

Functional endoscopic sinus surgery and 109 mycetomas of paranasal sinuses. The laryngoscope, 107 (10), 112 – 117.

9. **Seo Y-J, Kim J et al** (2011). Radiologic characteristics of sinonasal fungus ball: An analysis

of 119 cases. Acta Radiologica, 52 (7), 790-5.

10. **Jiang R-S, Huang W-C, Liang K-L** (2018). Characteristics of sinus fungus ball: A unique form of rhinosinusitis. Clinical Medicine Insights: Ear, Nose and Throat, 11, 1179550618792254.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP BẰNG PHƯƠNG PHÁP MIỄN DỊCH HÓA PHÁT QUANG PHÂN TÁCH BẰNG VI HẠT TỬ Ở THAI PHỤ TRONG BA THÁNG ĐẦU THAI KỲ

Lê Phú Quý¹, Nguyễn Thanh Trâm², Nguyễn Minh Phương², Nguyễn Phương Dung¹, Trần Thị Thanh Loan²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp bằng phương pháp miễn dịch hóa phát quang phân tích tách bằng vi hạt tử ở thai phụ ba tháng đầu thai kỳ và khảo sát một số yếu tố liên quan với tuyến giáp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 251 phụ nữ mang thai 3 tháng đầu đến khám tại Bệnh viện quận Phú Nhuận, TP.HCM từ 1/2023 đến 10/2023. Thai phụ mang thai 3 tháng đầu thai kỳ được xét nghiệm định lượng FT4 và TSH huyết thanh. **Kết quả:** Tỷ lệ RLNTG trong ba tháng đầu thai kỳ là 16.4%. Các triệu chứng có liên quan tới rối loạn chức năng tuyến giáp trong ba tháng đầu thai kỳ (hồi hồi và nhịp tim nhanh có liên quan tới cường giáp lần lượt: $p < 0.001$ và $p = 0.002$; táo bón liên quan tới suy giáp thai kỳ $p = 0.019$). **Kết luận:** Rối loạn chức năng tuyến giáp 3 tháng đầu thai kỳ là khá phổ biến và có liên quan đến hồi hộp, nhịp tim nhanh và táo bón. **Từ khóa:** Rối loạn chức năng tuyến giáp, 3 tháng đầu thai kỳ.

SUMMARY

STUDY OF SOME THYROID FUNCTIONS USING THE IMMUNOCHEMILUMINESCENCE METHOD WITH MAGNETIC MICROPARTICLE SEPARATION IN PREGNANT WOMEN DURING THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY

Objective: Determine the rate of thyroid dysfunction using the immunochemiluminescence method of magnetic microparticle separation in pregnant women in the first trimester of pregnancy and survey some factors related to the thyroid gland. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 251 pregnant women in the first 3 months of pregnancy examined at Phu Nhuan District Hospital, Ho Chi Minh City from January 2023 to October 2023.

¹Trường Đại học Quốc Tế Hồng Bàng

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thanh Loan

Email: ttthanhloan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024

Pregnant women in the first 3 months of pregnancy are tested to quantify serum FT4 and TSH. **Results:** The rate of thyroid dysfunction in the first three months of pregnancy is 16.4%. Symptoms associated with thyroid dysfunction in the first trimester of pregnancy (palpitations and tachycardia were associated with hyperthyroidism: $p < 0.001$ and $p = 0.002$; constipation was associated with hypothyroidism pregnancy $p = 0.019$). **Conclusion:** Maternal thyroid disorders during the first trimester of pregnancy is common and it is related with palpitations, tachycardia and constipation.

Keywords: Thyroid dysfunction, first 3 months of pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có khoảng 5-10% phụ nữ mang thai mắc bệnh lý rối loạn chức năng tuyến giáp, đây là bệnh lý quan trọng đứng thứ hai sau bệnh lý đái tháo đường thai kỳ. Vì vậy cần nghiên cứu chi tiết để giảm thiểu tác động tiêu cực đến sức khỏe của mẹ và thai nhi. Thể tích tuyến giáp ở phụ nữ mang thai tăng 10% ở những vùng có đủ iod và 20-40% ở những vùng địa lý thiếu iod [8]. Sự thiếu hụt iod là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra các bệnh lý rối loạn chức năng tuyến giáp ở phụ nữ mang thai và ở thai nhi [6]. Do đó việc cung cấp iod là rất quan trọng và cần thiết để giảm thiểu biến chứng cho mẹ và thai nhi.

Từ tuần lễ thứ 10-12 của thai kỳ [6] thai nhi thu nạp iod và tổng hợp hormone tuyến giáp. Vì vậy, trong ba tháng đầu thai nhi phải phụ thuộc hoàn toàn vào lượng hormone của mẹ cung cấp qua bánh nhau, đây lại là thời kỳ rất quan trọng hình thành và phân chia các cơ quan của thai nhi nên nếu bị thiếu hụt hormone tuyến giáp sẽ gây ra các biến chứng nặng nề như: thai dị tật bẩm sinh, sinh non, thiếu máu, tiền sản giật, nhau bong non, thai chậm phát triển, suy tim, tăng tỷ lệ sảy thai.

Tình hình chung tại Việt Nam hiện nay chưa có thống kê đầy đủ về tình trạng rối loạn chức

năng tuyến giáp trong thai kỳ và chưa thống nhất về sử dụng phương pháp lượng giá nồng độ hormone tuyến giáp trong huyết thanh cũng như chưa có giá trị giới hạn tiêu chuẩn nào của hormone tuyến giáp cũng như TSH theo từng tam cá nguyệt để chẩn đoán. Thêm vào đó các nghiên cứu về rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ còn hạn chế và chưa toàn diện.

Chính vì vậy nghiên cứu về "Khảo sát một số chức năng tuyến giáp bằng phương pháp miễn dịch hóa phát quang phân tách bằng vi hạt từ ở thai phụ ba tháng đầu thai kỳ" nhằm đánh giá thực trạng rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ, tìm ra những yếu tố nguy cơ nhằm hỗ trợ cho việc chẩn đoán, giúp cho công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản được tốt hơn. Với câu hỏi nghiên cứu "Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở phụ nữ mang thai trong ba tháng đầu tại Bệnh viện Quận Phú Nhuận là bao nhiêu và các yếu tố nào liên quan tới rối loạn chức năng tuyến giáp".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Phụ nữ mang thai trong ba tháng đầu thai kỳ đến khám tại Bệnh viện Quận Phú Nhuận, TP.HCM từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Phụ nữ mang thai; tuổi thai từ 6 tuần tới 13 tuần; đơn thai; tuổi thai phụ ≥ 18 tuổi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ bị các bệnh hay các vấn đề về sức khỏe cần phải xử trí ngay nếu không sẽ ảnh hưởng đến người mẹ và thai nhi như: sốt siêu vi, viêm hô hấp cấp; thai phụ bị suy tim, suy gan, suy thận, bệnh nguyên bào nuôi, đã được chẩn đoán và đang điều trị suy giáp hoặc cường giáp; đang dùng thuốc: corticoid, lithium, amiodaron.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu: Được tính dựa vào công thức xác định tỉ lệ với độ chính xác tuyệt đối:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với n là cỡ mẫu tối thiểu, với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) thì $Z^2_{1-\alpha/2} = (1.96)^2$; d là độ sai số cho phép, ở nghiên cứu này chúng tôi chọn $d = 0,05$; Dựa theo nghiên cứu của tác giả Thái Quang Hùng (2017), "Khảo sát tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp trên thai phụ tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương" [1] chọn p ước lượng là 0,206. Từ công thức tính được $n = 251$.

2.3. Nội dung nghiên cứu: Tất cả thai phụ tới khám thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ. Sau đó, các thai

phụ sẽ được lấy máu làm xét nghiệm định lượng FT4, TSH huyết thanh. Những thai phụ có RLCNTG sẽ được tư vấn khám chuyên khoa nội tiết và khám thai định kỳ. Tiêu chuẩn chẩn đoán RLCNTG trong ba tháng đầu thai kỳ theo Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) năm 2011 và nghiên cứu của Li C năm 2014 [38].

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn chức năng tuyến giáp trong 3 tháng đầu thai kỳ [19]

RLCNTG	TSH (mUI/L)	FT4 (ng/dL)
Tăng nồng độ TSH	>2.5	
Suy giáp dưới lâm sàng	$2.5 < TSH < 10$	Bình thường
Suy giáp lâm sàng	>2.5	Giảm (<0.96)
	>10	Bình thường hoặc giảm
Giảm nồng độ TSH	<0.1	
Cường giáp dưới lâm sàng	<0.1	Bình thường
Cường giáp lâm sàng	<0.1	Tăng (>1.63)

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu thu thập được bằng phiếu thu thập sẽ được kiểm tra và phân tích thống kê bằng chương trình SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng chấp thuận thông qua quyết định số: 71/PCT – HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023, thu thập 260 thai phụ tới khám tại Bệnh viện Quận Phú Nhuận, trong đó có 251 mẫu đủ điều kiện chọn mẫu.

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (N=251)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
< 30	107	42.6
≥ 30	144	57.4
Chỉ số khối cơ thể		
Nhẹ cân: < 18.5	30	11.95
Bình thường: $18.5 - 25.0$	180	71.71
Thừa cân: > 25	41	16.34

Trong nhóm thai phụ có độ tuổi từ 30 trở lên ($n=144$) chiếm tỷ lệ (57.4%) cao hơn nhóm có độ tuổi dưới 30 (42.6%). Có 180 đối tượng (71.71%) có chỉ số khối cơ thể bình thường, đối tượng nhẹ cân chiếm 11.95% và đối tượng thừa cân chiếm 16.43%.

3.2. Rối loạn chức năng tuyến giáp

trong thai kỳ

Bảng 3. Rối loạn chức năng tuyến giáp

Các dạng rối loạn	Tần số (N=251)	Tỷ lệ (%)	KTC 95%
Suy giáp dưới lâm sàng	15	6.0	3.0-8.92
Suy giáp lâm sàng	7	2.8	0.7-4.8
Cường giáp dưới lâm sàng	15	6.0	3.0-8.9
Cường giáp lâm sàng	4	1.6	0.3-3.15

Trong nhóm nghiên cứu có 41 trường hợp có rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ chiếm 16.4% (95%CI: 11.0 - 21.0). Trong đó: Suy giáp dưới lâm sàng chiếm 6.0% và suy giáp lâm sàng chiếm 2.8%; Cường giáp dưới lâm sàng chiếm 6.0% và cường giáp lâm sàng chiếm 1.6%.

3.3. Rối loạn chức năng tuyến giáp theo nhóm nguy cơ

Bảng 4. Rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ theo nhóm nguy cơ

Biến số	RLCNTG	Không RLCNTG	OR	KTC 95%	P
Nhóm nguy cơ					
Cao	28(68,29)	125(59,52)	1,46	0,72-2,99	0,294
Thấp	13(31,71)	85(40,48)	1		

Thai phụ thuộc nhóm nguy cơ cao có khả năng rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ cao hơn 1,46 lần so với nhóm nguy cơ thấp.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng tuyến giáp

Bảng 5. Phân tích hồi quy đa biến môi liên quan giữa các yếu tố và RLCNTG.

Biến số	OR	KTC 95%	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	P
Tiền căn sảy thai	2.684	0.64-11.2	2.084	0.42-10.29	0.367
Nhịp tim nhanh	14.44	2.70-77.31	14.50	2.29-94.33	0.005
Nghén	1.940	0.82-4.62	1.946	0.75 - 5.04	0.170
Suy nhược	2.00	0.93-4.29	1.557	0.66 - 3.66	0.310
Sụt cân	2.452	1.19-5.05	2.015	0.88 - 4.62	0.098
Hồi hộp	6.050	2.45-14.94	4.257	1.55 - 11.73	0.005
Táo bón	3.387	1.05-5.45	2.918	1.21 - 7.07	<0.001

Nhóm thai phụ có triệu chứng nhịp tim nhanh hồi hộp và táo bón thường gặp trong RLCNTG nhiều hơn so với nhóm thai phụ bình thường lần lượt là 14.50 lần (p = 0.005; 95%CI: 2.29 - 94.33), 4.25 lần (p = 0.005; 95%CI: 1.55 - 11.73) và 2.91 lần (p < 0.001; 95%CI: 1.21 - 7.07).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng tham gia nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, thai phụ có độ tuổi trung bình 30.68 ± 6.3 tuổi, kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Dương Thị Phương Thảo và cộng sự năm 2016 (33 ± 3.97 tuổi) [4]. Tuy nhiên, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Phan Thế Thi, Hoàng Thị Hồng Nga, Li-C, Wang W với độ tuổi trung bình lần lượt là 29.57 tuổi, 25.59 tuổi, 28.2 tuổi và 27.6 tuổi. Giải thích cho sự khác biệt này vì đối tượng nghiên cứu tiến hành trên thai phụ có độ tuổi sinh sản lớn hơn 30 tuổi chiếm tỷ lệ 57.4% so với thai phụ có độ tuổi dưới 30 tuổi (42.6%) [5], [2].

Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là 22.29 ± 2.77 Kg/m², kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Nguyệt (22.17 ± 2.48 Kg/m²), cùng tương đương kết quả với tác giả Hoàng Thị Hồng Nga (21.1 ± 2.8 Kg/m²). Kết quả này thấp hơn so với tác giả Nazarpour và cộng sự (25.2 ± 4.7 Kg/m²) được thực hiện tại Iran do kết quả này được nghiên cứu trên cá thể của cộng đồng người châu Á (tại Việt Nam) [3], [2].

4.2. Rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ. Tỷ lệ RLCNTG trong ba tháng đầu thai kỳ của nghiên cứu có kết quả là 16.4% trong đó, tỷ lệ suy giáp thai kỳ là 8.8%, tỷ lệ cường giáp thai kỳ là 7.6%. Cũng gần tương đồng so với tác giả Hoàng Thị Hồng Nga lần lượt là: 7.3% và 7.0% [2].

Tỷ lệ RLCNTG trong nghiên cứu có kết quả tương đương với kết quả các tác giả Horacek là 16.3% và gần giống với tác giả Sepasi F là 18.10%. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu vẫn thấp hơn so với các tác giả: Thái Văn Hùng (20.6%) [1], Phan Thế Thi (23.6%) [5], Dương Thị Phương Thảo (27.9%)[4], Nazarpour (34.2%). Kết quả có sự khác biệt bởi vì tiêu chuẩn lựa chọn của mỗi nghiên cứu không được đồng nhất, như là: Cỡ mẫu khác nhau, khoảng tham chiếu khác nhau, khác nhau về đặc điểm dân cư.

Kết quả trong nghiên cứu cho thấy các dạng hay gặp nhất của RLCNTG là: Suy giáp dưới lâm sàng (6.0%), cường giáp dưới lâm sàng (6.0%), kết quả này cũng gần tương đương với kết quả của các tác giả Hoàng Thị Hồng Nga lần lượt là 6.5% và 4.9% [2]; và của Gupta P lần lượt là 5.5% và 3.12% [10]. Tuy nhiên, so với nghiên cứu của tác giả Allan WC tại Mỹ (2.2%) có tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu này [9]. Kết quả có sự khác biệt này là do khoảng tham chiếu nồng

độ TSH của tác giả này là 6mUI/L cao hơn so với khoảng tham chiếu trong nghiên cứu này là 2.5mUI/L.

Trường hợp suy giáp lâm sàng chiếm 2.8%, tương đương với tác giả Dương Thị Phương Thảo là (2.6%) [4], nhưng kết quả trong nghiên cứu lại cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Gupta P (0.92) [10], Hoàng Thị Hồng Nga (0.8%) [2]. Sự chênh lệch về kết quả có thể do nghiên cứu của các tác giả Thái Văn Hùng và Hoàng Thị Hồng Nga được thực hiện trên nhóm dân cư có tỉ lệ thai phụ mắc nguy cơ RLCNTG thấp hơn.

4.3. RLCNTG theo nhóm nguy cơ. Nghiên cứu cho thấy thai phụ thuộc nhóm nguy cơ cao có khả năng bị RLCNTG trong thai kỳ cao gấp 1.46 lần so với nhóm nguy cơ thấp, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ mắc RLCNTG giữa nhóm nguy cơ cao (18.3%), nguy cơ thấp (13.3%) (OR = 1.46, CI: 0.72 - 2.99, P = 0.294), kết quả tương tự với nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Hồng Nga lần lượt là: 16.7% và 10.8% (OR = 1.67, CI: 0.9 - 3.07, P = 0.099) [2]. Trong nghiên cứu của tác giả Wang W có tỷ lệ RLCNTG trong nhóm nguy cơ cao cao hơn nhóm không có nguy cơ lần lượt là 15% và 9.4%, kết quả này gần giống với kết quả trong nghiên cứu.

Qua nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy nếu chỉ tầm soát RLCNTG thai kỳ cho nhóm đối tượng thai phụ có nhóm nguy cơ cao sẽ bỏ sót một tỷ lệ rất lớn ở những đối tượng có nguy cơ thấp. Vì vậy nên tầm soát RLCNTG cho tất cả các đối tượng thai phụ trong ba tháng đầu thai kỳ.

4.4. Các yếu tố liên quan đến RLCNTG trong thai kỳ. Sau khi phân tích hồi quy đơn biến kết quả nghiên cứu cho thấy có 4 yếu tố liên quan đến RLCNTG trong thai kỳ có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố này thường gặp ở thai phụ mắc RLCNTG nhiều hơn so với thai phụ bình thường: Nhịp tim nhanh, sụt cân, hồi hộp, táo bón. Nhưng các yếu tố này lại bị ảnh hưởng bởi các yếu tố gây nhiễu. Để khắc phục điều này, tiến hành phân tích hồi quy đa biến có P < 0.25. Sau khi tiến hành phân tích kết quả nghiên cứu cho thấy thai phụ mắc RLCNTG có triệu chứng nhịp tim nhanh gấp 14.50 lần (p = 0.005; 95%CI: 2.29 - 94.33), triệu chứng hồi hộp nhiều hơn gấp 4.25 lần (p = 0.005; 95%CI: 1.55 - 11.73) và triệu chứng táo bón nhiều hơn gấp 2.91 lần (p < 0.001; 95%CI: 1.21 - 7.07) so với nhóm thai phụ không bị RLCNTG trong thai kỳ. Chưa tìm thấy mối liên quan các tình trạng RLCNTG với các yếu tố còn lại mà có ý nghĩa

thống kê.

Kết quả của nghiên cứu này gần giống với nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Hồng Nga, ở các triệu chứng: nhịp tim nhanh, hồi hộp, táo bón lần lượt là 14.75 lần, 4.15 lần, 3.93 lần [2].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ RLCNTG trong ba tháng đầu thai kỳ là 16.4%. Các triệu chứng có liên quan tới rối loạn chức năng tuyến giáp trong ba tháng đầu thai kỳ (hồi hộp và nhịp tim nhanh có liên quan tới cường giáp lần lượt: P < 0.001 và P = 0.002; táo bón liên quan tới suy giáp thai kỳ P = 0.019). Vì vậy, cần tầm soát rối loạn chức năng tuyến giáp cho phụ nữ mang thai ngay từ ba tháng đầu thai kỳ để kịp thời phát hiện và điều trị nhằm giảm thiểu các biến chứng cho mẹ và con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thái Văn Hùng** (2017), "Khảo sát tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp trên thai phụ tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương", Đại học y dược Hồ Chí Minh, tr.72.
2. **Hoàng Thị Hồng Nga** (2020), "Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp trong ba tháng đầu thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện nhân dân Gia Định", Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, tr. 74-80.
3. **Nguyễn Thị Minh Nguyệt** (2023), "Nghiên cứu tình hình rối loạn hormon giáp, TSH huyết thanh ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu tại bệnh viện phụ sản Thành phố Cần Thơ", Đại học y dược Cần Thơ, tr. 17-21.
4. **Dương Thị Phương Thảo** (2016), "Khảo sát rối loạn chức năng tuyến giáp trong ba tháng đầu thai kỳ ở những thai phụ nguy cơ cao tại bệnh viện Phụ Sản Quốc Tế Sài Gòn", Đại học Y dược Hồ Chí Minh, tr 67.
5. **Phan Thế Thi** (2019), "Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở thai phụ tam cá nguyệt đầu tại bệnh viện phụ sản Mêkông", Đại học Y dược Hồ Chí Minh, tr. 51.
6. **Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê** (2003), "Tuyến giáp, Nội tiết học đại cương", Nhà xuất bản Y học, tr. 131-210.
7. **Abalovich M., Gutierrez S., Alcaraz G. et al.** (2002). Overt and subclinical hypothyroidism complicating pregnancy. *Thyroid*, 12(1), 63-68.
8. **Allan W.C., Haddow J.E., Palomaki G.E. et al.** (2000). Maternal thyroid deficiency and pregnancy complications: implications for population screening. *J Med Screen*, 7(3), 127-130.
9. **Gupta P., Jain M., Verma V. et al.** (2021). The Study of Prevalence and Pattern of Thyroid Disorder in Pregnant Women: A Prospective Study. *Cureus*, 13(7), e16457.
10. **Horacek J., Spitalnikova S., Dlabalova B. et al.** (2010). Universal screening detects two-times more thyroid disorders in early pregnancy than targeted high-risk case finding. *Eur J Endocrinol*, 163(4), 645-650.

VAI TRÒ CỦA ICG TRONG ĐÁNH GIÁ TƯỚI MÁU MIỆNG NỐI TRỰC TRÀNG THẤP

Ung Văn Việt¹, Phạm Ngọc Trường Vinh², Trần Đức Huy¹,
Lê Trịnh Ngọc An², Lê Minh Triết², Nguyễn Hữu Thịnh¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Mục tiêu của nghiên cứu là khảo sát vai trò đánh giá tưới máu miệng nối của Indocyno Green (ICG) trong phẫu thuật nối soi cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng, thông qua việc khảo sát tỉ lệ xì miệng nối, tỉ lệ thay đổi diện cắt đại tràng, tỉ lệ thay đổi phương pháp phẫu thuật sau khi sử dụng ICG. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Có 19 trường hợp thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu từ 01/2021 đến 01/2024. **Kết quả:** Tỉ lệ xì miệng nối trực tràng thấp sau khi đánh giá tưới máu miệng nối bằng ICG là 5,2%, không khác biệt so với không sử dụng ICG. Ngoài ra, không có trường hợp nào phải thay đổi diện cắt đại tràng, thay đổi phương pháp phẫu thuật sau khi sử dụng ICG để đánh giá tưới máu miệng nối. **Kết luận:** ICG giúp đánh giá tưới máu miệng nối trực tràng thấp hiệu quả, khách quan. Tuy nhiên, đánh giá tưới máu miệng nối bằng ICG không làm thay đổi tỉ lệ xì miệng nối, không làm thay đổi diện cắt đại tràng hay thay đổi phương pháp phẫu thuật so với đánh giá tưới máu miệng nối bằng mắt thường.

Từ khóa: đánh giá tưới máu miệng nối, phẫu thuật nối soi cắt trước thấp, ICG

SUMMARY

THE ROLE OF ICG IN ASSESSMENT OF LOW RECTAL ANASTOMOTIC PERFUSION

Aims: The study aim was to investigate the role of Indocyno Green (ICG) in assessing anastomotic perfusion in laparoscopic low anterior resection for rectal cancer treatment, through investigating the rate of anastomotic leak, change of the initially planned transection site, change of surgical method after using ICG. **Methods:** Prospective study, clinical intervention without control group. There are 19 cases that meet the criteria to be included in the study from January 2021 to January 2023. **Results:** The rate of low rectal anastomotic leakage after assessing anastomotic perfusion with ICG was 5.2%, equivalent to that without ICG usage. In addition, there was no case that need to change the initially planned transection site or surgical method after using ICG to assess anastomotic perfusion. **Conclusions:** ICG helps assess low rectal anastomotic perfusion effectively and objectively. However, assessing anastomotic perfusion using ICG does not change the anastomotic leak rate, the initially planned transection site or surgical method

¹Đại học Y Dược TP HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Trường Vinh

Email: vinh.pnt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 40.10.2024

compared to assessing anastomotic perfusion with the naked eye. **Keywords:** assessment of anastomotic perfusion, laparoscopic low anterior resection, ICG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xì miệng nối trực tràng thấp là một biến chứng nghiêm trọng, có thể gây di chứng nghiêm trọng, tiên lượng xấu và tử vong cho người bệnh. Mặc cho sự tiến bộ không ngừng của kỹ thuật và dụng cụ phẫu thuật, xì miệng nối vẫn chiếm 3-19% ở các miệng nối trực tràng thấp¹. Mặc dù có nhiều yếu tố nguy cơ cùng tác động lên biến chứng này, sự thiếu hụt tưới máu là một trong những nguyên nhân quan trọng gây ra xì miệng nối. Những biện pháp truyền thống để đánh giá tưới máu miệng nối như quan sát màu sắc thành ruột bằng mắt thường, test tưới máu cung động mạch viên... còn mang tính chủ quan và không đồng nhất giữa những người thực hiện. Vì vậy, việc áp dụng Indocyno green (ICG) và hệ thống ánh sáng cận hồng ngoại hiện nay được xem là một trong những biện pháp khách quan, nhanh chóng, dễ thực hiện, với chi phí hợp lý để đánh giá tưới máu miệng nối trực tràng. Tại Việt Nam, còn ít nghiên cứu về ứng dụng ICG trong phẫu thuật trực tràng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá vai trò của ICG trong việc giảm tỉ lệ xì rò miệng nối trực tràng thấp, kết hợp đánh giá tỉ lệ thay đổi vị trí diện cắt đại tràng, thay đổi phương pháp phẫu thuật sau khi sử dụng ICG.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào: - Người bệnh được phẫu thuật nối soi cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ 01/2021 đến 01/2024.

- Thực hiện miệng nối bằng máy khâu nối tròn, theo kỹ thuật Double stapling.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ 01/2021 đến 01/2024 tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.