trọng trong sự phát triển của một đáp ứng viêm hữu hiệu có tác dụng thanh lọc các tác nhân gây bệnh khác nhau xâm nhập vào cơ thể. Cùng với IL-1, TNF- α hoạt động trên rất nhiều loại tế bào khác nhau bao gồm các tế bào T, tế bào B, bạch cầu đa nhân trung tính, các nguyên bào sợi, tế bào nội mô, và các tế bào tuỷ xương làm cho các tế bào này chế tiết rất nhiều yếu tố khác nhau cần thiết cho sự phát triển của một đáp ứng viêm hữu hiệu. Yếu tố hoại tử khối u- α (TNF- α), một polypeptide nhỏ, có chức năng về các quá trình sinh học và miễn dịch. Nó là một Cytokine tiền viêm, được tổng hợp bởi lymphocytes và monocytes/macrophages. Là một thành viên nhóm Th1, nó đóng một vai trò quan trọng trong phản ứng chống viêm và quá trình chống ung thư. Các tài liệu trước đã chứng minh TNF- α tích tụ đáng kể trong dịch màng phổi của lao, so với tràn dịch màng phổi ác tính.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa nhận thấy có sự khác biệt về nồng độ IL-1 β trong DMP ở 2 nhóm bệnh nhân TDMP do lao màng phổi và nhóm TDMP không do lao. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của D.Orphanidou và cộng sự trên 97 bệnh nhân với 33 trường hợp TDMP do lao, tuy nhiên ông lại thấy có sự tăng cao của IL-1 trong máu ở những bệnh nhân TDMP do lao [9]. Một số nghiên cứu khác lại nhận thấy rằng nồng độ IL-1 trong dịch màng phổi cao hơn ở nhóm TDMP do lao, mặc dù sự chênh lệch này khá ít [10]. Điều này có thể được giải thích do trong nghiên cứu của Kaoru Shimokata và cộng sự, nhóm TDMP không do lao là những bệnh nhân TDMP do bệnh lý ác tính. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả những bệnh nhân TDMP do suy tim, viêm mủ màng phổi ...Viêm mủ màng phổi có thể là nguyên nhân ở đây khi mà nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng IL-1 β là một cytokine tiền viêm đóng vai trò chính trong các bệnh nhiễm trùng khác nhau, đặc biệt là do vi khuẩn. Tuy không có sự khác biệt về IL-1 β ở nhóm TDMP do lao và không do lao, nhưng nồng độ IL-1 β ở nhóm TDMP do các nguyên nhân khác (chủ yếu là dịch thấm) thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm lao, nhiễm khuẩn (Bảng 4). Chúng tôi cũng không thấy giá trị IL-1 β có ý nghĩa để phân biệt TDMP do lao (UAC:0.5;p:0.8)

IL-2 chủ yếu do tế bào lympho T hoạt hoá tiết ra. Một số tế bào khác như lympho B hoạt hoá, tế bào NK, tế bào LAK (lymphokine activated killer) cũng tiết IL-2 nhưng với một nồng độ rất nhỏ. IL-2 tác dụng kích thích tăng sinh tế bào T, hoạt hoá tế bào B, tăng tổng hợp cytokin từ tế bào T, tăng sinh tế bào NK, monocyte, thymocyte, tăng hoạt tính chết theo chương trình thông qua FAS. Chính vì thế, có thể nói rằng IL-2

n như một yếu tố trung tâm điều hoà miễn dịch giữa lympho T và lympho B, liên quan mật thiết với TCD 4⁺, điều chỉnh phản ứng TCD8⁺ [11]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng, mặc dù đóng vai trò trung tâm trong việc điều hoà dung nạp và kích hoạt đáp ứng miễn dịch nhưng độ nhạy và độ đặc hiệu của IL-2 trong chẩn đoán TDMP do lao khá thấp [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ IL-2 ở 2 nhóm bệnh nhân TDMP do lao và không do lao không có sự khác biệt. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Akarsu S và cộng sự khi không nhận thấy có sự khác biệt về nồng độ của IL-2 trong DMP của các nhóm bệnh nhân TDMP dịch tiết, bao gồm do lao và các nguyên nhân khác [8]. Yang và cộng sự năm 2016 cho rằng không có sự khác biệt về nồng độ IL-2 trong DMP ở 2 nhóm bệnh nhân TDMP do lao và viêm mủ màng phổi[13]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trên quần thể người Trung Quốc lại nhận thấy có sự khác biệt về nồng độ IL-2 giữa TDMP do lao với các nguyên nhân khác. Tuy vậy, độ nhạy và độ đặc hiệu của IL-2 trong những nghiên cứu này không cao, lần lượt là 67% và 76% [12]. Trong nghiên cứu này, mặc dù nồng độ IL-2 thấp hơn ở nhóm TDMP không do lao và phân tích sâu ở nhóm các nguyên nhân gây TDMP, chúng tôi không thấy có sự khác biệt về IL-2 ở nhóm TDMP do lao và TDMP do các nguyên nhân khác. Sự tăng của IL-2 liên quan đến vi khuẩn lao mà còn liên quan đến những vi khuẩn khác. Mặc dù có sự tăng của tế bào bạch cầu và tỷ lệ phần trăm tế bào lympho trong dịch màng phổi ở bệnh nhân lao màng phổi so với TDMP không do lao nhưng không thấy có sự tăng tương ứng IL-1 β và IL-2, điều này chứng tỏ sự thay đổi cytokine không chỉ đơn thuần do sự tăng lên về số lượng của tế bào lympho. Chúng tôi

chưa thấy giá trị có ý nghĩa IL-2 để phân biệt TDMP do lao và không do lao (AUC: 0.5; p:0.9)

TNF- α là một cytokine tiền viêm được tổng hợp bởi các tế bào lympho và bạch cầu đơn nhân và đại thực bào. Tác dụng chính của nó là làm tăng khả năng thực bào của đại thực bào. TNF- α là cần thiết cho sự hình thành u hạt và loại bỏ trực khuẩn lao tại vị trí viêm bằng cách tăng khả năng nội thực bào của đại thực bào. Yamada và cộng sự (2001) chia 70 bệnh nhân tràn dịch màng phổi thành 3 nhóm nguyên nhân: Viêm phổi (21 bệnh nhân), ung thư (28 bệnh nhân) và lao màng phổi (21 bệnh nhân) đã nhận thấy rằng nồng độ TNF- α trong DMP của bệnh nhân lao màng phổi cao hơn so với 2 nhóm còn lại[14]. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ TNF- α trong dịch màng phổi bệnh nhân bị lao cao hơn ở nhóm không bị lao (p<0.05). Theo nghiên cứu của Minging Y và cộng sự nồng độ TNF- α (45,55 $\pm$ 15,85 ng/L) trong dịch lao phổi, cao hơn đáng kể so với nhóm ác tính (17,18 $\pm$ 4,84 ng/L). Trong khi đó, với điểm cắt 30,3 (ng/L), độ nhạy và độ đặc hiệu của TNF- α đối với chẩn đoán bệnh lao phổi được xác định lần lượt là cao nhất, 83% và 97%[15]. Trong nghiên cứu của chúng tôi TNF- α có nồng độ cao hơn ở nhóm lao so với nhóm không bị lao TNF- α có thể phân biệt được TDMP do lao và không do lao tuy sự phân biệt này chỉ ở mức trung bình (AUC: 0.6; p:0.01).

INF- γ là một Cytokine pro-inflammation được tiết ra bởi các tế bào Th1, các tế bào T gây độc tế bào và các tế bào killer tự nhiên. Nó làm tăng hoạt động mycobactericidal của đại thực bào, điều hoà miễn dịch, tăng hoạt động của lysosome, ức chế Th2, tăng trình diện kháng nguyên, có

hoạt tính chống khối u giống TNF. IFN được chia làm 2 type với hoạt tính sinh học khác nhau. IFN- γ thuộc type 2, là glucoprotein có trọng lượng phân tử từ 20-25kDA, mã hóa tại nhiễm sắc thể số 12. Trong lao, IFN- γ hoạt hóa đại thực bào làm tăng diệt vi khuẩn lao, tăng tạo mô hạt, người ta thường thấy IFN- γ tăng cao trong dịch màng phổi. Định lượng nồng độ Interferon- γ , có giá trị trong việc xác định tràn dịch màng phổi do lao với độ nhạy và độ đặc hiệu tương tự hoặc, trong một số nghiên cứu, tốt hơn một chút so với ADA. Trong một phân tích meta gồm 22 nghiên cứu, tổng số 2.101 bệnh nhân bị tràn dịch màng phổi (trong đó 782 người bị lao), đo interferon- γ mang lại 89% độ nhạy, 97% độ đặc hiệu và diện tích dưới đường cong SROC là 0.99 để chẩn đoán lao [16]. Klimu K trong khi nghiên cứu trên 203 bệnh nhân có tràn dịch màng phổi do lao và không do lao rằng đã chứng minh ADA, IFN- γ , IL-2 là những marker có giá trị dự đoán lao cao nhất có độ nhạy trên 95% [17]. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng đường cong chuẩn ROC để xác định giá trị ngưỡng phân biệt TDMF do lao, kết quả cho thấy diện tích dưới đường cong là 0,81 ($p < 0,05$) cho thấy IFN- γ là marker tốt để phân biệt được các trường hợp do lao và không do lao. Với ngưỡng 1,2 ng/mL khả năng phát hiện lao có độ nhạy 79.3% và độ đặc hiệu 77.4%. Độ nhạy và độ đặc hiệu trong nghiên cứu của chúng tôi không cao như nghiên cứu khác có lẽ là do nhóm chúng (TDMF không do lao) phần lớn là bệnh nhân viêm màng phổi nên đáp ứng miễn dịch do nhiễm khuẩn cũng làm tăng IFN- γ .

Nuôi cấy tìm vi khuẩn lao được coi là tiêu chuẩn vàng để xác định lao màng phổi. Độ đặc hiệu và giá trị dự đoán của phương

pháp này rất cao 100%. Tuy nhiên hạn chế lớn nhất của các phương pháp này là thời gian lâu 20 đến 30 ngày và độ nhạy không cao đặc biệt là phát hiện vi khuẩn trong dịch màng phổi rất khó. Một phương pháp phát hiện vi sinh vật khác đang được sử dụng là kỹ thuật sinh học phân tử nhằm phát hiện AND của MTB trong dịch màng phổi. Ưu điểm của kỹ thuật sinh học phân tử là thời gian có kết quả nhanh hơn, số lượng vi khuẩn ít, các vi khuẩn đã chết vẫn có thể xác định được. Các kỹ thuật phát hiện gen của MT như PCR hay realtime PCR mặc dù có độ nhạy cao hơn nhưng vẫn có nhiều trường hợp âm tính hay dương tính giả. Theo nghiên cứu của Rufai S. B, phương pháp Xpert MTB/ RIF phát hiện được đúng 23/162 mẫu dịch màng phổi của bệnh nhân lao chiếm tỷ lệ 14,2%, có 3 trường hợp phát hiện *M. avium* [18]. Trong nghiên cứu này độ nhạy của phương pháp phát hiện vi sinh vật bằng nuôi cấy là 31% (bao gồm cả nuôi cấy dịch hút phế quản, đờm, dịch màng phổi) trên thực tế nếu chỉ nuôi cấy dịch màng phổi đơn thuần độ nhạy rất thấp chỉ có 17.6%). Kỹ thuật Real-time PCR không cao (36,5%), tỷ lệ dương tính giả cũng hay gặp. Phương pháp sinh thiết, đánh giá mô bệnh học có thể thực hiện được ở lao màng phổi và một số trường hợp lao màng bụng, tỷ lệ dương tính từ 57-90% (Mollo.B và CS-2017), nhưng thời gian để có kết quả mất 3 ngày và đây là thủ thuật xâm lấn có nhiều tai biến có thể xảy ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện trên 138 mẫu độ nhạy là 63.3%. Trên thực tế lâm sàng những trường hợp rất khó chẩn đoán và cần loại trừ nguyên nhân do ung thư thì mới chọn thủ thuật này. AFB đờm có tỷ lệ phát hiện thấp vì những bệnh nhân lao màng phổi không phải lúc nào cũng kết hợp với lao phổi nên tìm vi khuẩn kháng

còn trong đờm khó khăn hơn. Trong số các phương pháp đang áp dụng để chẩn đoán TDMP do lao thì ADA và INF- γ được coi là phương pháp chẩn đoán có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính và giá trị chẩn đoán âm tính cao. Khi kết hợp cả hai kỹ thuật này chúng ta có phương tiện chẩn đoán tốt trong sàng lọc ban đầu bệnh lao.

V. KẾT LUẬN

ADA, INF- γ là marker có độ nhạy, độ đặc hiệu cao để chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **(WHO), W.H.O.**, Global tuberculosis report. 2017.
2. **Baumann, M.H., et al.**, Pleural tuberculosis in the United States: incidence and drug resistance. *Chest*, 2007. **131**(4): p. 1125-32.
3. **al, T.V.N.e.**, Giá trị của Adenosin deaminase và interferon gama trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao. *Nghiên cứu Y học, Y học Thành phố Hồ Chí Minh* 2011. **15**: p. 319-323.
4. **Marie, M.A., et al.**, Role of interleukin-6, gamma interferon and adenosine deaminase markers in management of pleural effusion patients. *West Indian Med J*, 2013. **62**(9): p. 803-7.
5. **Amer, S., et al.**, Evaluation of different laboratory methods for rapid diagnosis of tuberculous pleurisy. *Int J Mycobacteriol*, 2016. **5**(4): p. 437-445.
6. **Zhai, K., Y. Lu, and H.Z. Shi**, Tuberculous pleural effusion. *J Thorac Dis*, 2016. **8**(7): p. E486-94.
7. **Baumann, M.H., et al.**, Pleural Tuberculosis in the United States. *Chest*, 2007. **131**(4): p. 1125-1132.
8. **Akarsu, S., et al.**, The differential diagnostic values of cytokine levels in pleural effusions. *Mediators Inflamm*, 2005. **2005**(1): p. 2-8.
9. **Orphanidou, D., et al.**, Tumour necrosis factor, interleukin-1 and adenosine deaminase in tuberculous pleural effusion. *Respir Med*, 1996. **90**(2): p. 95-8.
10. **Shimokata, K., et al.**, Cytokine content in pleural effusion. Comparison between tuberculous and carcinomatous pleurisy. *Chest*, 1991. **99**(5): p. 1103-7.
11. **Spolski, R., P. Li, and W.J. Leonard**, Biology and regulation of IL-2: from molecular mechanisms to human therapy. *Nat Rev Immunol*, 2018. **18**(10): p. 648-659.
12. **Zeng, N., et al.**, Diagnostic value of interleukins for tuberculous pleural effusion: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pulm Med*, 2017. **17**(1): p. 180.
13. **Yang, L., et al.**, Analysis of Cytokine Levels in Pleural Effusions of Tuberculous Pleurisy and Tuberculous Empyema. *Mediators of inflammation*, 2016. **2016**: p. 3068103-3068103.
14. **Yamada, Y., et al.**, Cytokines in pleural liquid for diagnosis of tuberculous pleurisy. *Respir Med*, 2001. **95**(7): p. 577-81.
15. **Li, M., et al.**, Diagnostic accuracy of tumor necrosis factor-alpha, interferon-gamma, interleukin-10 and adenosine deaminase 2 in differential diagnosis between tuberculous pleural effusion and malignant pleural effusion. *J Cardiothorac Surg*, 2014. **9**: p. 118.
16. **Porcel, J.M.**, Advances in the diagnosis of tuberculous pleuritis. *Ann Transl Med*. 2016 Aug;4(15):282. doi:10.21037/atm.2016.07.23.
17. **Klimiuk, J., et al.**, Development and Evaluation of the New Predictive Models in Tuberculous Pleuritis. *Adv Exp Med Biol*, 2015. **873**: p. 53-63.
18. **Rufai, S.B., et al.**, Performance of Xpert MTB/RIF Assay in Diagnosis of Pleural Tuberculosis by Use of Pleural Fluid Samples. *J Clin Microbiol*, 2015. **53**(11): p. 3636-8.