

mũi trước và chảy máu mũi sau. Chảy máu mũi trước là tình trạng máu chủ yếu chảy ra phía trước mũi với điểm chảy máu chủ yếu ở phần trước vách ngăn. Chảy máu mũi sau là tình trạng máu chảy chủ yếu xuống thành sau họng với vị trí chảy thường ở đôi cuốn giữa, khe mũi dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chảy máu mũi trước chiếm nhiều nhất (67.9%). Còn lại là chảy máu mũi sau (32.1%). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Max Kallenbach [3], Alper Yuksel [5].

Dựa trên nội soi khi cầm máu mũi, chúng tôi đã xác định chính xác vị trí chảy máu. Trong đó, điểm chảy máu ở vách ngăn chiếm nhiều nhất (61.9%). Kết quả tương đồng nghiên cứu của Jing Zhang [6]. Tiếp theo là chảy máu ở khe dưới (27.4%). Các vị trí khác chiếm tỉ lệ thấp: khe giữa cuốn giữa, cuốn dưới.

4.2. Kết quả của phẫu thuật nội soi cầm máu mũi

4.2.1. Vô cảm. Đa số bệnh nhân chảy máu mũi được thực hiện phẫu thuật nội soi cầm máu dưới gây tê tại chỗ. Chỉ có 5/84 bệnh nhân được chỉ định gây mê do bệnh nhân chảy máu mũi nhiều, toàn trạng không ổn định và trường hợp bệnh nhân sợ, không hợp tác. Trong nghiên cứu của Alper Yuksel, 96.58% được thực hiện cầm máu mũi dưới gây tê [5].

4.2.2. Thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 24.2 phút.

4.2.3. Số lần phẫu thuật. Trong số 84 bệnh nhân, chỉ có 1 bệnh nhân chảy máu mũi tái phát sau phẫu thuật lần 1, cần phải cầm máu mũi lần 2. Đây là trường hợp bệnh nhân có điểm chảy máu vị trí ở sâu, phần cao phía sau vách ngăn, đồng thời trên nền xơ gan rệu, chức

năng đông cầm máu kém. Trong nghiên cứu của Yuji Ando, tỉ lệ chảy máu tái phát sau phẫu thuật nội soi cầm máu mũi bằng đông điện cũng chiếm tỉ lệ thấp 6.4% [4].

4.2.4. Biến chứng sau phẫu thuật. Biến chứng trong và sau phẫu thuật chiếm 4.8%, gồm các biến chứng tê bì khẩu cái, dính cuốn, thủng vách ngăn. Các biến chứng này cũng gặp trong nghiên cứu của tác giả Quận Thành Nam [2].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cầm máu mũi giúp xác định chính xác vị trí chảy máu. Đồng thời, phương pháp này đạt hiệu quả cầm máu cao, an toàn, giảm tỉ lệ chảy máu mũi tái phát ở bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Thái Hà, Vũ Mạnh Cường** (2024). Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi cầm máu mũi tại bệnh viện tai mũi họng trung ương. Tạp chí y học Việt Nam, 534(1B), 33-39.
- Quận Thành Nam, Đỗ Lan Hương** (2022). Kết quả điều trị chảy máu mũi bằng phẫu thuật nội soi đông điện tại bệnh viện quân y 103. Journal of Military pharmaco-medicine, 47(7), 109-116.
- Max Kallenbach, Andreas Dittberner, et al** (2020). Hospitalization for epistaxis: a population-based healthcare research study in Thuringia, Germany. Eur Arch Otorhinolaryngol, 277(6), 1659-1666.
- Yuji Ando, Jiro Limura, et al** (2014). Risk factors for recurrent epistaxis: importance of initial treatment. Auris Nasus Larynx, 41(1):41-5.
- Alper Yuksel, Hanifi Kurtaran, et al** (2014). Epistaxis in geriatric patients. Turk J Med Sci, 44(1), 133-136.
- Jing Zhang, Luhong Cao, et al** (2017). Randomized controlled trial comparing Nd:YAG laser photocoagulation and bipolar electrocautery in the management of epistaxis. Lasers Med Sci, 32(7), 1587-1593.

THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ LÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Trần Thanh Huyền¹, Bùi Thanh Hùng², Phạm Thành Đạt^{2,3*}

TÓM TẮT

Lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn thuần là một bệnh lý không thường gặp. Các phương pháp điều trị bao gồm: Nội khoa, can thiệp nội mạch

và phẫu thuật. Can thiệp, phẫu thuật hiếm khi được chỉ định nhưng có thể cần thiết trong một số trường hợp nhất định. **Báo cáo ca bệnh:** Chúng tôi trình bày trường hợp một bệnh nhân nam 45 tuổi được chẩn đoán tách động mạch mạc treo tràng trên đơn thuần. Ban đầu, bệnh nhân được điều trị bảo tồn, tuy nhiên sau một thời gian theo dõi, triệu chứng không cải thiện và người bệnh đã được điều trị thành công bằng phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật có thể là một lựa chọn khả thi để điều trị lóc tách động mạch mạc treo tràng trên khi điều trị nội khoa hoặc can thiệp nội mạch thất bại. **Từ khóa:** Lóc tách động mạch mạc treo tràng trên, liệu pháp chống đông, can thiệp nội mạch, phẫu thuật.

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

²Bệnh viện E

³Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thành Đạt

Email: thanhdat.p@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024

SUMMARY**FOLLOW-UP AND TREATMENT OF SUPERIOR MESENTERIC ARTERY DISSECTION: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE**

Introduction: Superior mesenteric artery dissection is a rare condition. Treatment methods include medical management, endovascular intervention, and surgery. Intervention and surgery are seldom indicated but may be necessary in certain cases. **Case report:** We present a case of a 45-year-old male diagnosed with Superior mesenteric artery dissection. Initially managed conservatively, the patient's symptoms did not improve over time, leading to successful surgical intervention. **Conclusion:** Surgery can be a feasible option for treating superior mesenteric artery dissection when medical management or endovascular intervention fails.

Keywords: Superior mesenteric artery dissection, anticoagulation therapy, endovascular intervention, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn thuần là một bệnh lý hiếm gặp. Mặc dù trên thế giới đã có một số báo cáo, tuy nhiên số lượng bệnh nhân trong các nghiên cứu vẫn còn hạn chế. Trên lâm sàng, bệnh nhân thường xuất hiện với triệu chứng đau bụng, diễn biến có thể cấp tính đột ngột hoặc từ từ tăng dần. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng dựng hình mạch được coi là phương pháp chẩn đoán tin cậy nhất. Các phương pháp điều trị bao gồm: điều trị bảo tồn, can thiệp nội mạch và phẫu thuật. Tuy nhiên, hiện chưa có hướng dẫn điều trị chuẩn nào được công bố. Hầu hết bệnh nhân có thể được điều trị bảo tồn, phẫu thuật hiếm khi cần thiết trừ khi có biến chứng liên quan đến thiếu máu ruột.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn thuần, chưa có biến chứng hoại tử ruột, nhưng cần phẫu thuật do tình trạng lóc tách động mạch tiến triển.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

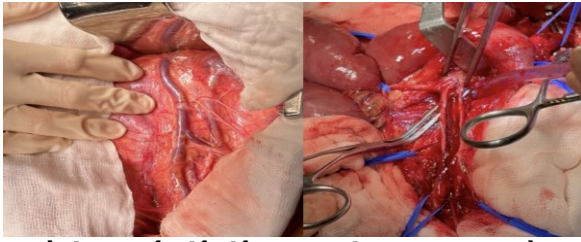
Phương pháp mô tả ca bệnh và nhìn lại y văn về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị bệnh lý lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn thuần.

Bệnh nhân nam 45 tuổi vào viện vì đau bụng 3 ngày, không kèm nôn, sốt, hay rối loạn đại tiện. Tiền sử bệnh không phát hiện gì đặc biệt, bệnh nhân không hút thuốc lá, không tăng huyết áp. Khám lâm sàng tại thời điểm vào viện: Bụng mềm, không chướng, ấn đau tức quanh rốn, không có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc. Toàn trạng người bệnh ổn định, mạch

85 lần/phút, huyết áp 125/70 mmHg, không sốt, không khó thở. Các xét nghiệm máu thường quy trong giới hạn bình thường. Phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang cho thấy hình ảnh lóc tách động mạch mạc treo tràng trên một đoạn dài 5cm, bắt đầu từ cách nguyên uỷ 2cm, có huyết khối lòng giả, không có dấu hiệu thiếu máu ruột. Kết quả nội soi dạ dày - đại tràng bình thường. Bệnh nhân được chỉ định điều trị nội khoa với duy trì chống đông Heparin, nhịn ăn, dinh dưỡng hoàn toàn tĩnh mạch để theo dõi tình trạng bụng. Sau 5 ngày điều trị, bệnh nhân xuất hiện đau bụng tăng lên. Phim chụp cắt lớp vi tính ngay sau đó cho thấy hình ảnh lóc tách động mạch mạc treo tràng trên lan rộng trên đoạn dài 15cm (Hình 1). Chúng tôi tiến hành hội chẩn giữa các bác sĩ nội khoa, can thiệp và phẫu thuật, chỉ định mổ được đưa ra cho bệnh nhân. Bệnh nhân được mổ cấp cứu, mở bụng đường giữa trên và dưới rốn. Toàn bộ động mạch mạc treo tràng trên được bóc lộ tử nguyên uỷ tới nhánh tận và toàn bộ các nhánh bên. Sau khi tiêm Heparin tĩnh mạch, phẫu thuật viên tiến hành cặp gốc động mạch mạc treo tràng trên, mở dọc động mạch, lấy bỏ huyết khối cũ và mới trong lòng giả, cắt bỏ lớp nội mạc bị lóc tách, và cuối cùng phục hồi lưu thông động mạch mạc treo tràng trên. Toàn bộ thời gian cặp mạch và nguy cơ thiếu máu ruột là 60 phút (Hình 2). Sau phẫu thuật bệnh nhân tiếp tục được duy trì Heparin, nhịn ăn, dinh dưỡng tĩnh mạch, kháng sinh điều trị. Bệnh nhân trung tiện được sau phẫu thuật 36 giờ. Những ngày sau đó tình trạng bụng dần cải thiện. Kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng sau mổ cho thấy động mạch mạc treo tràng trên không còn lóc tách, huyết khối. Bệnh nhân hồi phục và xuất viện sau 12 ngày điều trị hậu phẫu.



Hình 1: Lóc tách động mạch mạc treo tràng trên tiến triển



Hình 2: Bộc lộ động mạch mạc treo tràng trên, mở động mạch lấy huyết khối lòng giả, mở thông lòng giả và lòng thật

III. BÀN LUẬN

Lóc tách động mạch mạc treo tràng trên lần đầu tiên được Bauersfeld và cộng sự báo cáo trong một nghiên cứu năm 1947. Các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ với bệnh lý bao gồm nam giới, xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, hút thuốc lá hoặc các bệnh mô liên kết. Tác giả đã chỉ ra trong 52 bệnh nhân bị lóc tách động mạch mạc treo tràng trên, có 34 bệnh nhân (65,4%) có tiền sử hút thuốc lá và 20 bệnh nhân (38,5%) có xơ cứng động mạch. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không có tiền sử các bệnh lý trên, huyết áp bình thường trong suốt thời gian điều trị tại bệnh viện. Điều trị nội khoa bệnh lý này bao gồm nhịn ăn, dinh dưỡng tĩnh mạch, chống đông và kiểm soát huyết áp. Hiệu quả của sử dụng chống đông trong các nghiên cứu còn chưa rõ ràng. Một phân tích tổng hợp năm 2019 của Tanaka và cộng sự cho thấy không có lợi ích của sử dụng chống đông ở các bệnh nhân lóc tách động mạch mạc treo tràng trên có và không có triệu chứng. Trong trường hợp điều trị bảo tồn không có kết quả, can thiệp nội mạc hoặc phẫu thuật được cân nhắc. Can thiệp nội mạc có thể được chỉ định khi nghi ngờ có dấu hiệu thiếu máu ruột, lòng giả chèn ép gây hẹp trên 80% lòng thật, hoặc phồng động mạch mạc treo tràng trên đường kính >2cm dựa vào phim chụp cắt lớp vi tính. [1-3] Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có triệu chứng đau bụng tuy nhiên lâm sàng không có dấu hiệu dọa vỡ, hay hoại tử ruột, trên phim chụp cắt lớp vi tính tưới máu ruột bình thường. Điều trị bảo tồn được chỉ định trong những ngày đầu. Tuy nhiên mức độ đau bụng 5 ngày sau tăng lên, và phim chụp cắt lớp vi tính lần 2 ngay lập tức phát hiện sự tiến triển của lóc tách động mạch từ 5cm lên 15cm. Tại thời điểm này, can thiệp nội mạc hoặc phẫu thuật được xem xét. Chúng tôi tiến hành hội chẩn. Bệnh nhân có tổn thương lóc tách động mạch mạc treo tràng trên - trên một đoạn dài 15cm và kích thước lòng mạch tổn thương càng về phía ngoài vì càng thu hẹp, do đó phương

pháp can thiệp nội mạc không phù hợp. Cuối cùng, phẫu thuật được chỉ định.

Một số tác giả trên thế giới cũng đã lựa chọn phẫu thuật hoặc can thiệp khi điều trị nội khoa không hiệu quả. Tanaka và cộng sự thông báo một trường hợp lóc tách động mạch mạc treo tràng trên với triệu chứng đau bụng kéo dài trên 40 ngày, tổn thương lóc tách trên đoạn dài 2cm có huyết khối lấp đầy lòng giả, chèn ép lòng thật. Phẫu thuật được tiến hành: Mở động mạch, lấy huyết khối, cắt bỏ nội mạc, vá mạch bằng tĩnh mạch hiển sau đó đặt stent ngược dòng. Bệnh nhân xuất viện sau 26 ngày điều trị. DeFilippis và cộng sự cũng thông báo một trường hợp lóc tách động mạch mạc treo tràng trên dài 3cm, bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu động mạch mạc treo tràng trên bằng đoạn tĩnh mạch hiển đảo chiều.[2-3]

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tổn thương lóc tách thành mạch phức tạp, tương ứng với những diễn biến trên lâm sàng. Phương pháp phẫu thuật bắc cầu mạch máu hoặc kết hợp can thiệp nội mạc đều không phù hợp trong trường hợp này. Bệnh nhân được theo dõi một năm sau phẫu thuật, hồi phục hoàn toàn sau mổ, không cần sử dụng thuốc chống đông hay kháng ngưng tập tiểu cầu, chất lượng cuộc sống được cải thiện rõ rệt.

IV. KẾT LUẬN

Chúng tôi thông báo trường hợp lâm sàng bệnh nhân lóc tách động mạch mạc treo tràng trên tiến triển được theo dõi xử trí kịp thời bằng phẫu thuật, qua đó tránh được nguy cơ thiếu máu, hoại tử ruột đe dọa đến tính mạng. Với bệnh lý này, điều trị bảo tồn được chỉ định trong đa số trường hợp tuy nhiên phương pháp can thiệp hoặc phẫu thuật phải được cân nhắc trong từng tình huống cụ thể. Phẫu thuật mở động mạch mạc treo tràng trên lấy huyết khối, cắt bỏ nội mạc bị lóc tách, mở thông lòng giả và lòng thật, phục hồi lưu thông mạch máu được thực hiện hiệu quả ở bệnh nhân này, là một phương pháp tham khảo cho những trường hợp tương tự.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S.R. Bauersfeld.** Dissecting aneurysm of the aorta; a presentation of 15 cases and a review of the recent literature. *Ann Intern Med*, 26 (1947), pp. 873-889
2. **Tanaka Y, Tada H, Takeda Y, et al.** Spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection requiring emergent surgery. *Intern Med* 2018; 57: 2681-4.
3. **Eldine RN, Dehaini H, Hoballah J, Haddad F.** Isolated Superior Mesenteric Artery Dissection: A Novel Etiology and a Review. *Ann Vasc Dis.* 2022 Mar 25;15(1):1-7.

RỐI LOẠN NỘI TIẾT Ở TRẺ THALASSEMIA THỂ NẶNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÙNG TÂY NGUYÊN

Trần Thị Thúy Minh¹, Huỳnh Phú Phong¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thalassemia là bệnh lý huyết tán di truyền phổ biến ở trẻ em. Những thập kỷ gần đây, với nỗ lực điều trị và quản lý bệnh, tỷ lệ tử vong đã giảm đáng kể, tuy nhiên rối loạn nội tiết và biến chứng tim mạch vẫn là những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh lý này. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tỷ lệ rối loạn nội tiết ở trẻ thalassemia nặng và các yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích tiền cứu trên 79 trẻ dưới 16 tuổi mắc thalassemia thể nặng ở Bệnh Viện đa khoa Vùng Tây Nguyên, Việt Nam. Từ tháng 4-6/2024. Thu thập thông tin qua khám lâm sàng, xét nghiệm ferritin, T4, TSH, Hb, glucose lúc đói, XQ xương cổ tay không thuận. **Kết quả:** nghiên cứu 46 trẻ nam và 33 trẻ nữ, tuổi trung bình là 8,6±3,9 tuổi, đa phần là β thalassemia và β thalassemia/HbE. 13,9% đã cắt lách, suy giáp 0%, tiểu đường 5,1%, rối loạn glucose lúc đói 10,1%, chậm dậy thì 83,3%, chậm phát triển tuổi xương 62,0%, thấp còi 79,7%. Hb trung bình trước truyền máu 6,8±1,4g/dL, thời gian điều trị trung bình 7,4±3,8 năm. Thời gian điều trị trung bình cao hơn, Hb trung bình trước truyền máu thấp hơn ở nhóm tiểu đường và rối loạn glucose lúc đói ($p<0,05$). **Kết luận:** tỷ lệ rối loạn nội tiết của bệnh nhân thalassemia nặng còn cao. Cần có một chiến lược quản lý hợp lý, tái sắt tích cực, tầm soát các bệnh nội tiết ở bệnh nhân thalassemia thể nặng tại Bệnh viện đa khoa Vùng Tây Nguyên.

Từ khóa: thalassemia, rối loạn nội tiết, trẻ em.

SUMMARY

ENDOCRINE DISORDERS IN CHILDREN WITH THALASSEMIA MAJOR AT THE TAY NGUYEN GENERAL HOSPITAL

Background: Thalassemia is a common hereditary hemolytic disease in children. In recent decades, with efforts to treat and manage this disease, mortality rates have decreased significantly, however, endocrine disorders and cardiovascular complications are still the leading causes of mortality and death. **Objective:** to determine rate of endocrine disorders in children with thalassemia major and related factors. **Methods:** A Cross-sectional study with prospective analysis on 79 children under 16 years old with thalassemia major at the Tay Nguyen general hospital, Vietnam. From April to June 2024, Information was collected through clinical examination, ferritin, T4, TSH, Hb, impaired fasting glucose, and bone age determination by X-ray of the

non-dominant wrist. **Results:** A total of 46 boys and 33 girls with an average age of 8.6±3.9 years old. Most of them were β thalassemia and β Thalassemia/HbE. 13.9% had splenectomy, hypothyroidism 0%, diabetes mellitus 5.1%, impaired fasting glucose 10.1%, delayed puberty 83.3%, delayed bone age development 62.0%, stunting 79.7%. Average Hb before blood transfusion 6.8±1.4g/dL, average treatment time 7.4±3.8 years. There is a strong positive correlation between SGPT, SGOT and serum ferritin levels. The average treatment time higher, the average Hb before transfusion lower in the diabetes mellitus and impaired fasting glucose groups ($p<0.05$). **Conclusion:** The rate of endocrine disorders in thalassemia patients is still high. There needs to be a reasonable strategy for active management, iron chelation, and screening endocrine diseases in thalassemia major patients at Tay Nguyen general hospital. **Keywords:** thalassemia, endocrine disorders, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia là bệnh lý tán huyết di truyền phổ biến nhất ở trẻ em. Hiện nay, nước ta có khoảng trên 12 triệu người mang gen bệnh và có trên 20.000 người bệnh mức độ nặng. Trong thời gian vừa qua, tỷ lệ bệnh nhân được quản lý, điều trị tích cực có chiều hướng tăng. Tuy nhiên, biến đổi tim mạch và rối loạn nội tiết vẫn là biến chứng thường gặp trong thalassemia nặng. Rối loạn nội tiết trong thalassemia nặng là một biến chứng phổ biến. Bao gồm: thấp còi, suy giáp, suy cận giáp, chậm dậy thì, tiểu đường, suy sinh dục... Việc phát hiện sớm các biến chứng này giúp cải thiện điều trị, giảm tử vong và tăng chất lượng cuộc sống. Tại Bệnh viện đa khoa Vùng Tây Nguyên, hàng năm có khoảng trên 1500 lượt bệnh nhân thalassemia thể nặng. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm mục tiêu: Xác định tỷ lệ các biến chứng rối loạn nội tiết và các yếu tố liên quan đến rối loạn nội tiết ở bệnh nhân thalassemia thể nặng nhằm rút kinh nghiệm và làm cơ sở lập kế hoạch trong việc điều trị rối loạn nội tiết ở những bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi thalassemia thể nặng điều trị tại khoa nhi Tổng hợp, Bệnh viện vùng Tây Nguyên từ 01/04/2024 đến 30/05/2024.

Chẩn đoán thalassemia dựa vào: Sinh học phân tử xác định tổn thương gen α hoặc β thalassemia trên nhiễm sắc thể thứ 16 hoặc 11, hoặc điện di Hb: HbA₁ giảm, HbF tăng, HbA₂

¹Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Minh

Email: drtranthuyminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.8.2024

Ngày duyệt bài: 28.8.2024