

khai báo y tế... (nhân viên làm việc ngoài trời) hay nhân viên xử lý mẫu, phân tích mẫu trong phòng thí nghiệm... (nhân viên làm việc trong phòng xét nghiệm).

- Sự tăng nhiệt độ bên trong quần áo chống dịch khi mặc so với nhiệt độ bên ngoài của quần áo chống dịch làm tăng thêm gánh nặng thể lực và gánh nặng nhiệt ở nhân viên y tế, cán bộ phòng chống dịch

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cotter J.D. and Taylor N.A.S. (2005). The

distribution of cutaneous sudomotor and alliesthesial thermosensitivity in mildly heat-stressed humans: an open-loop approach. *J Physiol*, 565(Pt 1), 335–345.

2. DuBois A.B., Harb Z.F., and Fox S.H. (1990). Thermal discomfort of respiratory protective devices. *Am Ind Hyg Assoc J*, 51(10), 550–554.

3. Laird I.S., Goldsmith R., Pack R.J. and Vitalis A.. (2002). The effect on heart rate and facial skin temperature of wearing respiratory protection at work. *Ann Occup Hyg*, 46(2), 143–148.

4. Parsons KC. (2010). Human thermal environments. 2nd edn. London, UK: Taylor & Francis

TỔNG QUAN VỀ CÁC THANG ĐIỂM LÂM SÀNG TRONG CHẨN ĐOÁN VA QUÁ PHÁT Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Phương Loan¹, Phạm Thị Bích Đào²

TÓM TẮT

VA quá phát là bệnh lý thường gặp ở trẻ em ước tính khoảng 49,70%¹. Chẩn đoán VA quá phát ở trẻ em gặp nhiều khó khăn trong quá trình thăm khám do trẻ không hợp tác. Một số trường hợp phải gây mê để đánh giá tình trạng VA và xác định phương án xử trí. Nhiều tác giả đã nghiên cứu các thang điểm lâm sàng để đánh giá mức độ VA quá phát. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021 về tổng quan luận điểm các tài liệu khoa học được xuất bản trên thế giới với mục tiêu: tổng hợp các thang điểm lâm sàng chẩn đoán VA quá phát hiện có và nhận xét kết quả của các thang điểm này. Kết quả đạt được: có 10 bài báo toàn văn về thang điểm lâm sàng chẩn đoán VA quá phát đạt tiêu chuẩn. Thang điểm Kappa score với độ chính xác là 86,9%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là: ngủ ngáy 8/10; sau đó là thở miệng 7/10; ngừng thở khi ngủ 6/10; khó thở khi ngủ 3/10; giọng mũi kín 3/10; triệu chứng ban ngày 3/10; viêm tai giữa tái diễn 2/10; viêm mũi họng tái diễn 2/10; chảy mũi thường xuyên 2/10. 7/10 bài báo có thang điểm chia mức độ VA quá phát; 3/10 bài báo chấm điểm triệu chứng lâm sàng. 4 thang điểm có mối tương quan với XQ sọ bên $p < 0,05$, 3 thang điểm tương quan với nội soi tai mũi họng $p < 0,05$, 3 thang điểm đánh giá độ nhạy và đặc hiệu so với nội soi mũi lần lượt là 22%-71% và 88% -100%.

Từ khóa: tổng quan luận điểm, VA quá phát, điểm triệu chứng lâm sàng.

SUMMARY

SCOPING REVIEW: CLINICAL SYMPTOMS

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Loan

Email: phuongloan1192@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.7.2021

Ngày duyệt bài: 9.8.2021

SCORE FOR DIAGNOSIS ADENOID HYPERTROPHY IN CHILDREN

Adenoid hypertrophy is a common disease in children and with an estimated rate of 49.70%. Diagnosis of adenoid hypertrophy in children faces many difficulties during examination because they are scared. In some cases, anesthesia is required to assess the grade of adenoid. Many authors have studied on clinical symptoms score to diagnose adenoid hypertrophy. We conducted a scoping review from researches in the world until 06/2021 with objectives synthesize the clinical symptoms scores is available and comment on the result of studies. The result show that 15 studies were selected. The common clinical symptoms are: snoring 8/10; mouth breathing 7/10; sleep apnea 6/10; difficulty breathing while sleeping 3/10; hyponasalality 3/10; daytime symptoms 3/10; recurrent otitis media 2/10; recurrent nasopharyngitis 2/10; discharge nose 2/10. 5/7 studies had a statistically significant correlation with lateral skull X-ray, 3 studies had a high correlation with nasal endoscopy, 3 studies assessed the sensitivity and specificity as 22%-78% and 88%-100%.

Keywords: adenoid hypertrophy, clinical symptom score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VA quá phát là một trong những nguyên nhân chính gây viêm nhiễm tái diễn ở trẻ em trên mức độ cộng đồng và gây nhiều biến chứng toàn thân ảnh hưởng lâu dài tới cả thể chất và tinh thần trẻ. Chẩn đoán VA quá phát hiện nay sử dụng 3 phương pháp chính là nội soi mũi, XQ sọ bên và đánh giá lâm sàng. Nội soi mũi được coi là tiêu chuẩn vàng tuy nhiên các bác sĩ thường gặp khó khăn do trẻ không hợp tác khi thăm khám. Nghiên cứu của tác giả Torretta² trên 900 bác sĩ tai mũi họng tại Ý cho thấy 64 % phải sử dụng các biện pháp để kiềm chế trẻ, 22% bác sĩ

căng gây mê để thực hiện nội soi. XQ sọ bên lại mang đến nguy cơ nhiễm tia xạ cho trẻ và thường không có sẵn. Do đó, nhiều tác giả đã nghiên cứu các thang điểm lâm sàng chẩn đoán VA quá phát là phương pháp không xâm lấn, dễ dàng áp dụng ở trẻ em. Chính vì vậy, với mong muốn giúp cho bác sĩ lâm sàng có thêm cách nhìn đa chiều về các phương pháp chẩn đoán VA quá phát, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Tổng hợp các thang điểm lâm sàng hiện có để chẩn đoán VA quá phát và nhận xét kết quả các thang điểm này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các nghiên cứu về chẩn đoán VA quá phát có chấm điểm triệu chứng lâm sàng, đánh giá kết quả bằng nội soi mũi và hoặc XQ sọ bên. Các nghiên cứu ở trẻ em. Các nghiên cứu được xuất bản bằng tiếng Anh, tiếng Việt và đọc được toàn văn. Tiêu chuẩn loại

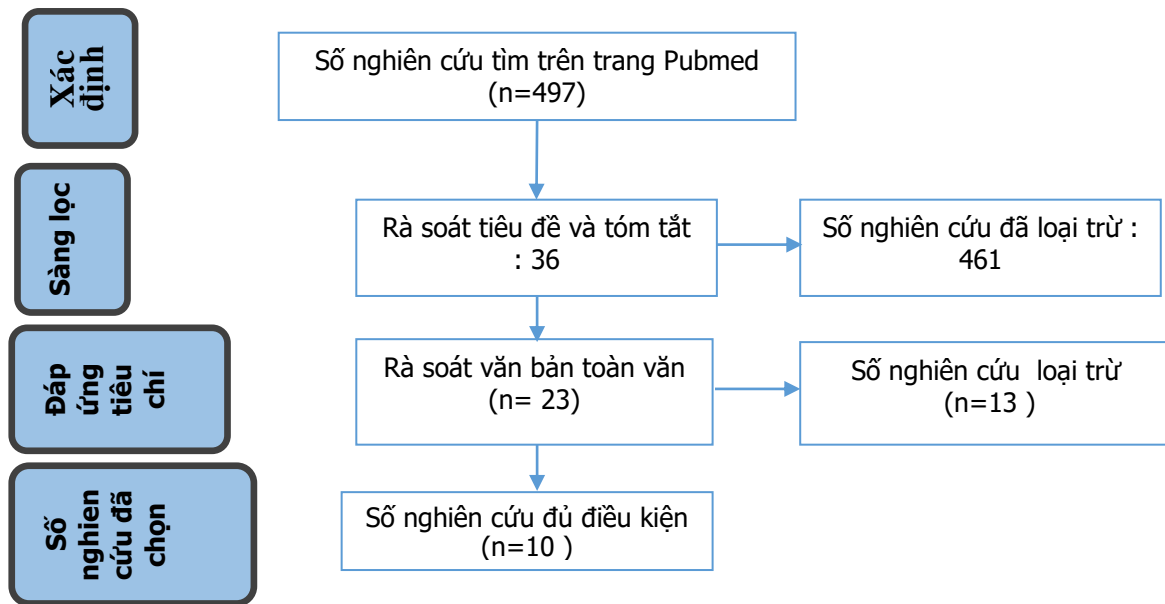
trừ là những nghiên cứu ở trẻ Amydal lớn hơn độ II, có nguyên nhân gây ngạt mũi khác, nghiên cứu không đọc được toàn văn.

2.2. Nguồn cơ sở dữ liệu. Chúng tôi thực hiện tìm kiếm từ tháng 11/2020 đến tháng 6/2021 như sau:

- Thư Viện Đại Học Y Hà Nội với từ khóa: "VA quá phát" AND "chẩn đoán lâm sàng".

- Trên cơ sở dữ liệu y học trực tuyến Pudmed và Cochrane với từ khóa tìm kiếm: "Adenoid hypertrophy" AND "clinical diagnosis" OR "clinical score"

2.2.3 Quản lý và lựa chọn dữ liệu và trích xuất dữ liệu. Các nghiên cứu tìm được được đọc tiêu đề và tóm tắt theo tiêu chí lựa chọn tìm ra nghiên cứu toàn văn để chọn các nghiên cứu phù hợp: tên tác giả, năm xuất bản, địa điểm, tên nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu, tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, kết quả.



Hình 2.1 Sơ đồ chi tiết quá trình lựa chọn và loại trừ các bài báo vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm các bài báo trong nghiên cứu. Qua tìm kiếm trực tuyến trên hệ thống cơ sở dữ liệu của Pubmed, cochrane và Thư viện Trường đại học Y Hà Nội chúng tôi thu được 497 bài báo đưa vào nghiên cứu, sàng lọc - loại trừ đã thu được 10 bài báo trên 1775 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chí. Các nghiên cứu được công bố từ năm 1982- 2019. Bao gồm: 8/10 nghiên cứu tiến cứu, 2/10 nghiên cứu cắt ngang. Trong đó có 3/10 nghiên cứu đánh giá giá trị của thang điểm triệu chứng lâm sàng, 7/10 nghiên cứu xác

định mối tương quan so với các phương pháp chẩn đoán khác.

3.2. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Về tuổi: Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là từ 3 tuổi đến 11,8 tuổi; nhóm tuổi thường gặp nhất là khoảng 1 tuổi đến 5 tuổi. 3/10 nghiên cứu có mối tương quan giữa tuổi và mức độ VA quá phát.

Về giới: Tỷ lệ nam giới trong các nghiên cứu thu được từ 53,3% đến 65,6%.

3.3 Đặc điểm của các thang điểm lâm

sàng. Triệu chứng thường gặp nhất trong các nghiên cứu là: ngủ ngáy 8/10; sau đó là thở miệng 7/10; ngừng thở khi ngủ 6/10; khó thở khi ngủ 3/10; âm mũi kín 3/10; triệu chứng ban ngày 3/10; viêm tai giữa tái diễn 2/10; viêm mũi họng tái diễn 2/10; chảy mũi thường xuyên 2/10.

Ngủ ngáy là triệu chứng có tương quan tốt nhất với mức độ hẹp đường thở trên XQ. 7 nghiên cứu đánh giá mức độ quá phát VA.3 nghiên cứu chỉ chấm điểm triệu chứng lâm sàng. Các thang điểm triệu chứng lâm sàng được mô tả cụ thể trong bảng dưới đây.

Bảng 3.1 Các thang điểm lâm sàng chẩn đoán VA quá phát.

Tên tác giả/ năm nghiên cứu	Các triệu chứng lâm sàng	Thang điểm
Crepeau 1982	Nhóm 3 triệu chứng chính: thở miệng, ngáy, ngạt mũi mãn tính Nhóm 3 triệu chứng phụ: viêm đường hô hấp trên tái diễn, viêm tai giữa tái diễn, nói giọng mũi kín	1 điểm: không triệu chứng 2 điểm: không triệu chứng chính, ≥ 1 triệu chứng phụ; 3 điểm: 1 triệu chứng chính (có hoặc không triệu chứng phụ) 4 điểm: 2 triệu chứng chính 5 điểm: 3 triệu chứng chính
Bitar 2006	5 triệu chứng: thở miệng, ngưng ngáy, ngủ trằn trọc, thường xuyên tỉnh giấc đêm, ngừng thở khi ngủ.	Mỗi triệu chứng 1 điểm, tổng 5 điểm. Điểm triệu chứng > 3 gợi ý VA quá phát che lấp đường thở vừa đến nặng
ORji 2008	3 triệu chứng: ngáy, thở miệng, ngừng thở khi ngủ. Chấm điểm: không có: 0 điểm, nhẹ 1 điểm, trung bình 2 điểm, nặng 3 điểm.	tổng 1-9 điểm, chia thành 3 mức độ Nhẹ: 1-3 điểm Vừa: 4-6 điểm Nặng: 6-9 điểm
Taiwo 2016	6 triệu chứng: ngạt mũi, thở ồn ào, Thở miệng, ngáy, chảy nước mũi, buồn ngủ vào ban ngày, Kém phát triển.	Tổng điểm 13, chia 3 mức độ <6 gợi ý tắc nghẽn đường thở nhẹ 6-9 tắc nghẽn đường thở vừa >9 tắc nghẽn đường thở nghiêm trọng
Paradise 1998	Chỉ số tắc nghẽn mũi NOI gồm: thở miệng, giọng mũi kín. Đánh giá ở 4 mức độ: bình thường, nhẹ, vừa, nặng.	Kết quả là: 1 điểm: bình thường 2.5 điểm: VA quá phát nhẹ 4 điểm: quá phát nặng
Torreta 2011	NOI	Như trên
Wormald 1992	6 triệu chứng: thở miệng khi thức, thở ồn ào khi thức, thở miệng khi ngủ, ngáy khi ngủ, ngủ không yên giấc hoặc khó thở khi ngủ, ngừng thở khi ngủ.	Mỗi triệu chứng 1 điểm, tổng là 6 điểm.
Shervin sharifkashani 2015	3 triệu chứng: khó thở khi ngủ D, Ngưng thở khi ngủ A, Ngáy S Điểm của bệnh nhân = 1,42D+ 1,41A +0,71S- 3,83	Chia làm 3 mức độ VA quá phát : Nhẹ: ≤ -1 điểm Vừa: -1 đến 3,5 điểm Nặng: > 3,5 điểm
Moideen 2019	6 triệu chứng ban ngày: trẻ kém phát triển, nhẹ cân, nói giọng mũi kín, thở miệng thường xuyên, viêm mũi họng tái diễn, buồn ngủ. 2 triệu chứng ban đêm: ngưng thở khi ngủ, ngủ ngáy.	Tổng điểm 0-10. Chia làm 4 mức độ: độ 1 (0 đến 2 điểm): nhẹ. độ 2 (3 đến 5 điểm): trung bình độ 3 (6-7 điểm): trung bình đến nặng độ 4 (8-10 điểm): nặng.
Kugelman 2019	5 triệu chứng: ngáy, giọng mũi kín, số lần dừng thở hoặc tỉnh giấc đêm, số ngày chảy mũi trong tuần, tần suất viêm tai giữa.	Các triệu chứng được chấm từ 1-4 điểm, tổng điểm là 5-20 điểm.

3.4. Kết quả nghiên cứu các thang điểm lâm sàng. Đánh giá kết quả của thang điểm dựa trên so sánh với các phương pháp chẩn đoán khác, cụ thể là 4 nghiên cứu so sánh với XQ sọ bên, 3 nghiên cứu so sánh với nội soi tai mũi họng, 3 nghiên cứu so sánh với cả XQ sọ

bên và nội soi tai mũi họng.

Bốn nghiên cứu có mối tương quan với XQ sọ bên như sau. Hai nghiên cứu của Bitar và Taiwo đều thu được điểm triệu chứng tương quan với mức độ tắc nghẽn đường thở trên chụp XQ sọ bên $p < 0,05$. Nghiên cứu của Crepeau cho rằng

có mối tương quan nghịch giữa kích thước AA trên phim XQ sọ bên và số lượng triệu chứng, hay đường thở càng hẹp điểm triệu chứng càng cao $p < 0,001$. Nghiên cứu ORji điểm triệu chứng tương quan đáng kể với mức độ tắc nghẽn đường thở trên xq cổ bên $r = 0,419$, $p < 0,001$.

Ba nghiên cứu đánh giá giá trị của thang điểm so với nội soi mũi kết quả như sau: Toretta và cộng sự nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân nhiều nhất là 1033 cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của NOI tùy thuộc vào ngưỡng lần lượt là 22%, 88%; UAC là 0,7% ở tất cả các ngưỡng. Paradise và cộng sự cho kết quả độ nhạy 78%

khi điểm NOI đạt mức thấp nhất là 1,5 và độ đặc hiệu 93-100% khi NOI đạt 2,5- 4 điểm. Độ nhạy và độ đặc hiệu nhiều biến nên thay đổi ngược chiều nhau. Woldman cho thấy độ nhạy 96% và độ đặc hiệu 90%, PVC 92% và NVC 90%.

Ba nghiên cứu đánh giá kết quả bởi cả XQ và nội soi mũi như sau. Moideen điểm triệu chứng tương quan với XQ sọ bên $p < 0,05$ và cả nội soi $p < 0,001$. Shervin sharaki thang điểm tương quan với nội soi $p < 0,001$ không tương quan với XQ $p > 0,05$. Nirkugelman điểm triệu chứng có mối tương quan với nội soi mũi $r = 0,462$ $p < 0,05$ nhưng không tương quan với XQ $r = -0,05$, $p > 0,05$.

Bảng 3.2 Kết quả các thang điểm lâm sàng chẩn đoán VA quá phát

Tên tác giả / Năm nghiên cứu	Quốc gia	Thiết kế nghiên cứu	Tuổi trung bình/ Tỷ lệ giới nam	Cỡ mẫu N	Phương pháp đánh giá kết quả	Kết quả về mối tương quan	Độ nhạy / độ đặc hiệu %	NPV/ PPV %
Crepeau 1982	Canada	Cắt ngang	None None	100	-XQ AA	$r = 0,39$; $p < 0,001$		
Bitar 2006	Lebanon	Tiến cứu	4,25 59,3	154	-XQ cohen konak -Giới hạn glazel	$p < 0,05$ $p < 0,001$		
ORji 2008	Nigeria	Tiến cứu	None 65,6	64	XQ A/N	$r = 0,419$ $p < 0,001$		
Taiwo 2016	Nigeria	Cắt ngang	3,0±2,3 67,8	90	XQ A/N	$p < 0,05$		
Paradise 1998	Mỹ	Tiến cứu	None	86	Nội soi mũi		78/ 90-100	86-100/ 80-86
Toretta 2011	Italy	Cắt ngang	5,4 53,3	1033	Nội soi mũi		22-88	
Wormald 1992	Nam Phi	Tiến cứu	4,71 60,8	74	Nội soi mũi	$r = 0,85$; $p < 0,001$	96/90	92/90
Shervin sharifkashani 2015	Iran	Tiến cứu	11,8±2,79 56,6	90	-XQ cohen konak -Nội soi mũi	$p > 0,05$ $p < 0,001$		
Moideen 2019	Ấn độ	Tiến cứu	None 54,1	48	-XQ A/N -nội soi mũi	$p < 0,005$. $p < 0,001$		
Kugelman 2019	Israel	Tiến cứu	5,33 58,3	36	-XQ A/N -Nội soi mũi	$r = -0,05$ $p > 0,05$ $R = 0,462$; $P = 0,05$		

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về đối tượng trong nghiên cứu. Tiêu chuẩn lựa chọn của các nghiên cứu rõ ràng tuy nhiên chỉ 4 bài báo loại trừ các nguyên nhân khác gây tắc nghẽn mũi và 2 bài báo loại trừ amidan quá phát từ độ 3 nên có thể dẫn đến các sai lệch về kết quả. Độ tuổi thường gặp trong nghiên cứu là trẻ 1-5 tuổi, tương ứng kết quả của Pagella từ 1-7 tuổi đặc biệt ở VA độ III-IV³. Điều này phù hợp với sự phát triển VA ở trẻ em từ 7 tháng đến 6 tuổi, sau đó 6-7 tuổi thoái triển dần. Tỷ lệ nam giới chiếm 53-65% tỷ lệ giới

tính của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Prestes L 2009⁴ nam giới chiếm 60,78%.

4.2. Các thang điểm lâm sàng. Các triệu chứng thường gặp nhất là thở miệng, ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ tương ứng với thang điểm của tác giả ORji 2008, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Kingderman⁵ từng triệu chứng trên có mối tương quan với nội soi $p < 0,001$. 7 nghiên cứu có thang điểm lâm sàng chia độ quá phát VA nhẹ, vừa, nặng. chúng tôi cho rằng các thang điểm này đều có thể áp dụng trên thực hành lâm sàng.

4.3. Kết quả các thang điểm. Theo kết quả nghiên cứu, các thang điểm lâm sàng đều có mối tương quan ý nghĩa với XQ sọ bên và hoặc nội soi mũi, tuy nhiên độ chính xác của các thang điểm lâm sàng không được chứng minh rõ ràng do sự đa dạng của các phương pháp đánh giá, cỡ mẫu khác nhau, các biến triệu chứng thay đổi. Trong đó, hai bài báo sử dụng thang điểm NOI có nhược điểm là chỉ đánh giá triệu chứng ban ngày mà bỏ qua triệu chứng ban đêm rất có ý nghĩa ở trẻ. Bên cạnh đó, chúng tôi nhận định rằng VA quá phát là một bệnh ít rủi ro cấp tính và nội soi chẩn đoán thường có sẵn nên độ nhạy thấp 22-78% chấp nhận được bởi cùng với đó độ âm tính giả cao hơn; độ đặc hiệu cao >88% cho thấy độ tin cậy của thang điểm, vì vậy có thể sử dụng thang điểm lâm sàng như 1 test sàng lọc bệnh.

Khi so sánh các nghiên cứu được lựa chọn, có một số hạn chế còn tồn tại. Đầu tiên, các nghiên cứu đã sử dụng 2 phương pháp đánh giá kết quả, kể cả khi sử dụng tiêu chuẩn vàng là nội soi tai mũi họng nhưng quy trình cũng không được chuẩn hóa. Thứ hai, chỉ có 3/10 nghiên cứu đánh giá giá trị của các thang điểm lâm sàng. Cuối cùng, vì thiết kế nghiên cứu là tổng quan luận điểm, nên chúng tôi không đánh giá chất lượng của các bài báo đầu vào. Mặc dù vậy, các thang điểm lâm sàng đều đơn giản, cách chấm điểm kết quả rõ ràng nên dễ dàng áp dụng ở tuyến y tế cơ sở nhằm chẩn đoán sàng lọc bệnh trong cộng đồng và chỉ định phẫu thuật cho VA độ III, IV.

V. KẾT LUẬN

Các thang điểm lâm sàng trong nghiên cứu cho thấy 3 triệu chứng thường gặp nhất là thở miêng, ngủ ngáy, ngừng thở khi ngủ. Thang điểm lâm sàng có mối tương quan với nội soi mũi hơn Xq sọ bên, nhất là ở trẻ VA quá phát độ III, IV. Có thể áp dụng các thang điểm lâm sàng để chẩn đoán sàng lọc VA quá phát độ III, IV trong cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pereira L, Monyror J, Almeida FT, et al.** Prevalence of adenoid hypertrophy: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2018;38:101-112. doi:10.1016/j.smr.2017.06.001
2. **Torretta S, Marchisio P, Succo G, Capaccio P, Pignataro L.** Nasopharyngeal fiberoendoscopy in children: a survey of current Italian pediatric otolaryngological practices. *Ital J Pediatr.* 2016;42:24. doi:10.1186/s13052-016-0234-y
3. **Pagella F, De Amici M, Pusateri A, et al.** Adenoids and clinical symptoms: Epidemiology of a cohort of 795 pediatric patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015;79 (12):2137-2141. doi:10.1016/j.ijporl.2015.09.035
4. **Prestes L, Neto G, Camera M.** Adenotonsillectomy effect on the life quality of children with adenotonsillar hyperplasia. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2009;13.
5. **Kindermann CA, Roithmann R, Lubianca Neto JF.** Sensitivity and specificity of nasal flexible fiberoptic endoscopy in the diagnosis of adenoid hypertrophy in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2008;72(1):63-67. doi:10.1016/j.ijporl.2007.09.013

U KÝ SINH TRÙNG (SÁN DÂY LỢN) TRONG CƠ THẤT PHẢI - NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Phạm Hữu Lư^{1,2}, Hoàng Trọng Hải², Dương Hoàng Long²,
Phan Thùy Chi^{1,2}, Nguyễn Tùng Sơn², Nguyễn Sỹ Lánh²,
Phạm Hữu Khuyên², Phùng Duy Hồng Sơn², Khổng Tiến Bình²,
Phạm Tiến Quân², Nguyễn Hữu Ước^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh kí sinh trùng là một bệnh thường gặp ở các nước nhiệt đới. Bệnh này có thể có gây tổn thương ở nhiều cơ quan trong cơ thể trong đó có biểu hiện ở tim. Tim là cơ quan có thể bị ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp, bệnh có thể biểu hiện ở cơ tim

hoặc màng tim. Trong y văn có một số bài báo mô tả thương tổn ở tim do kí sinh trùng nhưng chỉ dừng lại ở những thông báo lâm sàng nhiễm ký sinh trong trong đó có bệnh tim do sán dây lợn. Tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức: Chúng tôi thông báo trường hợp lâm sàng hiếm gặp về bệnh nhiễm sán dây lợn trong cơ thất phải đã được chẩn đoán và xử trí. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả ca lâm sàng về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí cho loại tổn thương này. Trường hợp lâm sàng: Bệnh nhân nữ 51 tuổi, vào viện do khám sức khỏe định kỳ phát hiện khối u vách liên thất trong buồng tâm thất phải, bệnh nhân được chẩn đoán u cơ tim và có chỉ định sinh thiết nhưng trong quá trình sinh thiết có biến chứng thủng thành cơ tim, bệnh nhân được chỉ định phẫu

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 31.7.2021

Ngày duyệt bài: 9.8.2021