

giảm trung bình là $1,38 \pm 0,73D$ ($p < 0,05$). Trong đó, đề tài nghiên cứu ghi nhận 90,24% trường hợp độ loạn thị giảm và 9,76% độ loạn thị không thay đổi và không ghi nhận trường hợp nào độ loạn thị tăng.

Độ loạn thị giảm có ý nghĩa thống kê sau 1 tuần và vẫn tiếp tục giảm sau đó. Nhưng không có sự khác biệt về trung bình độ loạn thị giữa thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng.

Tác giả Tomidokoro A (2000) đã khẳng định rằng các yếu tố khúc xạ sẽ ổn định vào một thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của tác giả Rana Altan (2013) cũng cho kết quả tương tự.

Sự thay đổi của thị lực sau phẫu thuật tăng lên rất rõ rệt. Trong đó, 60,97% thị lực đã tăng từ 1 - 2 hàng trở lên, 82,92% các trường hợp đạt thị lực $\geq 8/10$ ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của đề tài cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như Maheshwari ở Ấn Độ, Lindsay và Sullivan ở đại học Melbourne, Australia.

Trong nội dung của đề tài nghiên cứu, thị lực thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng không khác nhau nhiều. Điều này có thể kết luận sau phẫu thuật một tháng thị lực ổn định.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mộng thịt ghép kết mạc tự thân có thể giúp làm giảm độ loạn thị gây ra bởi mộng thịt và cải thiện thị lực của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ashayc A.O (1990). "Refractive astigmatism and pterygium". Afr J Med Med Sci 19 (3). p. 225-228.
2. Maheshwari. S (2003). "Effect of pterygium excision on pterygium induced astigmatism", Indian J Ophthalmol, p. 187 - 188.
3. Hội Nhân khoa Mỹ (2004) "Bệnh học mi mắt, kết mạc và giác mạc" (Nguyễn Đức Anh dịch), Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội, tr.141 - 143.
4. Huỳnh Tuấn Cảnh và Lê Minh Thông (2004), "Khảo sát độ loạn thị giác mạc trung tâm trên bệnh nhân mộng thịt bằng giác mạc đồ", Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. Lawan A, Hassan S (2018), "The astigmatic effect of pterygium in a Tertiary Hospital in Kano, Nigeria". Ann Afr Med. 2018 Jan-Mar;17(1), p. 7-10.
6. Eliya Levinger (2020), "Posterior Corneal Surface Changes After Pterygium Excision Surgery", Clinical Science, p. 2 - 3.
7. Xu, W., Li, X (2024), "The effect of pterygium on front and back corneal astigmatism and aberrations in natural-light and low-light conditions", BMC Ophthalmol 24, p. 7.
8. Mohd Yousuf MS (2004), "Role of pterygium excision in pterygium induced astigmatism". JK practitioner, pp. 91-92.
9. E. Shelke, U. Kawalkar (2014), "Effect of Pterygium Excision on Pterygium Induced Astigmatism and Visual Acuity", International Journal of Advance Health Science, 1, pp. 1 - 3.
10. Pere Pujol Vives MD, Amelia Maria de Carvalho Mendes MD, Gemma Julio Mora BS, PhD, Sara Lluch Margarit BS, PhD, Dolores Merindano Encina BS, PhD & Imma Sola Garcia OD (2013), "Topographic corneal changes in astigmatism due to pterygium's limbal-conjunctival autograft surgery", J Emmetropia, pp. 13 - 18.

NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Minh An¹, Trần Đình Hoan²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình giai đoạn từ 6/2022 - 6/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 54 bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Thái Bình. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là $60,5 \pm 17,2$; Tỷ lệ Nữ/nam = 1,35; Tiền sử: 59,3% bệnh nhân mắc bệnh nội khoa kết hợp, tiền sử phẫu

thuật chiếm 11,1%; Triệu chứng cơ năng: 85,2% bệnh nhân đau hạ sườn phải, đau âm ỉ chiếm 96,3%; Thực thể: điểm đau túi mật chiếm 94,4%, túi mật to sờ chạm là 13,0%, phản ứng hạ sườn phải là 18,5%; Kết quả xét nghiệm trước phẫu thuật: 55,6% bạch cầu tăng trên 10 G/l. Tăng bilirubin chiếm 31,5%. Tăng men gan chiếm 16,7%; Siêu âm trước mổ: Túi mật to chiếm 81,5%, dày thành túi mật 100% và biểu hiện viêm quanh túi mật chiếm 24,1%. Về số lượng sỏi trên siêu âm: 1 viên chiếm 31,5%, nhiều viên chiếm 68,5%, vị trí sỏi cổ, ống túi mật chiếm 22,2%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi cho 54 bệnh nhân tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho thấy: Tuổi trung bình là $60,5 \pm 17,2$, Siêu âm trước mổ: Túi mật to chiếm 81,5%, dày thành túi mật 100% và biểu hiện viêm quanh túi mật chiếm 24,1%. Số lượng sỏi 1 viên chiếm 31,5%, nhiều viên chiếm 68,5%.

SUMMARY

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

STUDY THE INDICATIONS OF LAPAROSCOPY OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS PATIENTS AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL IN 2023

Objective: To study the indication of laparoscopy of acute calculous cholecystitis patients at Thai Binh general hospital from June 2022 - June 2023. **Methods:** Cross-sectional description of 54 patients with acute calculous cholecystitis undergone laparoscopy at Thai Binh General Hospital. **Results:** The average age was 60.5 ± 17.2 ; Female/male ratio was 1.35; History: 59.3% of patients had combined medical diseases, surgical history was 11.1%; Functional symptoms: 85.2% of patients had right upper quadrant pain, 96.3% had dull pain; Entity: gallbladder pain score was 94.4%, gallbladder enlargement to touch was 13.0%, right upper quadrant reaction was 18.5%; Pre-operative test results: 55.6% white blood cells increased over 10 G/l. Increased bilirubin was 31.5%. Increased liver enzymes was 16.7%; Pre-operative ultrasound: Gallbladder enlargement was 81.5%, thickening gallbladder wall was 100%, and pericholecystitis signs was 24.1%. The number of stones on ultrasound: 1 stone was 31.5%, many stones was 68.5%, cervical stone location, gallbladder duct was 22.2%. **Conclusion:** Research of indication of laparoscopy of acute calculous cholecystitis for 54 patients at Thai Binh general hospital showed: Average age was 60.5 ± 17.2 , Ultrasound Before surgery: Gallbladder enlargement was 81.5%, thickening gallbladder wall thickening was 100%, and pericholecystitis was 24.1%. The number of stones: 1 stone was 31.5%, many stones was 68.5%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính của túi mật, do sự xâm nhập của vi khuẩn. Triệu chứng của viêm túi mật cấp (VTMC) điển hình gồm đau hạ sườn phải, sốt, bạch cầu trong máu ngoại vi tăng, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính thấy thành túi mật dày và thường có sỏi trong túi mật. VTMC là một trong những cấp cứu ngoại tiêu hóa thường gặp ở cả nam và nữ, phần lớn ở độ tuổi trung niên và người lớn tuổi, bệnh có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây [1], [2], [7]

Hiện nay, chẩn đoán và phân loại mức độ nghiêm trọng viêm túi mật cấp theo hướng dẫn Tokyo 2018 đã được áp dụng rộng rãi ở Việt Nam và trên thế giới, không chỉ trong chẩn đoán mà còn trong các nghiên cứu về bệnh. Theo đó, về điều trị VTMC đã đưa ra khuyến cáo VTMC do sỏi nên được chỉ định mổ cắt túi mật nội soi (CTMNS) sớm trong vòng 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng sẽ giảm được nguy cơ biến chứng, giảm thời gian nằm viện và giảm chi phí điều trị. Đối với trường hợp VTMC đến muộn sau 72 giờ hoặc có bệnh lý toàn thân nặng không tiến hành cắt túi mật sớm được thì tiến hành

điều trị nội khoa tích cực mổ trì hoãn hoặc dẫn lưu túi mật [7].

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ năm 2019 đến nay các phẫu thuật viên áp dụng mổ cắt túi mật nội soi sớm khi bệnh nhân bị viêm túi mật cấp do sỏi đến viện trước 72 giờ kể từ khi có triệu chứng, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào thống kê và phân tích chỉ định phương pháp phẫu thuật này. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "Nghiên cứu chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 54 bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi, được chỉ định phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, trong thời gian từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán xác định viêm túi mật cấp do sỏi trước mổ theo hướng dẫn của Hội nghị Tokyo 2018 [7].

- Được tiến hành phẫu thuật cắt túi mật nội soi.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là viêm túi mật cấp do sỏi.

- Bệnh nhân không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi ổ bụng, bệnh lý toàn thân nặng.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp viêm túi mật cấp không do sỏi.

- Bệnh nhân có sỏi ống mật chủ, nang ống mật chủ, u đường mật, u tụy, u dạ dày... kèm theo.

- Tiền sử phẫu thuật vùng bụng trên (cắt dạ dày, mổ sỏi ống mật chủ, mổ cắt gan ...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện tất cả các trường hợp bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

- Thời gian tiến hành nghiên cứu: từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2023.

2.2.4. Phương tiện nghiên cứu

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ

- Hệ thống máy phẫu thuật nội soi của hãng Karl-Storz: camera, nguồn sáng, màn hình, máy bơm khí tự động, dao đốt điện...

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi cắt túi mật: trocar 5 mm và 10 mm, kẹp phẫu tích, kẹp Allis,

kéo, kẹp clip, chỉ khâu...

- Bộ dụng cụ mổ mở để có thể triển khai mổ mở ngay khi cần.

- Hệ thống máy gây mê, máy thở, máy theo dõi các chỉ số sống của bệnh nhân, máy hút...

2.3. Các biến số nghiên cứu chính

- Tuổi, chia ra 4 nhóm tuổi; ≤ 40 tuổi, từ 41 - 60 tuổi, từ 61 - 79 tuổi và ≥ 80 tuổi.

- Giới tính: nam, nữ. Tỷ lệ nam/nữ.

- Bệnh kết hợp: đái tháo đường, tăng huyết áp, tim mạch, hô hấp...

- Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện: là thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng đầu tiên đến khi vào viện điều trị (giờ).

- Chỉ định liên quan đến đặc điểm lâm sàng

+ Triệu chứng cơ năng: đau bụng, nôn, buồn nôn.

+ Triệu chứng thực thể: sờ túi mật to, điểm đau túi mật, phản ứng thành bụng vùng hạ sườn phải.

- Chỉ định liên quan đến đặc điểm cận lâm sàng

+ Xét nghiệm huyết học: bạch cầu bình thường 4 – 10 G/l. Số lượng bạch cầu: chia ra 3 nhóm < 10 G/l; 10 – 15 G/l và > 15 G/l.

+ Tỷ lệ bạch cầu trung tính: chia ra ≤ 80% và > 80%.

- Xét nghiệm hoá sinh:

+ Ure máu: chia hai nhóm: ≤ 8,3 mmol/l và > 8,3 mmol/l

+ Creatinin máu: chia hai nhóm: ≤ 110 mcmmol/l và > 110 mcmmol/l

+ Glucose máu: chia hai nhóm: ≤ 6,5 mmol/l và > 6,5 mmol/l

+ Bilirubin máu: chia hai nhóm: ≤ 17 mmol/l và > 17 mmol/l

+ SGOT và SGPT: chia hai nhóm: ≤ 40 UI/l và > 40 UI/l

- Siêu âm ổ bụng

+ Kích thước túi mật: túi mật to, túi mật bình thường

+ Độ dày thành túi mật: ≤ 4 mm và > 4 mm

+ Hình dạng và các bất thường của túi mật

+ Sỏi túi mật: số lượng (1 viên, nhiều viên),

+ vị trí sỏi: đáy, thân, cổ hoặc ống túi mật, sỏi kẹt cổ túi mật.

+ Dịch quanh túi mật

+ Tình trạng đường mật trong và ngoài gan: bình thường, giãn hay không giãn, có sỏi đường mật không?

- Cắt lớp vi tính ổ bụng ghi nhận các

thông tin: Kích thước túi mật; Độ dày thành túi mật; Dịch quanh túi mật; Sỏi trong lòng túi mật;

Thâm nhiễm quanh túi mật; Ống mật chủ: kích thước

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Bệnh nhân và người nhà tự nguyện tham gia vào nhóm nghiên cứu sau khi được giải thích.

- Các thông tin thu thập từ bệnh nhân chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình là 60,5 ± 17,2, thấp nhất là 22 và cao nhất là 92, nhóm tuổi hay gặp nhất là 61-79 tuổi chiếm 38,9%.

- Nam giới chiếm 42,6%, nữ giới chiếm 57,4%. Tỷ lệ Nữ/nam = 1,35.

- Tiền sử: 59,3% bệnh nhân mắc bệnh nội khoa kết hợp

- Tiền sử phẫu thuật chiếm 11,1%.

- Xét nghiệm: 55,6% bạch cầu tăng trên 10 G/l. Tăng bilirubin chiếm 31,5%. Tăng men gan chiếm 16,7%.

3.2. Chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Triệu chứng cơ năng và toàn thân

Triệu chứng cơ năng, toàn thân	Số lượng	Tỷ lệ %	
Đau bụng	Hạ sườn phải	46	85,2
	Thượng vị	2	3,7
	HSP + thượng vị	6	11,1
Mức độ đau	Am í	52	96,3
	Dữ dội	2	3,7
Nôn, buồn nôn	Có	6	11,1
	Không	48	88,9
Sốt	Có	5	9,3
	Không	49	90,7

Bảng 3.2. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	Số lượng	Tỷ lệ %	
Điểm đau túi mật	Có	51	94,4
	Không	3	5,6
Sờ túi mật to	Có	7	13,0
	Không	47	87,0
Phản ứng HSP	Có	10	18,5
	Không	44	81,5

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3. Đặc điểm túi mật trên siêu âm

Siêu âm ổ bụng	Số lượng	Tỷ lệ %	
Kích thước túi mật	To	44	81,5
	Không to	10	18,5
Dày thành túi mật	> 4mm	54	100

Xung quanh túi mật	Không	41	75,9
	Có dịch	9	16,7
	Thâm nhiễm mỡ	3	5,6
	Dịch + thâm nhiễm mỡ	1	1,8
Số lượng sỏi túi mật	1 viên	17	31,5
	Nhiều viên	37	68,5
Vị trí sỏi túi mật	Đáy túi mật	4	7,4
	Thân túi mật	38	70,4
	Cổ, ống túi mật	12	22,2

Bảng 3.4. Đặc điểm túi mật trên phim cắt lớp vi tính ổ bụng

Đặc điểm túi mật trên phim cắt lớp		Số lượng	Tỷ lệ %
Kích thước túi mật	To	13	81,3
	Không to	3	18,7
Dày thành túi mật	> 4mm	16	100
Xung quanh túi mật	Không	4	25,0
	Có dịch	8	50,0
	Thâm nhiễm mỡ	3	18,9
	Dịch + thâm nhiễm mỡ	1	6,1
Số lượng sỏi túi mật	1 viên	5	31,3
	Nhiều viên	11	68,7
Vị trí sỏi túi mật	Đáy túi mật	1	6,3
	Thân túi mật	9	56,3
	Cổ, ống túi mật	6	37,4

Bảng 3.5. Chỉ định phẫu thuật và mức độ viêm túi mật

Chi số	Thời điểm phẫu thuật		Tổng Số lượng (%)	
	Mổ < 72 giờ	Mổ ≥ 72 giờ		
	Số lượng (%)	Số lượng (%)		
Chỉ định mổ	Mổ phiến	19(90,5)	30(90,9)	49(90,7)
	Mổ cấp cứu	2(9,5)	3(9,1)	5(9,3)
Mức độ viêm	Nhẹ (độ I)	15(71,4)	19(57,6)	34(63,0)
	Vừa (độ II)	6(28,6)	14(42,4)	20(37,0)
	Tổng	21(100)	33(100)	54(100)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tuổi trung bình của bệnh nhân nhóm nghiên cứu là $60,5 \pm 17,2$, tuổi nhỏ nhất là 22 tuổi và lớn nhất là 92 tuổi, tỷ lệ bệnh nhân > 40 tuổi chiếm 83,3% trong đó nhóm 61-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,9%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như một số tác giả khác: Theo Ngô Công Nghiệm [2] nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 61 - 79 tuổi chiếm 41%, tuổi trung bình là $60,3 \pm 1,5$ tuổi, bệnh nhân nhỏ nhất là 17 tuổi và lớn nhất là 94 tuổi. Theo Turan Acar [6], tuổi trung bình

trong nghiên cứu là $63,45 \pm 16,55$ tuổi,

4.1.2. Đặc điểm bệnh nhân về giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm tỷ lệ thấp hơn với 42,6%, nữ giới chiếm 57,4%, tỷ lệ nữ/nam = 1,35. Theo Đặng Quốc Ái [1], tỷ lệ nữ giới chiếm 68,7%, nam giới chiếm 31,3. Theo Ngô Công Nghiệm [2], tỷ lệ nữ giới chiếm 59%, nam giới chiếm 41%. Tuy nhiên theo Dragos Serban [8], tỷ lệ nam giới lại cao hơn với 69,4%, nữ giới chiếm 30,6%. Sự khác biệt có thể do khác nhau về địa điểm nghiên cứu và đặc điểm nhân chủng học.

4.1.3. Bệnh kết hợp và tiền sử phẫu thuật vùng bụng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các bệnh nhân không có tiền sử phẫu thuật ngoại khoa chiếm 88,9%, không có bệnh nhân có đường mổ cũ trên rốn, 7,4% bệnh nhân có đường mổ dưới rốn (3 trường hợp mổ u xơ tử cung, 1 trường hợp mổ nội soi cắt ruột thừa), 3,7% bệnh nhân có tiền sử đường mổ ngoài phúc mạc (1 trường hợp mổ cắt thận trái, 1 trường hợp mổ u bàng quang).

Theo Đặng Quốc Ái [1], tỷ lệ bệnh nhân không có tiền sử ngoại khoa là 80%, 20% bệnh nhân có tiền sử mổ bụng cũ đều là những vết mổ dưới rốn, trong đó 12,5% bệnh nhân có tiền sử mổ sản phụ khoa, 7,5% bệnh nhân có tiền sử mổ cắt ruột thừa.

Theo Trần Kiến Vũ [5], 93,6% bệnh nhân không có tiền sử ngoại khoa, có 1,6% bệnh nhân có tiền sử mổ trên rốn, 4,8% bệnh nhân có tiền sử mổ dưới rốn. Theo Turan Acar [6], đa số bệnh nhân không có tiền sử mổ ổ bụng với 86,4%, có 13,6% bệnh nhân có tiền sử mổ ổ bụng cũ.

4.2. Bàn luận chỉ định liên quan đến triệu chứng lâm sàng

4.2.1. Triệu chứng cơ năng và toàn thân.

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân nhập viện với triệu chứng cơ năng đa số là điển hình của viêm túi mật cấp như đau hạ sườn phải, đơn độc hoặc kết hợp với đau thượng vị, nôn, buồn nôn có thể gặp. Trong đó bệnh nhân đau hạ sườn phải chiếm 85,2%, nhóm đau thượng vị chiếm 3,7% và nhóm đau cả thượng vị và hạ sườn phải chiếm 11,1%. Đa số các trường hợp đau âm ỉ với 96,3% và có 11,1% số bệnh nhân kết hợp với nôn - buồn nôn, ngoài ra có 9,3% bệnh nhân có sốt.

Kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả khác. Theo Phan Khánh Việt (2016), 100% các trường hợp đều có triệu chứng đau bụng, trong đó đau hạ sườn phải chiếm 87,4%, thượng vị và hạ sườn phải chiếm 7,8%, thượng vị chiếm 4,9%, đau âm ỉ chiếm 95,1%, đau dữ dội chỉ

chiếm 4,9%, nôn - buồn nôn chiếm 74,8%, bệnh nhân có sốt chiếm 44,7% [4]. Theo Đặng Quốc Ái [1], 83,7% bệnh nhân vào viện vì có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải hoặc thượng vị và hầu hết bệnh nhân đau âm ỉ, chỉ có 12,5% bệnh nhân đau dữ dội. Theo Ngô Công Nghiêm [2], 88,8% bệnh nhân vào viện vì có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải và hầu hết bệnh nhân đau âm ỉ với 96,3%.

4.2.2. Triệu chứng thực thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân khám thực thể có điểm đau túi mật chiếm 94,4%, số bệnh nhân có túi mật to sờ chạm là 13%, số bệnh nhân có phản ứng rõ hạ sườn phải là 18,5%. Kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả khác ở từng tiêu chí và một số điểm khác biệt, có thể là do sự khác nhau về thiết kế nghiên cứu và tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân. Theo Trần Kiến Vũ [5], đa số bệnh nhân khám thực thể có điểm đau túi mật chiếm 45,2%, số bệnh nhân có túi mật to sờ chạm là 14,9%, số bệnh nhân có phản ứng rõ hạ sườn phải là 39,8%. Theo Ngô Công Nghiêm [2], đa số bệnh nhân khám có điểm đau túi mật chiếm 85,1%, số bệnh nhân có túi mật to sờ chạm là 11,2%, số bệnh nhân có phản ứng rõ hạ sườn phải là 13,4%. Theo Petra Maria Terho (2016), khám thực thể có điểm đau túi mật chiếm 95,2%, số bệnh nhân có túi mật to sờ chạm là 5,4%, số bệnh nhân có phản ứng rõ hạ sườn phải là 0,5%.

4.3. Bàn luận chỉ định liên quan đến triệu chứng cận lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 55,6% bệnh nhân có bạch cầu cao hơn 10 G/L, với 35,2% có bạch cầu ở mức 10 - 15 G/L và 20,4% bệnh nhân bạch cầu lớn hơn 15 G/L. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng >80% chiếm 59,3%.

Trong VTMC do sỏi, tăng men gan có thể là do bệnh nhân có sỏi đường mật chính gây tăng áp lực cây đường mật, giảm tiết mật, ứ đọng các axit mật gây nên phá hủy tế bào gan. Tuy nhiên một số bệnh nhân VTMC do sỏi không có sỏi đường mật chính, do đó tăng men gan có thể là do nhiễm trùng trong VTMC do sỏi lan tràn ra các tổ chức xung quanh gây viêm nhiễm nhu mô gan gây tăng men gan. Có thể do đó mà mức độ tăng men gan trong VTMC do sỏi không cao, đa số điều trị khỏi trong vòng 2 - 4 tuần [2], [7]. Nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có chỉ số men gan tăng gấp hai lần giá trị bình thường ở một trong hai chỉ số là chiếm 16,7%.

Theo Nguyễn Vũ Phương [5], bạch cầu tăng chiếm 17,57%, men gan chiếm 9,46%, Bilirubin toàn phần tăng chiếm 12,16%. Theo Ngô Công Nghiêm [2], bạch cầu tăng chiếm 56,7%, men

gan tăng chiếm 16,4%, Bilirubin toàn phần tăng chiếm 9%.

4.4. Chỉ định liên quan đến chẩn đoán hình ảnh trước mổ. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn (70,4%) bệnh nhân được siêu âm ổ bụng 2 lần, có 16 trường hợp bệnh nhân siêu âm 1 lần và được kết hợp chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (29,6%), những trường hợp này có ống mật chủ giãn trên siêu âm và/hoặc bilirubin tăng, hoặc có nhiều sỏi nhỏ trong túi mật, nghi ngờ có sỏi rơi xuống ống mật chủ, hoặc bệnh nhân có túi mật viêm nhiều, tạo khối ở hạ sườn phải.

Kết quả siêu âm cho thấy: đa số bệnh nhân nhập viện có siêu âm túi mật to (81,5%) và dày thành túi mật (100%). Sỏi nhiều viên chiếm số lượng lớn với 68,5% bệnh nhân. Vị trí phổ biến của sỏi là ở thân túi mật với 70,4%, có 8 bệnh nhân sỏi kẹt cổ túi mật chiếm 14,8%. Số bệnh nhân có dịch quanh túi mật trên siêu âm chỉ chiếm 18,6%. Trên kết quả chụp CLVT ổ bụng đa số bệnh nhân nhập viện có kết quả túi mật to (81,3%) và dày thành túi mật (100%).

Kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả khác. Theo Ngô Công Nghiêm [2], có 82,1% siêu âm bệnh nhân có túi mật to, 84,3% có dày thành túi mật, dịch quanh túi mật chiếm 18,6% và có 3% sỏi kẹt cổ túi mật. Theo Trần Kiến Vũ [5], 100% bệnh nhân có túi mật to, túi mật thành dày chiếm 78,8%, dịch quanh túi mật chiếm 38,3%, sỏi kẹt cổ túi mật chiếm 15,4%. Theo Turan Acar [6], siêu âm túi mật to chiếm 93,9%, túi mật thành dày chiếm 81,8%, dịch quanh túi mật chiếm 18,2%, sỏi kẹt cổ túi mật chiếm 15,2%.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi cho 54 bệnh nhân tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho thấy: Túi mật to chiếm 81,5%, dày thành túi mật 100% và biểu hiện viêm quanh túi mật chiếm 24,1%. Số lượng sỏi 1 viên chiếm 31,5%, nhiều viên chiếm 68,5%. Phẫu thuật có kế hoạch chiếm 90,7%, phẫu thuật cấp cứu chiếm 9,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Quốc Ái, Hà Văn Quyết** (2017). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
2. **Ngô Công Nghiêm** (2021). Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm cấp do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Vũ Phương, Nguyễn Công Bình, Mạc Xuân Huy, et al.** (2017). Kết quả điều trị sỏi túi mật bằng phương pháp cắt túi mật nội soi tại

- bệnh viện trường Đại học y khoa Thái Nguyên. Tạp chí KHOA HỌC & CÔNG NGHỆ, 165(05), 73-6.
- Phan Khánh Việt, Lê Trung Hải, Phạm Như Hiệp.** (2016). Nghiên cứu thời điểm mổ và đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Tạp chí Y học Việt Nam, 421(1), 38-42.
 - Trần Kiên Vũ** (2016). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
 - Acar T, Kamer E, Acar N, et al.** (2017). Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis: comparison of results between early and late cholecystectomy. Pan Afr Med J, 26, 49.
 - Yokoe M, Hata J, Takada T.** (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with video). J Hepatobiliary Pancreat Sci, 25(1), 41-54.
 - Serban D, Socea B, Balasescu SA, et al.** (2021). Safety of Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in the Elderly: A Multivariate Analysis of Risk Factors for Intra and Postoperative Complications. Medicina (Kaunas), 57(3).

NHẬN XÉT KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH MẮC HỘI CHỨNG TURNER VÀ CÁC BẤT THƯỜNG HÌNH THÁI CÓ LIÊN QUAN

Mai Trọng Hưng¹, Phạm Thế Vương¹, Đinh Thuý Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét mối liên quan giữa bất thường trên siêu âm và bất thường di truyền ở thai nhi mắc hội chứng Turner. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả và phân tích mối liên quan giữa các bất thường hình thái thai trên siêu âm và kết quả di truyền của 36 trường hợp thai được chẩn đoán mắc hội chứng Turner bằng xét nghiệm lập công thức nhiễm sắc thể thông qua nuôi cấy tế bào ối. **Kết quả:** Trong 36 thai nhi mắc hội chứng Turner được chẩn đoán trước sinh bằng kỹ thuật nuôi cấy tế bào ối có 41,7% thai nhi có bất thường hình thái trên siêu âm; 58,3% thai nhi được xác định có nguy cơ cao mắc hội chứng Turner thông qua xét nghiệm sàng lọc không xâm lấn NIPT. Các trường hợp Turner thuần có nhiều bất thường siêu âm và mức độ bất thường nặng nề hơn so với Turner thể khảm hoặc thể bất thường cấu trúc. **Kết luận:** Xét nghiệm sàng lọc NIPT cùng với siêu âm hình thái thai đóng vai trò quan trọng trong sàng lọc hội chứng Turner. Xét nghiệm nuôi cấy tế bào ối là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán trước sinh hội chứng Turner. **Từ khóa:** Hội chứng Turner, bất thường siêu âm, chẩn đoán trước sinh.

SUMMARY

TURNER SYNDROME: PRENATAL DIAGNOSIS AND FETAL ABNORMALITIES

Objective: Describe the association between abnormalities on ultrasound and genetic abnormalities in fetuses with Turner syndrome. **Methods:** Retrospective study, description and analysis of the relationship between abnormal morphology on ultrasound and karyotype of 36 Turner syndrome cases. **Results:** Among 36 fetuses with Turner syndrome, 41.7% of fetuses had morphological

abnormalities on ultrasound; 58.3% of fetuses were determined to be at risk of Turner syndrome through the NIPT test. The non-mosaic 45,X cases showed more abnormal ultrasound results and more severe phenotypic aberrations compared to the mosaic cases and cases with abnormal X chromosomal structures. **Conclusions:** NIPT screening readiness along with prenatal ultrasound plays an important role in prenatal screening of Turner syndrome. Karyotyping is the gold standard in prenatal diagnosis of Turner syndrome.

Keywords: Turner syndrome, abnormal ultrasound, prenatal diagnosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Turner là bất thường NST phổ biến với tỷ lệ khoảng 1/2500 trẻ nữ sinh sống với đặc trưng di truyền là người nữ mất hoàn toàn hoặc 1 phần NST X. Triệu chứng lâm sàng của hội chứng Turner rất đa dạng. Trong thời kỳ bào thai, thai nhi có thể xuất hiện tình trạng phù thai, nang bạch huyết vùng cổ, thai chậm tăng trưởng, thai lưu, các dị tật tim mạch. Nếu không được chẩn đoán trước sinh thì sau sinh, chỉ khoảng 10-20% trẻ mắc hội chứng Turner được chẩn đoán sớm do các triệu chứng như phù bạch huyết mu bàn tay bàn chân, nếp da thừa sau gáy, các bất thường tim mạch như hẹp eo động mạch chủ, hở van 2 lá, bất thường thận. Còn lại, đa số các bệnh nhân Turner được chẩn đoán ở giai đoạn thiếu niên hoặc giai đoạn trưởng thành do tầm vóc thấp, dậy thì muộn, vô kinh, vô sinh... Thông thường các trường hợp 45,X thuần có nhiều triệu chứng và kiểu hình nặng hơn so với thể khảm hoặc thể rối loạn cấu trúc NST X.

Trước đây hội chứng Turner được sàng lọc chủ yếu dựa vào siêu âm, do đó các trường hợp hội chứng Turner không có bất thường trên siêu âm sẽ bị bỏ sót. Những năm gần đây sàng lọc trước sinh không xâm lấn NIPT ra đời đã giúp phát hiện nhiều trường hợp thai mắc hội chứng

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thuý Linh

Email: drdinhlinhobgyn@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2024

Ngày duyệt bài: 7.8.2024