

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG NGƯỜI LỚN BẢN CẬP NHẬT NĂM 2024

Ngô Quý Châu*, Chu Thị Hạnh, Lê Thị Tuyết Lan, Trần Văn Ngọc, Nguyễn Văn Thành, Phan Thu Phương, Vũ Văn Giáp, Nguyễn Đình Tiến, Nguyễn Hoàng Anh, Lê Tiến Dũng, Nguyễn Thanh Hồi, Lê Thượng Vũ, Lê Thị Thu Hương, Lê Khắc Bảo, Nguyễn Quang Đợi, Đặng Vũ Thông, Đoàn Thị Phương Lan, Lê Hoàn, Nguyễn Thị Thanh Huyền, Phạm Thị Lệ Quyên, Nguyễn Thanh Thủy, Vũ Thị Thu Trang, Phạm Hồng Nhung, Trương Thái Phương, Trần Thị Thanh Nga, Trương Thiên Phú, Lê Quốc Hùng.

TÓM TẮT

Viêm phổi mắc phải cộng đồng là bệnh nhiễm trùng quan trọng gây nhập viện và tử vong cùng với sự gia tăng đề kháng kháng sinh. Hội Hô Hấp Việt Nam tháng 7 - 2024 đã cập nhật và tái bản tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng người lớn bản cập nhật năm 2024”. Tài liệu này được biên soạn bởi 30 chuyên gia thuộc lĩnh vực hô hấp, truyền nhiễm và vi sinh thuộc nhiều bệnh viện và trường đại học trên cả nước. Chúng tôi xin thay mặt Ban biên soạn giới thiệu tóm tắt cuốn tài liệu này.

SUMMARY

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ADULTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA GUIDELINE UPDATE 2024

*Phó Tổng Giám đốc Chuyên môn Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội, Chủ tịch hội Hô Hấp Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quý Châu
SĐT: 0968999618

Email: chaunq@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 09/8/2024

Ngày phản biện: 12/8/2024

Ngày duyệt bài: 13/8/2024

Community-acquired pneumonia is a leading cause of hospitalization and mortality in the context of increasing global antibiotic resistance. The Vietnam Respiratory Society updated and republished the “DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ADULTS WITH COMMUNITY - ACQUIRED PNEUMONIA GUIDELINE UPDATE” in July 2024. This document was prepared by 30 experts from the fields of respiratory medicine, infectious diseases, and microbiology from various hospitals and universities across the country. On behalf of the Editorial board, we would like to present a summary of this document.

I. TỔNG QUAN VỀ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) được định nghĩa là tình trạng nhiễm trùng phổi cấp tính xảy ra ở người đang sống trong cộng đồng. Biểu hiện của viêm phổi từ nhẹ với các triệu chứng sốt, ho khạc đờm đến rất nặng như suy hô hấp cấp tiến triển, nhiễm khuẩn huyết.

VPMPĐ là một bệnh phổ biến ảnh hưởng đến khoảng 450 triệu người mỗi năm và xảy ra trên toàn thế giới.

Ở Việt Nam, VPMPĐ là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp nhất trong các bệnh nhiễm khuẩn trên thực hành lâm sàng, chiếm 12% các bệnh phổi. Năm 2014, tỷ lệ mắc viêm phổi ở nước ta là 561/100.000 người dân, đứng hàng thứ hai sau tăng huyết áp, tỷ lệ tử vong do viêm phổi là 1,32/100.000 người dân, đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong.

Căn nguyên gây bệnh thường do vi khuẩn (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *M. catarrhalis*, *L. pneumophila*, *C. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, trực khuẩn gram âm (*P. aeruginosa*, *E. coli*...), virus và một số tác nhân khác, nhưng không do trực khuẩn lao.

Các yếu tố nguy cơ, yếu tố thuận lợi: tuổi cao, suy giảm miễn dịch, nghiện rượu bia, hút thuốc, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

Tác nhân gây viêm phổi qua các đường: hô hấp, máu, bạch huyết, kể cận phổi. Cơ chế bệnh sinh bao gồm sự suy giảm khả năng đề kháng của vật chủ, tiếp xúc với vi sinh vật có độc lực mạnh hoặc tiếp xúc với một lượng lớn vi sinh vật gây bệnh.

II. CÁC CĂN NGUYÊN GÂY BỆNH VÀ CÁC PHƯƠNG PHÁP VI SINH CHẨN ĐOÁN

Các nghiên cứu tổng quan gần đây về tác nhân gây VPMPĐ cho thấy *Streptococcus pneumoniae* vẫn được coi là căn nguyên VPMPĐ thường gặp nhất, tiếp đến là *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Pseudomonas aeruginosa* và các *Enterobacterales*. Các tác nhân vi khuẩn không điển hình như *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* và *Legionella pneumophila*

chiếm khoảng 3-11% tổng số các tác nhân gây bệnh. *Influenza A virus*, *Influenza B virus*, *RSV*, *Adenovirus* và các *Coronavirus* bao gồm cả *SARS CoV 2* là các căn nguyên virus hàng đầu gây VPMPĐ. Do các dữ liệu về căn nguyên gây VPMPĐ trước kia chỉ dựa vào nuôi cấy kinh điển có hoặc không kết hợp với phương pháp huyết thanh học nên còn những điểm hạn chế trong việc phát hiện được các tác nhân gây bệnh. Các nghiên cứu trong hơn một thập kỷ qua ứng dụng nhiều tiến bộ của kỹ thuật sinh học phân tử, đặc biệt là các xét nghiệm đa tác nhân với độ nhạy, độ đặc hiệu cao cho chẩn đoán cùng với việc sử dụng vaccine phòng *S. pneumoniae* rộng rãi đã làm thay đổi sự hiểu biết về các căn nguyên gây VPMPĐ.

Nấm rất hiếm khi gây VPMPĐ ở những người có hệ miễn dịch bình thường nhưng có một số loài nấm như *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides spp.*, *Blastomyces dermatitidis* có thể gây viêm phổi cho cả bệnh nhân (BN) suy giảm miễn dịch và cả người có hệ miễn dịch bình thường sống hoặc đến các khu vực dịch tễ của các loài nấm đó.

Trong các tác nhân gây VPMPĐ, có khoảng 6% là các vi khuẩn đa kháng thuốc. Vi khuẩn đa kháng thuốc thường gặp nhất là *S. aureus* và *P. aeruginosa*. Khi vắc xin phòng *S. pneumoniae* được đưa vào sử dụng dẫn đến sự lưu hành của các serotype thay đổi. Các serotype có vắc xin dự phòng giảm đi nhưng các serotype trước kia hiếm gặp lại trở nên phổ biến. Cùng với sự thay đổi này là sự gia tăng đề kháng của *S. pneumoniae* với một số nhóm kháng sinh như cephalosporin, macrolide và fluoroquinolon trên toàn thế giới trong hai thập kỷ gần đây. Trong báo cáo mới nhất của Bộ Y tế thuộc chương trình

giám sát kháng kháng sinh quốc gia, các chủng *S. pneumoniae* phân lập từ bệnh phẩm hô hấp còn nhạy cảm cao với penicillin và ceftriaxone (>92%).

Không khuyến cáo xét nghiệm vi sinh cho BN VPMPCĐ ngoại trú.

BN VPMPCĐ nội trú, những bệnh nhân ngoại trú mà kết quả XN vi sinh có thể thay đổi phác đồ điều trị cần lấy đờm tốt nhất vào buổi sáng sớm để nhuộm Gram và cấy. Bệnh phẩm đờm: lấy tối thiểu 1-2ml có nhày hoặc nhày máu, sau khi lấy cần vận chuyển đến phòng xét nghiệm trong vòng 2 tiếng. Kết quả nuôi cấy đờm được phiên giải dựa trên mức độ vi khuẩn mọc (1+, 2+, 3+, 4+), sự phù hợp lâm sàng và mối liên quan với nhuộm Gram.

Cấy máu có thể hữu ích đặc biệt ở bệnh nhân viêm phổi nặng, BN nguy cơ cao viêm phổi do MRSA hoặc *P. aeruginosa*. Cấy máu tốt nhất trước khi dùng kháng sinh, khi BN có cơn gai rét hoặc sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$. Mỗi lần cấy máu, cần cấy 2 vị trí và cấy vào 2 chai (một chai hiếu khí, một chai kỵ khí), mỗi chai cấy 8-10 ml.

Các tác nhân virus và vi khuẩn không điển hình có thể được chẩn đoán bằng nuôi cấy, test nhanh phát hiện kháng nguyên, phát hiện kháng thể đặc hiệu hoặc bằng kỹ thuật sinh học phân tử (PCR).

Kháng sinh đồ định tính cho biết chủng vi khuẩn nhạy cảm (S), đề kháng (R) hay đề kháng trung gian (I) với một kháng sinh nào đó. Kháng sinh đồ định lượng ngoài cho biết mức độ nhạy cảm, đề kháng hay đề kháng trung gian, còn cho biết giá trị nồng độ ức chế tối thiểu của kháng sinh (MIC), có thể giúp hiệu chỉnh liều kháng sinh.

III. CHẨN ĐOÁN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG

Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng:

Khởi phát cấp tính, sốt cao, rét run, ho khạc đờm mủ, đau ngực kiểu màng phổi. Trên BN cao tuổi, BN suy giảm miễn dịch các biểu hiện ban đầu của viêm phổi có thể không rầm rộ. Khám phổi có hội chứng đông đặc (rung thanh tăng, gõ đục, rì rào phế nang giảm), có thể có nghe thấy ran nổ ở một vùng hoặc nhiều vị trí nếu tổn thương nhiều ở phổi.

Viêm phổi do tác nhân vi khuẩn không điển hình: phân lớn xảy ra trên người lớn tuổi và trẻ em với các triệu chứng âm thầm hơn bao gồm: sốt nhẹ, đau đầu, ho khan, cảm giác mệt mỏi như triệu chứng nhiễm virus. Khám không rõ hội chứng đông đặc, thấy rải rác ran nổ. Tuy nhiên các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu cho thể bệnh.

Công thức máu có tăng số lượng bạch cầu (> 10 Giga/lít), tăng ưu thế tế bào đa nhân trung tính. Hoặc số lượng bạch cầu giảm ($< 4,4$ Giga/lít). Tốc độ máu lắng tăng, CRP tăng.

Định lượng procalcitonin máu nên được chỉ định ở BN nghi ngờ nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới nhập viện: Nên được thực hiện trong 24h đầu nhập viện, vào ngày thứ 3 và vào ngày thứ 5 – 7 điều trị kháng sinh. Tần suất định lượng procalcitonin thay đổi phụ thuộc vào đánh giá lâm sàng trên BN cụ thể. Xem xét ngừng hoặc xuống thang kháng sinh khi ngưỡng procalcitonin máu dưới 0,25 mg/dl hoặc giá trị nồng độ procalcitonin máu giảm 80% so với ban đầu và cần đánh giá phối hợp với đáp ứng lâm sàng.

Xquang ngực: có thể có các loại tổn thương như: đông đặc phế nang, tổn thương phế quản phổi: mờ rải rác, không đồng nhất,

tổn thương dạng mô kẽ, dạng nốt. Trong thực hành lâm sàng có những trường hợp viêm phổi không phát hiện được tổn thương trên X-quang ngực, chẩn đoán viêm phổi được đặt ra nếu BN có những triệu chứng lâm sàng phù hợp và có thể tiến hành chụp X-quang lại sau 24 - 48 giờ.

Chụp cắt lớp vi tính ngực được chỉ định ở BN VPMPCĐ trong những trường hợp sau: Viêm phổi nặng và diễn biến phức tạp. Viêm phổi ở BN suy giảm miễn dịch. Viêm phổi tái phát hoặc không điều trị dứt điểm được. BN nghi ngờ mắc viêm phổi trên lâm sàng nhưng hình ảnh X quang ngực không rõ tổn thương. Nghi ngờ các bệnh lý khác: u phổi, lao phổi, dị vật đường thở,...

Siêu âm lồng ngực đã được chấp thuận là xét nghiệm cận lâm sàng được chỉ định trong chẩn đoán viêm phổi vì tính chính xác trong chẩn đoán, thuận tiện và chi phí thấp. Biểu hiện của viêm phổi trên siêu âm lồng ngực là các hình ảnh tổn thương dạng đồng đặc có di động theo nhịp thở, có thể thấy hình ảnh khí trong phế quản và hình ảnh tràn dịch màng phổi. Siêu âm lồng ngực còn có vai trò trong theo dõi đáp ứng điều trị, như bệnh thuyên giảm nếu những hình ảnh đồng đặc nhỏ hơn và giảm dần sự hiện diện và số lượng của dịch khoang màng phổi trong quá trình điều trị.

Nội soi phế quản ống mềm là một kỹ thuật quan trọng trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý đường hô hấp dưới nhưng không phải là thăm dò thường quy trong chẩn đoán VPMPCĐ. Nội soi phế quản cho phép lấy bệnh phẩm trực tiếp từ phế quản/phế nang giúp tăng độ chính xác trong chẩn đoán chính xác căn nguyên gây bệnh. Chỉ định của nội soi phế quản trong VPMPCĐ: Chẩn đoán căn nguyên vi sinh trong các trường hợp viêm phổi nặng mà xét nghiệm đờm không

xác định được căn nguyên gây bệnh, nghi ngờ nhiễm nấm hoặc vi khuẩn kháng thuốc, BN VPMPCĐ suy giảm miễn dịch có nguy cơ cao mắc các nhiễm trùng cơ hội, viêm phổi có biến chứng nặng như tràn dịch màng phổi, áp xe phổi, khi cần chẩn đoán phân biệt với những bệnh lý khác: lao phổi, u phổi, dị vật đường thở,...

Chẩn đoán mức độ nặng viêm phổi:

Mức độ nặng của viêm phổi có ý nghĩa quyết định: 1.Nơi điều trị: Ngoại trú; khoa Nội hoặc khoa Hô hấp; Khoa Điều trị tích cực. 2.Chọn phác đồ điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm. Đánh giá mức độ nặng theo các thang điểm như CURB65, PSI, tiêu chuẩn nhập HSTC của ATS.

Chẩn đoán căn nguyên

Chẩn đoán xác định tác nhân gây viêm phổi dựa trên kết quả vi sinh: Tính tin cậy của kết quả vi sinh thay đổi tùy theo bệnh phẩm và phương pháp cấy. Chẩn đoán xác định tác nhân “chắc chắn” khi: Cấy máu dương tính; Cấy dịch, mủ của phổi/màng phổi, chọc hút xuyên thành ngực dương tính; Hiện diện *P. jirovecii* trong đờm, hay dịch rửa phế quản phế nang lấy qua nội soi phế quản; Phân lập được *Legionella pneumophila* trong bệnh phẩm đường hô hấp; Hiệu giá kháng thể kháng *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *L. pneumophila* trong máu tăng gấp ≥ 4 lần qua hai lần xét nghiệm; Kháng nguyên của *S. pneumoniae* (nước tiểu, máu), *L. pneumophila* (nước tiểu) dương tính. Chẩn đoán tác nhân có “khả năng” khi: Vi khuẩn phân lập được khi cấy đờm là vi khuẩn gây bệnh thường gặp + phát triển mạnh + kết quả nhuộm soi đờm phù hợp; Vi khuẩn phân lập được khi cấy đờm không phải là loại vi khuẩn gây bệnh thường gặp + phát triển yếu + kết quả nhuộm soi đờm phù hợp.

Chẩn đoán tác nhân gây bệnh dựa trên kinh nghiệm: Khi xét nghiệm vi sinh không được thực hiện vì không cần thiết/không khả thi hoặc khi xét nghiệm vi sinh đã được thực hiện nhưng kết quả chưa có hoặc âm tính lúc đó chẩn đoán tác nhân gây bệnh phải dựa vào kinh nghiệm của bác sĩ lâm sàng. Chẩn đoán tác nhân vi khuẩn gây viêm phổi theo kinh nghiệm căn cứ vào: (1) mức độ nặng viêm phổi: điều trị ngoại trú, điều trị nội trú tại khoa nội/hô hấp/truyền nhiễm, điều trị nội trú tại khoa Điều trị tích cực; (2) cơ địa BN bao gồm tuổi, thói quen sinh hoạt, bệnh đồng mắc.

Chẩn đoán phân biệt: lao phổi, tắc động mạch phổi, giãn phế quản bội nhiễm, Viêm phổi với cơ chế tự miễn do dùng thuốc, Phù phổi bán cấp không điển hình, Viêm phổi do hít, Hội chứng Loeffler phổi.

Chẩn đoán biến chứng: Viêm phổi có thể gây biến chứng tại phổi, trong lồng ngực và biến chứng xa: suy hô hấp, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm trùng, áp xe phổi, tràn mủ màng phổi, tràn khí màng phổi, viêm màng ngoài tim, viêm nội tâm mạc,...

IV. DƯỢC LÝ LÂM SÀNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH HỢP LÝ TRONG VPMPCĐ

Lựa chọn kháng sinh (KS) theo kinh nghiệm dựa trên tác nhân gây bệnh kết hợp với phổ kháng khuẩn của KS và khả năng xâm nhập cơ quan đích (dịch lót biểu mô phế nang và đại thực bào phế nang).

Tối ưu hóa chế độ liều KS dựa trên đặc điểm dược động học/dược lực học (PK/PD). Các KS được chia làm 3 nhóm: phụ thuộc thời gian (β -lactam, Linezolid), phụ thuộc nồng độ (aminoglycosid) và phụ thuộc tổng lượng thuốc vào cơ thể (fluoroquinolon, macrolid, vancomycin). Chế độ liều cần hiệu chỉnh dựa trên chức năng thận.

Lưu ý các tương tác thuốc của KS với các nhóm khác khi dùng, đặc biệt là fluoroquinolon và macrolid.

Chuyển đổi KS đường truyền tĩnh mạch sang đường uống khi có cải thiện về mặt lâm sàng hoặc cắt sốt.

Ở những BN VPMPCĐ mức độ nhẹ điều trị ngoại trú, các vi khuẩn gây bệnh VPMPCĐ thường gặp bao gồm Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis và các vi khuẩn nội bào, trong đó, thường gặp nhất là Streptococcus pneumoniae. Tương ứng, ba nhóm KS phổ biến trong điều trị VPMPCĐ bao gồm: β -lactam, macrolide và fluoroquinolon (FQ).

Ở những BN VPMPCĐ mức độ trung bình cần điều trị nội trú nhưng chưa cần nằm ICU, phác đồ KS cần bao phủ rộng hơn các tác nhân gây bệnh, với nguy cơ cao kháng thuốc với các tác nhân gây bệnh thông thường, phác đồ KS thường khuyến cáo bao gồm KS beta-lactam +/- chất ức chế beta-lactamase (ampicillin/ sulbactam, amoxicillin/ acid clavulanic, cefotaxim, ceftriaxon, ceftarolin) kết hợp với KS macrolid hoặc fluoroquinolon.

BN VPMPCĐ mức độ nặng cần điều trị tại ICU, ngoài các tác nhân gây bệnh thường gặp, có thể cần cân nhắc đến vai trò của vi khuẩn đa kháng thuốc như S. aureus kháng methicilin (MRSA) và P. aeruginosa. Trong trường hợp này, phác đồ điều trị kinh nghiệm cần bổ sung KS có phổ tác dụng trên MRSA (vancomycin, teicoplanin hoặc linezolid), KS β -lactam có hoạt tính trên P. aeruginosa (ceftazidim, cefepim, piperacilin/tazobactam, imipenem, doripenem hoặc meropenem) phối hợp với các KS nhóm khác có hoạt tính trên vi khuẩn này (ciprofloxacin, levofloxacin,

tobramycin hoặc amikacin). Các vi khuẩn đa kháng thuộc họ Enterobacteriaceae như *K. pneumoniae* cũng có thể là căn nguyên trong một số ít ca VPMPCĐ, phác đồ hướng đến vi khuẩn Gram âm đường ruột (ertapenem, imipenem hoặc meropenem) hoặc trực khuẩn *P.aeruginosa* (carbapenem nhóm 2, aminoglycosid) thường cũng bao phủ được các tác nhân này.

V. ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG

Nguyên tắc điều trị kháng sinh: Tuân thủ các nguyên tắc điều trị KS giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị và giảm thiểu nguy cơ biến chứng: Cần điều trị KS sớm trong 4 giờ đầu nhập viện dựa theo kinh nghiệm, khi có kết quả nuôi cấy và KS đồ cần điều chỉnh theo KS đồ và đáp ứng lâm sàng của BN. Tránh dùng KS phổ rộng nếu không cần thiết. Sử dụng KS theo dược động học và dược lực học, hiệu chỉnh liều theo mức lọc cầu thận. Lấy bệnh phẩm (nuộm Gram và cấy đờm, cấy máu) trước khi điều trị KS ở BN nhập viện. Nên chọn thuốc diệt khuẩn, đặc biệt đối với BN có bệnh lý đồng mắc nặng và/hoặc suy giảm miễn dịch. BN nhập viện nên bắt đầu với KS đường truyền tĩnh mạch, đủ liều. Sau vài ngày có thể chuyển sang uống nếu có đáp ứng lâm sàng. Thời gian điều trị tùy theo bệnh cảnh lâm sàng và X-quang ngực, thường 3-5 ngày sau khi hết sốt đối với *S. pneumoniae*. Thời gian điều trị KS trung bình từ 7 – 10 ngày đối với VPMPCĐ không biến chứng. Nếu do *Legionella*, *Chlamydia* thời gian tối thiểu 2-3 tuần. BN sử dụng thuốc ức chế miễn dịch và điều trị lâu dài corticoid: > 14 ngày. Đánh giá

điều trị sau 48-72 giờ, nếu tình trạng lâm sàng không cải thiện hoặc xấu hơn cần thay đổi phác đồ. Chuyển sang đường uống khi BN cải thiện ho, khó thở, hết sốt 2 lần cách 8 giờ và BN uống được. Xuất viện: khi ổn định lâm sàng và chuyển sang KS uống cho đủ liệu trình.

Điều trị ban đầu theo kinh nghiệm:

Điều trị KS ban đầu theo kinh nghiệm nên hướng đến những tác nhân thường gặp ngoài cộng đồng như *S. pneumoniae*, *H. influenzae* và *M. catarrhalis*. KS có hiệu quả là betalactam/ức chế beta-lactamase +/- macrolid hay quinolone hô hấp (levofloxacin, moxifloxacin).

BN VPMPCĐ mức độ nhẹ, điều trị ngoại trú: BN < 65 tuổi, không có bệnh đi kèm, không dùng KS trong 3 tháng trước hay không có các yếu tố nguy cơ mắc mầm bệnh kháng KS: ampicillin hay amoxicillin hướng đến *S. pneumoniae* hoặc macrolid thế hệ mới (Clarithromycin, Azithromycin) khi chưa loại trừ *M. pneumoniae*. Nếu nhiều khả năng *H. influenzae* nên dùng beta lactam + ức chế beta-lactamase đường uống (amoxicillin + acid clavulanic) vì gần 50% *H. influenzae* tiết beta-lactamase tại Việt Nam. BN > 65 tuổi, có bệnh đồng mắc (bệnh tim, phổi, bệnh gan, bệnh thận mạn tính, đái tháo đường, nghiện rượu, ung thư), suy giảm miễn dịch, đã dùng KS 3 tháng trước hoặc nguy cơ *S. pneumoniae* kháng thuốc hoặc trong vùng dịch tễ *S. pneumoniae* kháng macrolid cao (MIC \geq 16 μ g/mL): Phối hợp beta lactam/ức chế beta-lactamase hoặc cephalosporin phổ rộng (cefepodoxim, cefdinir, cefditoren) + macrolid thế hệ mới/doxycycline; hoặc Quinolone hô hấp đơn trị liệu. Bổ sung thuốc

kháng virus, như oseltamivir cho BN VPMPCĐ có kết quả xét nghiệm dương tính với cúm, không phụ thuộc vào thời gian bệnh trước khi chẩn đoán.

BN VPMPCĐ nhập viện: Những BN nặng cần làm ngay xét nghiệm đờm (nuộm gram, cấy) trước khi điều trị KS. Cần làm thêm xét nghiệm nhanh như multiplex PCR để phát hiện vi khuẩn, nấm, virus nhằm hướng dẫn điều trị KS. BN nặng cần làm PCT (khi nhập viện, sau 48-72 giờ và sau 5-7 ngày) để giúp giảm thời gian điều trị và xuống thang KS. CRP thay thế PCT ở những nơi không có xét nghiệm này. BN giảm oxy máu cần thở HFNO hay NIV nếu có điều kiện thay vì oxy tiêu chuẩn nhằm tránh đặt nội khí quản và giảm tử vong. Kháng virus kết hợp (oseltamivir) nếu test nhanh (+).

BN VPMPCĐ trung bình, nặng nội trú, không nằm ICU: Beta-lactam +/- ức chế beta-lactamase: (cefotaxime, ceftriaxone, ceftazidime, ampicillin/amoxicillin + acid clavulanic/sulbactam, ertapenem) + macrolid/quinolone truyền tĩnh mạch (TTM; Không tiêm KS tĩnh mạch để giảm nguy cơ sốc phản vệ nặng). Những BN có nguy cơ nhiễm *P. aeruginosa* cần chọn những beta lactam chống *Pseudomonas*) hoặc Quinolone hô hấp (moxifloxacin, levofloxacin) +/- beta lactam.

BN VPMPCĐ mức độ nặng, nằm ICU: Beta Lactam phổ rộng +/- ức chế beta-lactamase, ertapenem, ceftazidime, ceftriaxone, cefepim, ceftazidime ... kết hợp macrolid hay quinolone TTM. Nếu có nguy cơ nhiễm *Pseudomonas*: Một beta lactam chống *Pseudomonas* [piperacillin/tazobactam, ceftazidime, cefepime,

imipenem, meropenem, doripenem] + ciprofloxacin hoặc levofloxacin. Hoặc Betalactam kể trên + 1 aminoglycoside và azithromycin/clarithromycin. Nếu có nguy cơ nhiễm *S. aureus* kháng methicillin cộng đồng (CA-MRSA): Thêm Vancomycin, Teicoplanin, hay Linezolid.

Điều trị khi có kết quả vi sinh: Dựa vào kháng sinh đồ. Nếu BN có đáp ứng điều trị tốt thì không cần thay đổi KS đang sử dụng mặc dù kháng sinh đồ cho kết quả KS đang dùng bị đề kháng. Lựa chọn KS điều trị thay đổi theo kết quả nhạy cảm KS, độ nặng của bệnh và tình trạng miễn dịch của BN. Dựa vào kháng sinh đồ có thể xuống thang KS nếu có thể được.

Xử trí khi BN không đáp ứng với điều trị

Thất bại điều trị được định nghĩa là tình trạng lâm sàng không đáp ứng đầy đủ với liệu pháp KS điều trị. Thất bại điều trị trong bệnh viêm phổi mắc phải tại cộng đồng chiếm khoảng 10% đến 15% và có thể làm gia tăng tỷ lệ tử vong lên gấp 5 lần. Phân loại: Thất bại điều trị sớm: được định nghĩa là tình trạng lâm sàng xấu đi trong vòng 72 giờ đầu sau điều trị KS do một hoặc nhiều nguyên nhân sau: huyết động không ổn định; xuất hiện mới hoặc gia tăng mức suy giảm chức năng hô hấp cần thở máy, tổn thương phổi tiến triển hoặc xuất hiện các tổn thương mới trên X quang. Thất bại điều trị muộn: được định nghĩa là sốt dai dẳng hoặc tái phát và các triệu chứng hoặc huyết động không ổn định, sự phát triển hoặc suy giảm chức năng hô hấp ($PaO_2 < 8$ kPa (60mmHg) hoặc độ bão hòa $SpO_2 < 90\%$ với $FiO_2 21\%$), tổn thương phổi tiến triển hoặc xuất hiện các tổn thương mới trên X quang sau 72 giờ đầu điều

trị bằng KS. Đánh giá nguyên nhân thất bại điều trị chủ yếu dựa trên đáp ứng lâm sàng sau khi khởi đầu điều trị để phát hiện kịp thời thất bại điều trị sớm do các bất thường trong xét nghiệm cận lâm sàng có thể tồn tại lâu hơn, ví dụ như hình ảnh thâm nhiễm phổi có thể tồn tại đến 6 tuần. Ngoài ra cần xem xét thêm về yếu tố vật chủ (tuổi già, bệnh lý đồng mắc ... có thể làm kéo dài thời gian cải thiện dấu hiệu lâm sàng) và nguyên nhân gây bệnh (bệnh không do nhiễm trùng, đánh giá sai tác nhân vi sinh vật gây bệnh...).

Cách xử trí khi có thất bại điều trị: Đánh giá tình trạng BN: Sử dụng các thang điểm như CURB-65, PSI và tiêu chuẩn nhập ICU để xác định mức độ nghiêm trọng của VPMPCĐ từ đó đưa ra quyết định mức độ chăm sóc thích hợp như (tiếp tục điều trị ngoại trú, nhập viện, nhập khoa hồi sức tích cực) cho người bệnh. Xác định nguyên nhân gây thất bại điều trị: Xem lại chẩn đoán, tác nhân gây bệnh, khảo sát các bệnh đồng mắc đi kèm làm kéo dài đáp ứng điều trị (đái tháo đường, suy thận mãn, suy giảm miễn dịch, lao ngoài phổi, dị ứng thuốc đang dùng...); khảo sát các biến chứng của bệnh mới xuất hiện: tràn dịch màng phổi biến chứng, mũ màng phổi, nhiễm khuẩn thứ phát, áp xe phổi... Xét nghiệm: Tùy theo nguyên nhân nghi ngờ sau khi khảo sát nguyên nhân gây thất bại điều trị để quyết định thực hiện các xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt, ví dụ: Huyết học: công thức máu, số lượng và thành phần bạch cầu máu... Vi sinh: soi tươi và cấy tìm vi khuẩn, nấm hay vi khuẩn lao... các loại bệnh phẩm như: đờm, máu, dịch màng phổi, mũ màng phổi... Sinh học phân tử: xét nghiệm PCR

tìm vi khuẩn, virus, nấm... Sinh hóa: CRP, PCT, huyết thanh chẩn đoán vi khuẩn không điển hình, tầm soát các dấu ấn ung thư... Chẩn đoán hình ảnh: X Quang ngực, CT scan ngực... khảo sát tổn thương phổi. Nội soi phế quản: rửa phế quản phế nang, tế bào, sinh thiết nhu mô phổi. Điều trị: Tùy theo việc xác định nguyên nhân thất bại để đưa ra kế hoạch điều trị thích hợp. Trước khi quyết định thay đổi KS cần đánh giá lại nguy cơ nhiễm khuẩn của mỗi BN nhằm mục tiêu dự đoán chính xác loại vi khuẩn gây bệnh từ đó đưa ra quyết định chọn lựa KS hợp lý dựa trên cơ sở tình trạng kháng thuốc KS của vi khuẩn và cơ địa thực tế của mỗi BN.

Thời gian điều trị VPMPCĐ: Thời gian điều trị VPMPCĐ nên cá thể hóa dựa trên đáp ứng lâm sàng, chỉ số procalcitonin động học (xem chỉ định xét nghiệm PCT), căn nguyên vi sinh, có hay không có biến chứng của VPMPCĐ và cơ địa của BN cũng như các bệnh đồng mắc. Đối với những BN VPMPCĐ có đáp ứng lâm sàng tốt trong vòng 2 đến 3 ngày đầu điều trị, thời gian điều trị bằng KS thường là 5 đến 7 ngày. Thời gian điều trị cần kéo dài hơn ngay cả khi BN ổn định về lâm sàng và có nồng độ procalcitonin thấp. Những trường hợp này bao gồm BN đáp ứng lâm sàng chậm hơn, nhiễm *S. aureus*, vi khuẩn gram âm, *Burkholderia pseudomallei* hoặc các mầm bệnh ít phổ biến khác; hoặc khi phác đồ KS ban đầu không có tác dụng chống lại mầm bệnh được xác định sau đó, có biến chứng của VPMPCĐ như viêm phổi hoại tử, viêm phổi màng phổi, mũ màng phổi hoặc có các nhiễm trùng khác ngoài phổi, cơ địa suy giảm miễn dịch, có bệnh lý phổi đồng mắc.

VI. PHÒNG BỆNH VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG

Điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn vùng tai mũi họng, răng miệng, quản lý triệt để các bệnh lý nền của BN.

Giữ ấm cổ ngực trong mùa lạnh, loại bỏ kích thích có hại: rượu bia, thuốc lá.

Tiêm phòng cúm hàng năm cho người ≥ 65 tuổi, người có bệnh nền, suy giảm miễn dịch, béo phì, người sống tại nhà dưỡng lão và cơ sở chăm sóc y tế dài ngày,..).

Tiêm phòng phế cầu cho người ≥ 65 tuổi, người có bệnh nền, suy giảm miễn dịch.

Tiêm phòng COVID19 cho cán bộ y tế, người trên 50 tuổi, người có bệnh nền, người trên 18 tuổi nhưng chưa tiêm mũi nào, phụ nữ có thai.

Tiêm phòng RSV nên cân nhắc chỉ định cho người > 60 tuổi, có bệnh phổi mạn tính, suy giảm miễn dịch.

Tư vấn cai thuốc lá với chiến lược tư vấn ngắn 5A (Hỏi – Khuyến – Đánh giá – Hỗ trợ - Sắp xếp) hoặc tư vấn sâu. Trong các trường

hợp nghiện thuốc lá thực thể mức độ nặng, có thể dùng thuốc hỗ trợ cai thuốc, bao gồm nicotin thay thế, Bupropion hoặc Varenicline.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **File TM Jr, Ramirez JA.** Community-Acquired Pneumonia. *N Engl J Med.* 2023 Aug 17;389(7): 632-641. doi: 10.1056/NEJMcp2303286.
2. **Oliveira E Silva PG, et al.** Community-acquired pneumonia: Epidemiology, diagnosis, prognostic severity scales, and new therapeutic options. *Medwave.* 2023 Dec 7;23(11):e2719. English, Spanish. doi: 10.5867/medwave.2023.11.2719.
3. **Martin-Loeches I, et al.** ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia. *Intensive Care Med.* 2023 Jun;49(6):615-632. doi: 10.1007/s00134-023-07033-8. Epub 2023 Apr 4. Erratum in: *Intensive Care Med.* 2023 Aug;49(8):1040-1041. doi: 10.1007/s00134-023-07082-z.

METALLO BETA-LACTAMASES: ĐỀ KHÁNG & TỰ CHỌN TRỊ LIỆU KHÁNG SINH

Trần Quang Bình¹

TÓM TẮT

Đề kháng kháng sinh đang gia tăng hiện nay là một vấn đề toàn cầu, đặc biệt đề kháng do các vi khuẩn Gram âm tại châu Á đã và đang là một thách thức lớn cho các thầy thuốc lâm sàng. Metallo-beta-lactamase có trên nhiễm sắc thể của các vi khuẩn không lên men gồm *Stenotrophomonas maltophilia*, *Aeromonas* spp., và *Chryseobacterium* spp., ở khắp nơi và liên quan đến lâm sàng ở mức độ vừa phải. Một tỉ lệ thấp của các chủng *Bacteroides frag*

ilis có nhiễm sắc thể mang Metallo beta-lactamase. Các Metallo beta-lactamase (MBL) được quan tâm đặc biệt, nhất là MBL thu được (acquired MBL) lan rộng trong các vi khuẩn của họ Enterobacterales và *Pseudomonas aeruginosa*; liên quan đến kiểu hình kháng thuốc mở rộng (XDR), các vi khuẩn thường kháng với nhiều loại aminoglycosides, fluoroquinolones, các beta-lactams và các tác nhân khác. MBL KHÔNG bị ức chế bởi clavulanic acid, sulbactam, tazobactam, hoặc avibactam hoặc các chất phát triển từ penicillanic acid sulfones và diazabicyclooctanes. Không giống như các Carbapenemases KPC và OXA-48 like, các vi khuẩn điển hình thường không nhạy cảm với các kháng sinh kết hợp chất ức chế Beta lactamase

như ceftazidime-avibactam, meropenem-vaborbactam, imipenem-relebactam. Mặc dù một số kháng sinh ổn định và các thuốc kết hợp với chất ức chế Beta lactamase đang ở các giai đoạn khác nhau trong quá trình phát triển thuốc. Hiện nay Cefiderocol là một thuốc tiềm năng, các hợp chất phát triển boronate, taniborbactam... được biết đến và quan tâm đặc biệt. Những liệu pháp tiềm năng này và các lựa chọn điều trị hiện tại cho các vi khuẩn gram âm sinh MBL là trọng tâm của tổng quan này.

Từ khóa: Metallo-beta-lactamases (MBL), kháng thuốc mở rộng (XDR), vi khuẩn gram âm sinh MBL (MBL producing gram negative bacteria).

SUMMARY

METALLO BETA-LACTAMASES ANTIMICROBIAL RESISTANCES & THERAPEUTIC OPTIONS

Rising antimicrobial resistance is now a global problem, especially Gram-negative bacteria resistance in Asia has been a major challenge for clinicians. Metallo-beta lactamases are chromosomal and present ubiquitous in some non-fermenters including *Stenotrophomonas maltophilia*, *Aeromonas* spp., and *Chryseobacterium* spp., which are of modest clinical concern. A minority of *Bacteroides fragilis* strains have chromosomal encoded Metallo beta lactamase. Metallo beta-lactamases (MBLs) are of particular interest, especially as acquired MBLs spread in Enterobacterales and *Pseudomonas aeruginosa*; in association with the extended drug resistant phenotype (XDR), the

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Bình

SĐT : 0903841479

Email: binhqt@tahospital.vn

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện: 18/7/2024

Ngày duyệt bài: 20/7/2024

bacteria are generally resistant to multiple aminoglycosides, fluoroquinolones as well as beta-lactams and other agents. MBLs are NOT inhibited by clavulanic acid, sulbactam, tazobactam, or avibactam or substances developed from penicillanic acid sulfones and diazabicyclooctanes. Unlike KPC and OXA-48-like carbapenemases, typical bacteria are generally not susceptible to beta-lactamase inhibitors combinations such as ceftazidime-avibactam, meropenem-vaborbactam, imipenem-relebactam. Although some antibiotics are stable and beta-lactamase inhibitors combination are at different stages in drug development. Currently Cefiderocol is a potent drug, the developmental compounds boronate, taniborbactam ... are known and of special concern. These potential therapies and current treatment options for MBL-producing gram negative bacteria are the focus of this review.

Keywords: Metallo-beta-lactamases, XDR (Extensively drug resistance), MBL producing gram negative bacteria.

I. GIỚI THIỆU

Beta-lactam vẫn là nhóm thuốc kháng sinh quan trọng nhất để điều trị nhiễm trùng do vi khuẩn. Tuy vậy sự đề kháng với các thuốc beta-lactam ngày càng tăng qua trung gian beta-lactamase có thể thủy phân tất cả các loại kháng sinh beta-lactam^[3]. Có bốn lớp Beta-lactamase A, B, C và D theo phân loại Ambler. Phân loại theo cấu trúc và chất nền thì có thể chia làm 2 loại chính Serine beta-lactamase (SBL) (lớp A, C và D) và Metallo beta-lactamase (MBL) (lớp B). Hiện nay, Carbapenems là kháng sinh chọn lựa điều trị sau cùng vì có thể thoát được tác động của hầu hết beta-lactamase, tuy nhiên Carbapenem bị thủy phân bởi MBL và một vài SBL như KPC và OXA-48 like^[3,7].

MBL là enzyme có từ nhiễm sắc thể và có mặt trên một số vi khuẩn không lên men ít được quan tâm trong lâm sàng, bao gồm *Stenotrophomonas maltophilia*, *Aeromonas* spp., và *Chryseobacterium* spp.,. Một số các chủng *Bacteroides fragilis* có MBL, CfiA hoặc CcrA được mã hóa trên nhiễm sắc thể. Quan trọng hơn là các MBL thu được đang lây lan giữa các vi khuẩn của Enterobacterales và *Pseudomonas aeruginosa*^[3,6]; chúng có liên quan đến kiểu hình kháng thuốc mở rộng (XDR), với các vi khuẩn thường cũng kháng nhiều aminoglycoside, fluoroquinolones và các tác nhân khác cũng như beta-lactam. MBL không bị ức chế bởi acid clavulanic, sulbactam, tazobactam, avibactam hoặc sulfone acid penicillanic tạo thành và diazabicyclooctanes.

Các enzyme MBL lớp B được chia thành ba phân lớp B1, B2 và B3 dựa trên sự khác biệt về trình tự acid amin tại vị trí hoạt động, phối tử kẽm, phép đo cân bằng kẽm, kiến trúc vòng lặp và cấu trúc chất nền^[7]. Các MBL thu được quan trọng, bao gồm các loại IMP, NDM và VIM, xếp vào phân lớp B1 thủy phân tất cả các kháng sinh Betalactam hiện có ngoại trừ monobactams (vd: aztreonam)^[3,7]. Các MBL CphA (phân lớp B2) của *Aeromonas* spp. có hoạt tính phổ hẹp chỉ chống lại carbapenems.

II. DỊCH TỄ HỌC VÀ PHÂN PHỐI CÁC MBL THU ĐƯỢC

Vi khuẩn sản sinh MBL như enzyme IMP, VIM và NDM đã được xác định trong cộng đồng, bệnh viện và môi trường. Tỷ lệ lưu hành và tầm quan trọng của MBL thu được so với SBL rất khác nhau tùy theo quốc gia. Gánh nặng lớn nhất của MBL qua trung gian plasmid nằm ở Nam và Đông Nam Á,

nơi các loại NDM phổ biến. Như đã lưu ý, blaNDM-1 lần đầu tiên được xác định trong vi khuẩn được phân lập vào năm 2008 từ một bệnh nhân đã đi du lịch đến Thụy Điển từ Ấn Độ [7]. Các biến thể NDM sau đó đã được lan truyền trên toàn thế giới thông qua việc di chuyển và đi lại của bệnh nhân. NDM-1 và các biến thể của nó được phổ biến rộng rãi trên khắp Ấn Độ, Pakistan và Bangladesh.

III. VAI TRÒ CỦA MBL TRONG ĐỀ KHÁNG IN VITRO VÀ IN VIVO

Trước kia, MBL được xem là các enzyme mã hóa nhiễm sắc thể từ các vi sinh vật không gây bệnh như *Bacillus cereus* không quan trọng về mặt lâm sàng. Gần đây MBL có khả năng đề kháng gặp ở *Chryseobacterium* spp., *E. meningoseptica* và nhất là *S. maltophilia* gây tử vong cao do nhiễm khuẩn huyết đã thay đổi nhận thức này [7]. Từ năm 2010 với sự xuất hiện phổ biến của các MBL thu được, đặc biệt là NDM-1. Nhiều vi khuẩn sinh MBL kháng thuốc in vitro rộng rãi dẫn đến mối quan tâm thực sự do thiếu thuốc hiệu quả trong điều trị. Tuy nhiên khả năng kháng in vivo đối với carbapenem có thể thấp hơn so với in vitro, bởi vì trong môi trường cấy vi khuẩn có nồng độ kẽm cao, trong khi In vivo thường có tình trạng thiếu kẽm trong nhiễm trùng [6,7]. Việc thiếu kẽm này cản trở chức năng xúc tác của MBL và tác động thúc đẩy sự thoái hóa enzyme này trong ngoại chất (periplasm) của màng tế bào vi khuẩn [7].

Đối với VIM MBL, kết quả lâm sàng tương quan với MIC carbapenem, không có sự khác biệt đáng kể giữa in vitro-in vivo [7]. NDM MBL có vẻ gây kháng carbapenem trên bệnh nhân ít hơn so với các carbapenemases khác [7]. Tỷ lệ tử vong trong nhiễm trùng nặng do Enterobacterales với

blaNDM từ 13% đến 55%, thấp hơn so với tỷ lệ tử vong ở vi khuẩn sinh các MBL khác từ 18% đến 67% hoặc KPC carbapenemases từ 41% đến 65% [7].

IV. LỰA CHỌN ĐIỀU TRỊ HIỆN TẠI CHO VI KHUẨN SINH MBL

Sự kháng thuốc qua trung gian betalactamase đối với các kháng sinh betalactam ngày càng phức tạp do vi khuẩn có thể sản sinh đồng thời cả SBL và MBL, với SBL thì các kháng sinh betalactam kết hợp với các chất ức chế betalactamase như clavulanic acid, sulbactam, tazobactam hoặc avibactam có thể còn có hiệu quả, tuy nhiên nếu vi khuẩn đồng thời cùng sản sinh MBL thì việc điều trị nhiễm khuẩn hầu như sẽ thất bại [6,7]. Các kháng sinh có sẵn còn hiệu quả với các vi khuẩn sinh MBL không có nhiều, việc sử dụng hợp lý Polymyxin E, các dẫn chất của họ Tetracycline như tigecyclin, odamacyclin, eravacyclin và aztreonam, một monobactam ổn định với MBL là cần thiết bên cạnh việc tìm kiếm và phát triển của các chất ức chế phổ rộng với cả SBL và MBL được quan tâm đáng kể.

Với vi khuẩn Gram âm không lên men sản sinh MBL trong tự nhiên như *Stenotrophomonas maltophilia* thì Cotrimoxazole vẫn là thuốc được lựa chọn để điều trị vi khuẩn này, tuy nhiên hầu hết các Enterobacterales sản sinh MBL thu được có gene sul và dfr gây kháng thuốc với thuốc này [7]. Các gene mã hóa kháng với fluoroquinolones và aminoglycoside thường có mặt cùng với các gene mã hóa MBL thu được, đặc biệt gene bla_{NDM} thường liên kết với các gene mã hóa methyltransferase ArmA hoặc RmtB ngăn chặn sự liên kết của aminoglycoside gồm cả plazomicin; bla_{IMP} và bla_{VIM} thường có trên các integron, mã

hóa acetyltransferase tác động lên amikacin và tobramycin, nhưng không tác động lên gentamicin hoặc plazomicin [7].

Polymyxin E (Colistin):

Ngoại trừ các vi khuẩn họ Proteae như *Proteus* sp, *Morganella*, *Providentia* và *Serratia* sp., có khả năng kháng polymyxin nội tại. Polymyxin E (Colistin) là thuốc được lựa chọn điều trị chính cho các nhiễm trùng do vi khuẩn sinh MBL (NDM, IMP, VIM) như Enterobacterales và *P. aeruginosa* tuy nhiên hiệu lực của colistin đã giảm nhiều trong thời điểm hiện nay. Colistin cũng đã kém hiệu quả với các vi khuẩn sinh KPC và OXA-48 carbapenemases, so với các kết hợp chất ức chế betalactamase hoạt tính mới [7]. Sự xuất hiện kháng colistin trong quá trình điều trị, với sự lây truyền thứ cấp của các biến thể kháng thuốc, tác dụng bất lợi của thuốc trên thận là một mối quan tâm được chú ý hiện nay.

Tigecycline, omadacycline và eravacycline

Các kháng sinh tigecycline, omadacycline và eravacycline thuộc họ Tetracycline có hoạt tính in vitro mạnh chống lại nhiều Enterobacterales sản sinh MBL, nhưng không có hiệu quả với Proteae, và *P. aeruginosa* [7]. Các thuốc này chỉ được khuyến cáo sử dụng kết hợp, không dùng đơn trị liệu trong điều trị các vi khuẩn sản sinh MBL [7].

Aztreonam

Aztreonam là một monobactam ổn định với MBL, tuy nhiên thuốc này lại bị bất hoạt với các vi khuẩn sinh beta-lactamase phổ mở rộng (ESBLs) hoặc AmpC, phổ biến trong Enterobacterales vừa sản sinh MBL đồng thời với SBL. Một số thành công lâm sàng đã được ghi nhận khi điều trị aztreonam kết hợp với ceftazidime-avibactam [3,6,7], với mục tiêu

avibactam dùng để ức chế ESBL đã gợi ý một phác đồ phù hợp aztreonam-avibactam đang được phát triển.

Fosfomycin

Fosfomycin có hoạt tính in vitro chống lại Enterobacterales sản sinh MBL, được sử dụng trong nhiễm trùng phức tạp đường tiết niệu đặc biệt là *E. coli*, tuy nhiên thuốc được khuyến cáo sử dụng kết hợp do lo ngại về sự xuất hiện của kháng thuốc, đặc biệt là ở *Klebsiella* spp. [7]. Fosfomycin không chống *Pseudomonas* trực tiếp, nhưng tác dụng hiệp đồng in vitro được thấy khi kết hợp fosfomycin với meropenem chống lại các chủng *P. aeruginosa* sản sinh MBL [7], điều này cho thấy cần thiết đánh giá thêm in vivo.

V. CÁC CHIẾN LƯỢC THUỐC ĐIỀU TRỊ CHỐNG LẠI VI KHUẨN SINH MBL

Có bốn chiến lược chính trong điều trị chống lại các vi khuẩn sinh MBL: (1) bảo vệ các monobactams ổn định MBL khỏi các vi khuẩn đồng sản xuất beta-lactamase khác, vd với aztreonam-avibactam; (2) Phát triển các beta-lactam ổn định với cả MBL và SBL, ví dụ như cefiderocol và ancremonam; (3) Kết hợp cephalosporin hoặc carbapenem với các chất ức chế serine beta-lactamase diazabicyclooctan (DBO); (4) Ức chế trực tiếp MBL với boronat vòng, thiol, chelator, axit dicarboxylic và các tác nhân khác.

Aztreonam-avibactam: Một nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên giai đoạn 3 của aztreonam-avibactam đã được thực hiện từ năm 2020 để xác định hiệu quả, an toàn và khả năng dung nạp cho người lớn bị nhiễm trùng trong ổ bụng phức tạp, viêm phổi bệnh viện, nhiễm trùng đường tiết niệu phức tạp và nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm sản sinh MBL [6].

Ancremonam: Ancremonam là một monobactam giống như aztreonam, ổn định với MBL [6]. Không như aztreonam, ancremonam ổn định với nhiều serine betalactamase mạnh, gồm cả carbapenemases, ESBL và các loại AmpC [2,6]; Ancremonam liên kết với protein liên kết penicillin 3 (PBP3) tương tự như aztreonam, ngoài ra còn liên kết yếu với PBP1a và PBP1b của Enterobacterales [6].

Beta-lactams ổn định với MBL: Cefiderocol

Cefiderocol là một cephalosporin chứa sắt (siderophore) được cấp phép tại Hoa Kỳ, Anh và Liên minh châu Âu để điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp và nhiễm trùng do vi khuẩn Gram âm hiếu khí ở người lớn [3,7]. Cefiderocol ổn định đối với cả SBL và MBL, có hoạt tính tốt chống lại vi khuẩn gram âm trong ống nghiệm khi thiếu sắt, bao gồm CPE, *P. aeruginosa* và *A. baumannii* [3,7]. Cefiderocol đã chứng minh hiệu quả chống lại *P. aeruginosa* kháng carbapenem (IMP-1), *A. baumannii* (OXA-51) và *K. pneumoniae* (NDM-1) trong các mô hình nhiễm trùng đường hô hấp chuột.

Cephalosporin hoặc carbapenem kết hợp với diazabicyclooctane

Diazabicyclooctane (DBO) là nhóm chất ức chế serine betalactamase (SBL) [2,6,7]. DBO không ức chế trực tiếp MBL. Avibactam là chất ức chế betalactamase đầu tiên kết hợp với ceftazidim đã được FDA chấp thuận trong điều trị nhiễm trùng niệu phức tạp và viêm phổi mắc phải bệnh viện và viêm phổi liên quan đến thở máy, kể đến là relebactam kết hợp với imipenem/cilastatin được chấp thuận trong điều trị nhiễm trùng niệu phức tạp và nhiễm trùng ổ bụng có biến chứng. Duriobactam kết hợp với sulbactam đang được nghiên cứu để điều trị viêm phổi do

Acinetobacter baumannii kháng carbapenem. Nacubactam và zidebactam là các chất đồng dạng DBO kết hợp ức chế SBL với hoạt tính kháng khuẩn trực tiếp bằng cách ức chế PBP2 [3,4,6]. Kết hợp cefepime với zidebactam và cefepime hoặc meropenem với nacubactam có hiệu ứng "tăng cường" in vitro diệt được 75% vi khuẩn Enterobacterales sản sinh MBL. Cefepime-zidebactam cũng chống lại nhiều chủng *P. aeruginosa* sản sinh MBL và một thử nghiệm lâm sàng giai đoạn 3 đang được thực hiện [3,4,6].

Thuốc Boronat vòng (Cyclic boronate) taniborbactam ức chế trực tiếp MBL

Taniborbactam là boronate vòng ức chế trực tiếp MBL [1,4,7]. Hiệu quả của taniborbactam kết hợp với cefepime rất được quan tâm khi so sánh với vaborbactam là một boronate vòng ức chế β -lactamase được FDA phê chuẩn kết hợp với meropenem để điều trị nhiễm trùng đường tiết niệu và nhiễm trùng ổ bụng phức tạp.

Thuốc ức chế MBL chứa thiol và chất bắt giữ (chelate)

Các phân tử nhỏ liên kết và / hoặc bắt giữ (chelate) các ion kẽm bao gồm thiol, dicarboxylates, hydroxamate và tetrazole được nghiên cứu rộng rãi để ức chế MBL. Dipeptide L-captopril, một chất ức chế men chuyển angiotensin trong điều trị tăng huyết áp và cũng được báo cáo là ức chế MBL bằng cách bắt giữ các ion kẽm tại chỗ hoạt động thông qua nhóm thiol của nó [7]; đồng phân lập thể D tương ứng là một chất ức chế mạnh hơn, kết hợp với meropenem chống lại được các chủng có MBL VIM-2 [3,7], tuy nhiên việc dùng đồng phân D cần được đánh giá thêm về tính an toàn. Các hợp chất thio-carbonyl khác, như acid thiomandelic, kết hợp với meropenem chống lại Enterobacterales có các enzyme VIM, NDM và IMP [7].

Bisthiazolidines là các hợp chất bicyclic chứa carboxylate, được coi là chất tương tự penicillin ức chế MBL thông qua nhóm thiol bậc cầu kẽm. Bisthiazolidine ức chế enzyme NDM-1 in vitro, khôi phục hoạt động imipenem chống lại các chủng E. coli tạo ra NDM-1 [7].

Natri canxi EDTA, được ghi nhận đã khôi phục hoạt động in vivo của imipenem chống lại các chủng *P. aeruginosa* sản xuất enzyme IMP và VIM và chống lại các chủng E. coli sản xuất enzyme NDM-1. Nồng độ EDTA cao có khả năng tác động vào metalloenzyme của con người, bao gồm metalloproteinase matrix, anhydrase carbonic và carboxypeptidase, do đó hạn chế khả năng áp dụng lâm sàng và cần phải có thêm các nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên đánh giá cẩn thận vai trò của EDTA trong ứng dụng lâm sàng.

VI. KẾT LUẬN

MBL hiện diện khắp nơi trên toàn thế giới, đặc biệt là ở châu Á và thường được sản sinh bởi vi khuẩn gram âm với phổ kháng in vitro cực kỳ rộng. Không giống các carbapenemases như KPC và OXA-48, các vi khuẩn sinh MBL thường không nhạy cảm với các thuốc kết hợp chất ức chế betalactamase như ceftazidime-avibactam, meropenem-vaborbactam, imipenem-relebactam. Cách tiếp cận để khắc phục MBL bao gồm aztreonam được bảo vệ bởi avibactam, các betalactam ổn định như cefiderocol có thể là một câu trả lời tiềm năng đặc biệt là ancremonam. Các chất ức chế betalactamase mới và các hợp chất boronate vòng, taniborbactam,... được quan tâm đặc biệt. Cách tiếp cận khác là sự kết hợp của betalactam với diazabicyclooctane đặc biệt là cefepime-zidebactam và meropenem-nacubactam. Các chất ức chế nonboronate cần phải xem xét cẩn thận vấn đề độc tính, đặc biệt nếu chúng tương tác với các metalloenzyme khác hoặc là chelator nói

chung. Các lựa chọn điều trị hiện tại và các liệu pháp tiềm năng có thể đem lại nhiều hy vọng để điều trị các vi khuẩn gram âm sinh MBL một cách hiệu quả nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Emilio Lence, Concepcion Gonzalez Bello.** (2021). Molecular Basis of Bicyclic Boronate β -Lactamase Inhibitors of Ultrabroad Efficacy – Insights From Molecular Dynamics Simulation Studies. *Front Microbiol.*; 12: 721826.
2. **Flavie Bouchet, Heiner Atze, et al.** (2020) Diazabicyclooctane Functionalization for Inhibition of β -Lactamases from Enterobacteria. *J Med Chem.* May 28; 63(10):5257-5273. DOI:10.1021.
3. **Karen Bush and George A. Jacoby.** (2010) Updated Functional Classification of Beta-Lactamases. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, p. 969–976.
4. **K. Raja Reddy, Maxim Totrov, Olga Lomovskaya, et al.** (2022) Broad-spectrum cyclic boronate β -lactamase inhibitors featuring an intramolecular prodrug for oral bioavailability. *Bioorganic & Medicinal Chemistry*. Vol. 62, 15, 116722.
5. **Mohammad N. Ahmad, Arunava Dasgupta et al.** (2023) Ancremonam: Monobactam, Treatment of multidrug-resistant Enterobacteriaceae Infections. *Drug of the Future* Vol.48, n.2, 81-91 DOI: 10.1358/dof.202348/2.3400571.
6. **Samuel T. Cahill, Ricky Cain et al.** (2017) Cyclic Boronates Inhibit All Classes of Beta-Lactamases. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, Vol 61 Issue 4 e02260-16.
7. **Sara E. Boyd, David M. Livermore, David C. Hooper et al.** (2020) Metallo-Beta-Lactamases: Structure, Function, Epidemiology, Treatment Options, and the Development Pipeline *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, Vol 64 Issue 10 e00397-20.

VAI TRÒ CỦA THUỐC PERAMPANEL TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Nguyễn Văn Liệu¹, Vũ Thị Hình¹,
Nguyễn Thu Thảo¹, Nguyễn Thu Hà¹, Kiều Thị Hậu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động kinh là một bệnh lý thường gặp, chiếm tỷ lệ 0.5% đến 1% dân số¹. Hiện nay, thuốc vẫn là lựa chọn hàng đầu để điều trị động kinh. Perampanel là thuốc chống động kinh thế hệ mới, phổ rộng và ít tác dụng phụ².

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của Perampanel trong điều trị động kinh tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát, hồi cứu thực hiện trên 294 bệnh nhân động kinh điều trị với Perampanel tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ năm 2020 đến năm 2024.

Kết quả: 294 bệnh nhân (168 nam, 126 nữ) với tuổi trung bình là 28,7, độ tuổi khi bắt đầu điều trị perampanel nhỏ nhất là 4 tuổi và lớn nhất là 69 tuổi. Về phân loại, 67,3% bệnh nhân được chẩn đoán động kinh cục bộ, 10,9% cơn toàn thể, 21,8% động kinh không phân loại. Tỷ lệ động kinh kháng thuốc chiếm 73,1%. Tỷ lệ đáp ứng chung sau khi phối hợp Perampanel là 80,61%, trong đó 27,21% người bệnh không có cơn và 53,40% giảm số cơn. Có 54 bệnh nhân (18,37%) không thay đổi tần số cơn và 3 bệnh nhân

(1,02%) có cơn nặng hơn sau khi dùng thêm Perampanel. Đa số bệnh nhân (72,45%) được khởi đầu với liều điều trị Perampanel là 2mg. Có 35 (11,9%) bệnh nhân có tác dụng phụ, trong đó thường gặp nhất là mệt mỏi (11 bệnh nhân, chiếm 3,7%) và buồn ngủ (9 bệnh nhân, chiếm 3,1%), tuy nhiên đa số đều ở mức độ nhẹ. Một số tác dụng phụ khác gặp phải như ăn uống kém, rối loạn giấc ngủ, đau đầu, chóng mặt, giảm trí nhớ, kích động.

Kết luận: Perampanel có thể giúp cải thiện hiệu quả điều trị khi dùng phối hợp với các thuốc chống động kinh khác. Một số tác dụng phụ gặp phải như mệt mỏi, buồn ngủ, chóng mặt.

Từ khóa: Thuốc chống động kinh, động kinh, Perampanel, điều trị kết hợp.

SUMMARY

THE ROLE OF PERAMPANEL IN TREATMENT OF EPILEPSY PATIENTS AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL

Background: Epilepsy is a common disorder, affecting approximately 0.5% to 1% of the population¹. Currently, medication remains the primary treatment option for epilepsy. Perampanel is a new-generation, broad-spectrum antiepileptic drug with fewer side effects².

Objective: Evaluate the role of Perampanel in the treatment of epilepsy patients at Tam Anh General Hospital.

Method: Observational, retrospective study conducted on 294 epilepsy patients treated with

¹Khoa Thần kinh - Đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Liệu
SĐT: 0913367330

Email: lieutk@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện: 12/7/2024

Ngày duyệt bài: 08/8/2024

Perampanel at Tam Anh General Hospital from 2020 to 2024.

Results: 294 patients (168 men, 126 women) with an average age of 28.7 years, the youngest used perampanel being 4 years old and the oldest being 69 years old. Regarding classification, 67.3% of patients were diagnosed with partial epilepsy, 10.9% with generalized seizures, and unclassified epilepsy. The rate of drug-resistant epilepsy accounts for 73.1%. The general response rate after combining Perampanel was 80.61%, of which 27.21% of patients had free seizure and 53.40% had a reduction in the number of attacks. There were 53.4 patients (18.37%) who had no change after treatment and 3 patients (1.02%) had more severe attacks after adding Perampanel. The majority of patients (72.45%) were started with a Perampanel treatment dose of 2 mg. Adverse effects were observed in 35 patients (11.9%), with the most common being fatigue (11 patients, 3.7%) and somnolence (9 patients, 3.1%), mostly mild. Other reported side effects included poor appetite, sleep disturbances, headache, dizziness, memory impairment, and irritability.

Conclude: Perampanel may help improve treatment effectiveness when used in combination with other antiepileptic drugs. Some side effects encountered include fatigue, drowsiness, dizziness, allergies, and agitation.

Keywords: Antiepileptic drugs; epilepsy; Perampanel, combined therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một bệnh mạn tính đặc trưng bởi các cơn co giật có tính định hình lặp lại nhiều lần, xảy ra đột ngột và ngắn, do hiện tượng phóng lực kích phát và đồng bộ của một quần thể neuron¹. Theo WHO, tỷ lệ người bệnh động kinh chiếm khoảng 0.5-1%

dân số và được xem là một thách thức lớn đối với nền y học hiện đại, đặc biệt với các nước đang phát triển³. Perampanel (Fycompa) là thuốc đầu tiên trong nhóm chống động kinh thế hệ mới với cơ chế đối kháng thụ thể AMPA chọn lọc, không cạnh tranh. Vào năm 2013, hơn 40 nước Hoa Kỳ và châu Âu đã phê duyệt Perampanel điều trị phối hợp với nhóm thuốc khác trong trường hợp cơn động kinh cục bộ có hoặc không có cơn động kinh toàn thể thứ phát cho bệnh nhân từ 12 tuổi trở lên³. Hiệu quả của Perampanel đã được chứng minh trong ba thử nghiệm pha III đa trung tâm, mù đôi, ngẫu nhiên, có đối chứng trên những bệnh nhân có cơn động kinh khởi phát cục bộ kháng trị và đã dùng từ 1 đến 3 thuốc kháng động kinh⁴. Một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả và độ an toàn của Perampanel kéo dài 3 tháng và 1 năm cho thấy khoảng 40 – 65% bệnh nhân giảm được 50% cơn động kinh, tuy nhiên những nghiên cứu này đánh giá hiệu quả tương đối ngắn hạn⁵. Tại Việt Nam đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào báo cáo về hiệu quả của Perampanel trong điều trị động kinh. Do vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá vai trò của Perampanel trong điều trị động kinh tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ năm 2020 đến năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ở tất cả nhóm tuổi được chẩn đoán động kinh và được điều trị với Perampanel tại bệnh viện Đa khoa Tâm Anh.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán động kinh dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán động kinh của ILAE năm 1981.

Bệnh nhân được điều trị Perampanel (Fycopan) đơn hoặc đa trị liệu (điều trị phối hợp với 1 hoặc nhiều loại thuốc chống co giật trước đó).

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không có đủ số liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát, hồi cứu thực hiện trên 294 bệnh nhân động kinh điều trị với Perampanel tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ năm 2020 đến năm 2024. Thời gian theo dõi đánh giá hiệu quả thuốc trung bình là 412 ngày, ít nhất là 134 ngày và dài nhất là 1312 ngày. Trong thời gian quan sát hiệu quả của Perampanel, các thuốc chống động kinh khác đang được dùng cho bệnh nhân không thay đổi. Bệnh nhân giảm được >50% số cơn động kinh được coi là có giảm cơn, giảm 0-

50% được coi là không thay đổi, tăng > 50% số cơn động kinh được coi là nặng hơn.

Nghiên cứu thu thập tác dụng phụ sau điều trị Perampanel thông qua thông tin được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án điện tử tại phần mềm quản lý bệnh viện, bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

2.2.2. Công cụ nghiên cứu: Bệnh án nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án điện tử tại phần mềm quản lý bệnh viện, bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

2.2.4. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Thu thập số liệu đầy đủ từ bệnh án điện tử trước, trong và sau quá trình bệnh nhân được sử dụng Perampanel.

Bước 2: Làm sạch và nhập số liệu.

Bước 3: Xử lý và phân tích số liệu.

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố theo nhóm tuổi

Tuổi khởi phát	Tần số	Tỷ lệ (%)
Dưới 1 tuổi	19	6,5
1 - 9	77	26,2
10 - 19	79	26,9
20 - 29	27	9,2
30 - 39	14	4,7
Trên 40 tuổi	7	2,4
Không có thông tin	71	24,1
Tổng	294	100

Nhận xét: Trong số 294 bệnh nhân nghiên cứu, có 168 nam và 126 nữ, với độ tuổi khởi phát cơn động kinh từ 10 – 19 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất là 26,9%. Độ tuổi trung bình khi bắt đầu điều trị perampanel là 28,7 tuổi, nhỏ nhất là 4 tuổi và lớn nhất là 69 tuổi.

3.2. Phân loại cơn động kinh trước khi điều trị Perampanel

Bảng 3.2: Phân loại cơn động kinh

Cơn lâm sàng	Tần số	Tỷ lệ %
Động kinh toàn thể co cứng co giật	32	10,9
Động kinh cục bộ	198	67,3
Không rõ cơn	64	21,8
Tổng	294	100

Nhận xét: Trên lâm sàng, dạng động kinh cục bộ thường gặp hơn dạng cơn động kinh toàn thể co cứng co giật, với tỷ lệ 67,3% so với 10,9%.

3.3. Chẩn đoán động kinh kháng thuốc trước khi điều trị Perampanel

Bảng 3.3: Phân loại động kinh kháng thuốc

Động kinh kháng thuốc	Tần số	Tỷ lệ %
Không	79	26,9
Có	215	73,1
Tổng	294	100

Nhận xét: Bệnh nhân dù được điều trị hợp lý với 2 thuốc chống động kinh, không đạt được ít nhất một năm không có cơn hoặc 3 lần khoảng không có cơn trước đây, chiếm tỷ lệ cao (73.1%).

3.4. Kết quả liên quan đến điều trị Perampanel

Bảng 3.4: Tình trạng kiểm soát cơn động kinh bằng Perampanel

Kiểm soát cơn động kinh	Tần số	Tỷ lệ %
Không có cơn	80	27,2
Giảm số cơn	157	53,4
Không thay đổi	54	18,4
Tăng nặng số cơn	3	1
Tổng	294	100

Nhận xét: Trong khoảng thời gian theo dõi, 80 bệnh nhân được quan sát thấy hết cơn động kinh (chiếm tỷ lệ 27,2%), 157 bệnh nhân giảm số cơn (53,4%), 18,4% số bệnh nhân không thay đổi số cơn và 1% số bệnh nhân xuất hiện nhiều cơn hơn trước khi điều trị phối hợp Perampanel.

3.5. Tác dụng phụ sau điều trị Perampanel

Bảng 3.5: Tác dụng phụ sau điều trị Perampanel

Tác dụng phụ	Tần số	Tỷ lệ %
Không	262	89,1
Buồn ngủ	9	3,1

Mệt mỏi	11	3,7
Đau đầu	2	0,7
Chóng mặt	4	1,4
Đị ứng	3	1,0
Rối loạn trí nhớ	2	0,7
Kích động	1	0,3
Ăn uống kém	3	1,0
Tổng	294	100

Nhận xét: 35 bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ. Tác dụng phụ thường gặp nhất là mệt mỏi và buồn ngủ (lần lượt là 11 và 9 bệnh nhân với tỷ lệ 3,7% và 3,1%), tiếp theo là tình trạng chóng mặt (4 bệnh nhân, 1,4%), dị ứng (3 bệnh nhân, 1%), kích động (1 bệnh nhân, 0,3%).

Tác dụng phụ dẫn đến việc ngừng thuốc là các hành vi hung hăng và thờ ơ. Các trường hợp khác có tác dụng phụ tạm thời hoặc ảnh hưởng tối thiểu đến hoạt động hàng ngày.

IV. BÀN LUẬN

Động kinh thường được ưu tiên điều trị khởi đầu bằng đơn trị liệu, tuy nhiên có một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân cần phác đồ phối hợp nhiều thuốc kháng động kinh. Perampanel được chứng minh có tác dụng rõ ràng đối với cơn động kinh cục bộ có hoặc không có động kinh toàn thể. Nghiên cứu hiện tại đã chứng minh rằng tần suất các cơn động kinh giảm đi khi dùng bổ sung Perampanel³.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu vẫn là nhóm động kinh cục bộ (chiếm 67,3%). Nhóm động kinh kháng trị chiếm tỷ lệ 73,1%.

Hiệu quả của điều trị Perampanel được nghiên cứu dựa trên các biến số về tần suất cơn động kinh sau điều trị so với trước điều trị. Các thử nghiệm giai đoạn III trên những bệnh nhân động kinh cục bộ kháng thuốc cho thấy hiệu quả của Perampanel theo thời gian. Với liều khởi đầu 2mg, tối đa 12mg/ngày, tỷ lệ giảm cơn động kinh chiếm 41,4%⁵. Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy sự tương đồng, cụ thể tỷ lệ đáp ứng chung sau khi phối hợp Perampanel đạt 80,61%, trong đó 27,21% người bệnh cắt cơn hoàn toàn và 53,40% giảm số cơn. Có 54 bệnh nhân (18,37%) không thay đổi tần suất cơn và 3 bệnh nhân (1,02%) có cơn nặng hơn sau khi dùng thêm Perampanel. Đa số bệnh nhân (72,45%) trong nghiên cứu của chúng tôi được khởi đầu với liều điều trị Perampanel là 2mg.

Một nghiên cứu của Tây Ban Nha đánh giá 281 bệnh nhân trong thời gian một năm điều trị phối hợp Perampanel trên đối tượng bệnh nhân có các cơn động kinh cục bộ có hoặc không có động kinh toàn thể hóa cho thấy tần số cơn giảm 77,4% ở động kinh cục bộ và 58,1% ở động kinh cục bộ toàn thể hóa.

Trong hai thử nghiệm giai đoạn II trên tổng số 206 và 208 bệnh nhân với liều dao động 4-12mg/ngày, 5 bệnh nhân đã ngừng điều trị do tác dụng phụ⁴. Tỷ lệ tác dụng phụ lần lượt là 62,7% và 66,7%, trong đó chóng mặt và buồn ngủ chiếm trên 10%⁴. Nghiên cứu của chúng tôi trên tổng số 294 bệnh nhân cho kết quả có 33 (11,9%) bệnh nhân có tác dụng phụ, trong đó thường gặp nhất là mệt mỏi (11 bệnh nhân chiếm 3,7%) và buồn ngủ (9 bệnh nhân chiếm 3,1%), tuy nhiên đa số đều ở mức độ nhẹ. Tỷ lệ gặp và tần suất gặp tác dụng phụ khác nhau có thể liên quan đến phương pháp chọn mẫu, cỡ mẫu, định nghĩa khác nhau. Một số tác dụng phụ khác gặp phải như ăn uống kém, rối loạn giấc ngủ, đau đầu, chóng mặt, giảm trí nhớ, kích động. Một số nghiên cứu đã báo cáo các phản ứng dị ứng nghiêm trọng sau khi dùng Perampanel như hội chứng DRESS và hội chứng Stevens – Johnson, tần suất chưa rõ ràng, do vậy, tại thời điểm điều trị cần thông báo về nguy cơ dị ứng⁴. Cũng giống như nhiều loại thuốc chống động kinh khác, Perampanel hiện không được khuyến cáo sử dụng cho đối tượng phụ nữ mang thai.

V. KẾT LUẬN

Perampanel có thể giúp cải thiện hiệu quả điều trị khi dùng phối hợp với các thuốc chống động kinh khác, đáp ứng tốt với các cơn động kinh đặc biệt là động kinh cục bộ kháng trị. Một số tác dụng phụ gặp phải như mệt mỏi, buồn ngủ, chóng mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Epilepsy.** Accessed June 25, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.
2. **Faulkner MA.** Spotlight on perampanel in the management of seizures: design, development and an update on place in therapy. *Drug Des Devel Ther.* 2017; 11:2921-2930. doi:10.2147/DDDT.S122404.
3. **Montouris G, Yang H, Williams B, Zhou S, Laurenza A, Fain R.** Efficacy and safety of perampanel in patients with drug-resistant partial seizures after conversion from double-blind placebo to open-label perampanel. *Epilepsy Res.* 2015;114:131-140. doi:10.1016/j.eplepsyres.2015.04.011.
4. **Rugg-Gunn F.** Adverse effects and safety profile of perampanel: A review of pooled data. *Epilepsia.* 2014;55(s1): 13-15. doi:10.1111/epi.12504.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: GÓP PHẦN KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP KHÁNG TRỊ/SUY THẬN, THẬN NHÂN TẠO CHU KÌ BẰNG NÚT TẮC ĐỘNG MẠCH THẬN MẤT CHỨC NĂNG TẠI BVĐK TÂM ANH HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Hiền¹, Hoàng Đức Thăng¹

TÓM TẮT

Chúng tôi báo cáo một trường hợp nút tắc động mạch thận mất chức năng hai bên để kiểm soát tăng huyết áp kháng trị ở bệnh nhân suy thận, thận nhân tạo chu kì. Bệnh nhân nữ 26 tuổi, phát hiện suy thận và chạy thận nhân tạo từ năm 2014. Bệnh nhân đã được ghép thận năm 2016, đến năm 2018 xuất hiện thải ghép. Năm 2020, bắt đầu tăng huyết áp, ngày càng tăng và đáp ứng kém với điều trị. Năm 2022 người bệnh đã được đốt hạch thần kinh giao cảm điều trị tăng huyết áp nhưng không hiệu quả. Tháng 04/2024 bệnh nhân đã được phẫu thuật lấy bỏ thận ghép. Từ cuối năm 2023 đến tháng 05/2024 bệnh nhân phải dùng 05 loại thuốc hạ huyết áp, uống thuốc 08 lần/ ngày, HATT thường xuyên ở mức 200-250mmHg.

Bệnh nhân đã được can thiệp nút tắc động mạch thận mất chức năng hai bên ngày 29/05/2024 tại BVĐK Tâm Anh Hà Nội. Hiện tại, sau 06 tuần nút mạch, huyết áp trung bình trong ngày của người bệnh là 130/80mmHg, liều thuốc huyết áp giảm một nửa so với trước can thiệp.

Từ khóa: Nút tắc động mạch thận, tăng huyết áp không kiểm soát, thận nhân tạo.

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiền

SĐT : 0912188969

Email: hiennx@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện: 25/7/2024

Ngày duyệt bài: 27/7/2024

SUMMARY

RENAL ARTERY EMBOLIZATION IN CHRONIC RENAL FAILURE FOR CONTROL HYPERTENSION RESISTANT

We report a case of bilateral renal artery embolization of nonfunction kidney to control the drug resistant persistent hypertension in a patient with end stage renal disease. A-26 years old women with renal failure and has been on hemodialysis since 2014. Renal transplantation was performed at 2016, but two years later appeared graft intolerance syndrome. Since 2020, the patient has appeared hypertention, which was increasing and responding poorly to treatment. A radiofrequency ablation of the renal sympathetic nerves was performed at 2022, but hypertention condition uncontrol. April 2024, a graft nephrectomy was performed. From the end of 2023 to May 2024, the patient must take 5 types of drugs treating hypertention, and take them 8 times per day, her SBP was 200-250mmHg.

Patient was performed renal artery embolization at Ha Noi Tam Anh general hospital on 29May-2024. Currently, after 6 weeks of embolization, the patient's average daily blood pressure is 130/80 mmHg and the dose of drugs treating hypertension reduced by half compared to before embolization.

Keywords: drug resistant persistent hypertension, renal artery embolization (RAE).

I. TỔNG QUAN

Tăng huyết áp (THA) kháng trị hay THA trở ở bệnh nhân suy thận, thận nhân tạo chu kỳ khá phổ biến mặc dù người bệnh đã được lọc máu và sử dụng nhiều loại thuốc hạ huyết áp. Trước đây, phẫu thuật loại bỏ hai thận mất chức năng là giải pháp cuối được khuyến cáo để điều trị các trường hợp này. Gần đây một số tác giả trên thế giới đã thực hiện thủ thuật nút tắc động mạch thận mất chức năng hai bên thay thế cho phẫu thuật cắt bỏ thận. Đây là phương pháp xâm lấn tối thiểu, an toàn và hiệu quả, góp phần kiểm soát huyết áp đồng thời tránh được các biến cố và tử vong liên quan đến phẫu thuật¹.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, sinh năm 1998, phát hiện suy thận và chạy thận nhân tạo chu kỳ từ năm 2014. Năm 2016, bệnh nhân đã được ghép thận, nhưng đến năm 2018 thì xuất hiện thái

ghép. Từ năm 2020, bệnh nhân bắt đầu có tăng huyết áp, ngày càng tăng và đáp ứng kém với điều trị. Năm 2022, bệnh nhân đã được đốt hạch thần kinh giao cảm bằng sóng cao tần (RFA) để điều trị tăng huyết áp nhưng không hiệu quả. Từ cuối năm 2023 đến thời điểm tháng 05 năm 2024, bệnh nhân phải dùng 05 loại thuốc điều trị tăng huyết áp, uống thuốc 08 lần mỗi ngày nhưng huyết áp tâm thu thường xuyên cao ở mức 200-250mmHg. Tháng 04/2024, bệnh nhân đã được phẫu thuật lấy bỏ thận ghép.

Bệnh nhân được thực hiện nút tắc động mạch thận mất chức năng hai bên ngày 29/05/2024. Đường vào qua động mạch đùi chung bên phải; gây tắc động mạch nhu mô thận bằng hạt cỡ 300-500 μm , sau đó tắc cuống động mạch thận phải bằng keo sinh học Histoacryl pha với Lipiodol (tỉ lệ 1/4), tắc cuống động mạch thận trái bằng 02 coils (8x30mm và 7x30mm). Thủ thuật can thiệp tiến hành thuận lợi, an toàn, không tai biến.



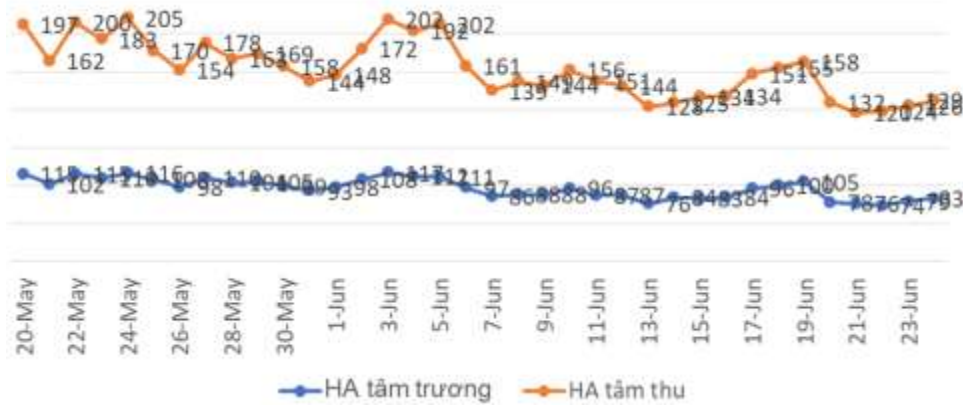
Hình 1. Ảnh chụp động mạch thận phải trước và sau khi nút mạch



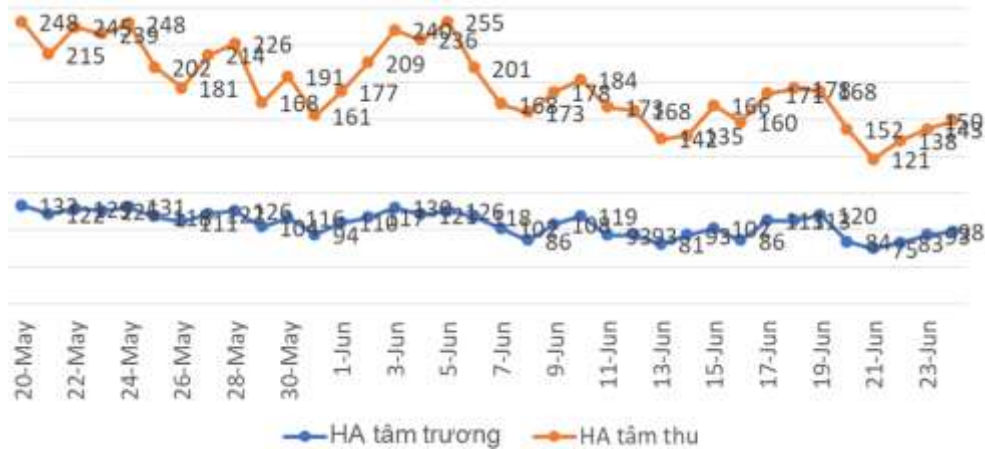
Hình 2. Ảnh chụp động mạch thận trái trước và sau khi nút mạch

Ngay sau nút mạch bệnh nhân có đau nhẹ vùng hố thắt lưng hai bên, huyết áp 145/100mmHg.

Hiện sau nút mạch 06 tuần, huyết áp trung bình trong ngày của người bệnh là 130/80mmHg, với liều thuốc hạ áp phải dùng còn bằng một nửa so với trước can thiệp.



Biểu đồ 1. Huyết áp trung bình trong ngày trước và sau khi nút mạch



Biểu đồ 2. Định huyết áp trong ngày của bệnh nhân trước và sau nút mạch

III. BÀN LUẬN

Cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp kháng trị ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối rất phức tạp, nó được cho là do hoạt hoá hệ thống Renin-Angiotensin-Aldosterone và hoạt động quá mức của hệ thần kinh giao cảm^{2,3}. Mao và cộng sự thấy rằng, sau nút tắc động mạch thận (renal artery embolization – RAE), nồng độ PRA (plasma renin activity), Angiotensin II và Endothelin-1 (ET-1) trong huyết tương bệnh nhân giảm đáng kể, điều này được cho là do sự cắt bỏ các tế bào biểu mô cầu thận, trung mô và ống góp^{4,5}.

Quản lý tăng huyết áp kháng trị ở những bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối trước đây được thực hiện bằng cách phẫu thuật cắt bỏ thận mất chức năng hai bên (mổ nội soi hoặc mổ mở), có tỉ lệ mắc bệnh (45-58%) và tỉ lệ tử vong (0-10%) tùy từng nghiên cứu. Gần đây RAE được mô tả là một phương pháp thay thế an toàn và hiệu quả¹.

Trên bệnh nhân cụ thể này, chúng tôi thực hiện chụp và nút động mạch nhu mô thận bằng hạt trước khi tắc cuống bằng keo sinh học và coils, giúp cho việc tắc mạch được triệt để hơn, tránh tái thông. Đây là điểm khác biệt so với các tác giả khác khi họ chỉ thực hiện tắc cuống động mạch thận. Với động mạch thận phải có cuống đủ dài chúng tôi lựa chọn tắc cuống bằng keo sinh học để đảm bảo hiệu quả và tiết kiệm chi phí, trong khi động mạch thận trái có cuống ngắn, việc sử dụng keo không an toàn do vậy chúng tôi đã quyết định dùng coils để nút tắc.

IV. KẾT LUẬN

Nút tắc động mạch thận mất chức năng ở người bệnh THA kháng trị/ suy thận, thận nhân tạo chu kì là phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu, an toàn, góp phần kiểm soát được huyết áp, giảm liều thuốc hạ áp,

tránh nguy cơ tim mạch và các tác dụng phụ của thuốc hạ áp cũng như tránh được các biến cố và nguy cơ tử vong khi thực hiện phẫu thuật cắt bỏ thận mất chức năng.

Bước đầu đã thành công trên bệnh nhân cụ thể, mở ra hướng điều trị mới, an toàn, hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vaclavik J, Kvapil T, Cerna M, et al.** Bilateral renal artery embolization in end-stage renal disease and resistant hypertension. *Journal of Hypertension*. 2021;39: e294-e295. doi:10.1097/01.hjh.0000747848.40444.e8.
2. **Alhamid N, Alterky H, Othman MI.** Renal artery embolization for managing uncontrolled hypertension in a kidney transplant candidate. *Avicenna J Med*. Jan 2013;3(1): 23-5. doi:10.4103/2231-0770.112791.
3. **Millard FC, Hemingway AP, Cumberland DC, Brown CB.** Renal embolization for ablation of function in renal failure and hypertension. *Postgrad Med J*. Oct 1989; 65(768): 729-34. doi:10.1136/pgmj.65.768.729.
4. **Mao Z, Ye C, Mei C, et al.** Comparison of unilateral renal artery embolization versus bilateral for treatment of severe refractory hypertension in hemodialysis patients. *World J Urol*. Oct 2009;27(5):679-85. doi:10.1007/s00345-009-0388-y.
5. **Nahida Khan JJ, 1 Seyed Mahdi, 2Anna Maria Belli, 2 Tarek F Antonios 1, 2.** Severe malignant hypertension following renal artery embolization: a crucial role for the renal microcirculation in the pathogenesis of hypertension? *Journal of Cardiology & Current Research*. 2017;9(3):11-12.

MÔ HÌNH BỆNH LÝ CƠ XƯƠNG KHỚP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI

Đặng Hồng Hoa¹, Diệp Xuân Hoàng¹, Trần Thị Hoài Thanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý cơ xương khớp là một trong nhóm các bệnh không lây nhiễm phổ biến, chủ yếu là các bệnh mạn tính tiến triển kéo dài. Việc xác định mô hình bệnh tật tại một cơ sở y tế cụ thể là mục tiêu quan trọng trong công tác quản lý, góp phần phát triển chính sách nghiên cứu, đào tạo, khám chữa bệnh phù hợp, giúp nâng cao chất lượng chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho người bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm bệnh tật của người bệnh (NB) đến khám và điều trị tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

Đối tượng nghiên cứu: 8329 hồ sơ khám ngoại trú và 620 bệnh án nội trú của NB tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội trong năm 2023 (từ 01/01/2023 đến 31/12/2023).

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình của NB đến khám là 51,61, tỷ lệ nữ giới là 60,7%. Các nhóm bệnh phổ biến là đau cổ và thắt lưng (2093 NB); thoái hóa khớp (1873 NB), bệnh lý phần mềm quanh khớp (1407 NB), nhóm bệnh lý khớp viêm gồm 1359 NB, trong đó bệnh viêm khớp cột sống có 1016 NB (74,76%).

Kết luận: Phân bố tỷ lệ bệnh tật trong nhóm bệnh lý cơ xương khớp ở Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh cũng tương tự như các bệnh viện đầu ngành ở trong nước và quốc tế.

Từ khóa: Đặc điểm bệnh tật, khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

SUMMARY

PATTERNS OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS AT TAM ANH HA NOI HOSPITAL

Background: Musculoskeletal diseases are one of the common non-communicable diseases, mainly chronic diseases that progress over a long period of time. Determining disease patterns at a specific medical facility is an important goal in management, contributing to the development of appropriate research, training, and medical examination and treatment policies, helping to improve the quality of care and protect the health of patients.

Objective: Describe the disease characteristics of patients including outpatients and inpatients at the Rheumatology department of Tam Anh Hospital in 2023.

Method: Cross-sectional descriptive study on 8329 outpatient medical records and 620 inpatient medical records of patients at the Rheumatology department of Tam Anh Hanoi Hospital in 2023 (from January 1st, 2023, to December 31st, 2023).

Results: The average age of the patients examined was 51.61 years old, of which the proportion of women was 60.7%. The most

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hồng Hoa
SĐT : 0912436445

Email: hoadh@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện: 03/8/2024

Ngày duyệt bài: 05/8/2024

common disease groups observed were neck and back pain (2,093 patients), osteoarthritis (1,873 patients), and soft tissue rheumatism (1,407 patients). A significant proportion of patients were diagnosed with inflammatory joint and spine diseases, with spondyloarthritis being the most prevalent (1,016 patients, accounting for 74.76% of the cases).

Conclusion: The distribution of the musculoskeletal disease group at Tam Anh General Hospital is similar to that of leading hospitals domestically and internationally.

Keywords: disease characteristics, Rheumatology department of Tam Anh Ha Noi General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý cơ xương khớp là nhóm bệnh lý phổ biến, chủ yếu là các bệnh lý mạn tính, tiến triển kéo dài. Một nghiên cứu năm 2019 cho thấy khoảng 1,71 tỷ người trên thế giới có những vấn đề về cơ xương khớp¹. Nếu các bệnh lý tim mạch là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong thì bệnh lý cơ xương khớp đứng đầu trong một loạt nguyên nhân dẫn đến tàn phế. Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội được thành lập nhằm đáp ứng nhu cầu khám, tầm soát và điều trị bệnh cơ xương khớp đang ngày càng gia tăng ở Hà Nội và các địa phương khác trên toàn quốc. Việc đánh giá đặc điểm mô hình bệnh

tật và tìm hiểu các yếu tố liên quan tại một cơ sở y tế là mục tiêu quan trọng trong công tác quản lý, là cơ sở dữ liệu để xây dựng kế hoạch phát triển về nguồn nhân lực, trang thiết bị, vật tư, thuốc phù hợp với nhu cầu thực tiễn, giúp nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh, đảm bảo người bệnh nói chung và bệnh nhân cơ xương khớp nói riêng được chăm sóc và bảo vệ sức khỏe toàn diện. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh tật của bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội trong năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Địa điểm và thời gian:** Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

- **Đối tượng nghiên cứu:** 8329 hồ sơ khám ngoại trú và 620 bệnh án nội trú NB.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang (hồi cứu trên các bệnh án điện tử có sẵn).

- **Các chỉ tiêu nghiên cứu:** đặc điểm chung: tuổi, giới. Thông tin về chẩn đoán: thời điểm thăm khám, bệnh chính, bệnh đồng mắc.

- **Xử lý số liệu** trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhóm bệnh nhân	Ngoại trú (n = 8329)	Nội trú (n = 620)
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	51,61 \pm 15,278	55,17 \pm 17,408
Giới nữ (%)	60,7	60,3
Tỷ lệ Daycare (%)	---	8,23%

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân ngoại trú và nội trú lần lượt là 51,61 và 55,17 tuổi, trong đó nữ giới chiếm trên 60%, tỷ lệ bệnh nhân Daycare chiếm 8,23% bệnh nhân nhập viện.



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu phân bố theo bệnh và nhóm bệnh (n = 8329)

Nhận xét: Các bệnh và nhóm bệnh thường gặp tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Tâm Anh là đau cổ và lưng (2093 BN); thoái hóa khớp (1873 NB) và bệnh lý phần mềm quanh khớp (1407 NB). Nhóm bệnh lý nhiễm khuẩn cơ xương khớp, bệnh lý mô liên kết và dị dạng khớp, cột sống chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 3.2. Tỷ lệ bệnh – tuổi giới của người bệnh ngoại trú theo nhóm bệnh thường gặp (n=8329)

Chẩn đoán	n (%)	Nữ/nam	Tuổi TB
Bệnh lý thoái hóa khớp và cột sống	2540 (100)	2,12/1	57,20
Thoái hóa cột sống	1048 (41,26)	1,73/1	53,5
Thoái hóa khớp gối	1382 (54,41)	2,62/1	60,11
Thoái hóa khớp háng	18 (0,71)	1,25/1	65,39
Thoái hóa khớp cổ bàn ngón tay	13 (0,51)	1,17/1	60,69
Thoái hóa các khớp khác	79 (3,11)	1,26/1	52,86
Các bệnh phần mềm quanh khớp	1407 (100)	1,98/1	54,26
Viêm quanh khớp vai	826 (58,71)	1,79/1	56,16
Hội chứng ống cổ tay	188 (13,36)	5,48/1	54,65
Viêm gân	187 (13,29)	2,02/1	49,95
Các bệnh lý khác	206 (14,64)	1,42/1	50,17
Bệnh lý viêm khớp cột sống	1016 (100)	1,50/1	52,38
Viêm khớp cột sống thể trục	328 (32,28)	0,72/1	48,64
Viêm khớp cột sống thể ngoại vi	40 (03,94)	3/1	50,28
Viêm khớp cột sống thể hỗn hợp	460 (45,26)	2,24/1	54,97
Viêm khớp vảy nến	43 (04,23)	0,39/1	51,21
Viêm khớp cột sống không phân loại	145 (14,29)	3,5/1	53,55
Bệnh mô liên kết	34	10,33	46,50
Lupus ban đỏ hệ thống	12	12/0	43,75
Viêm da cơ – viêm đa cơ	02	2/0	40

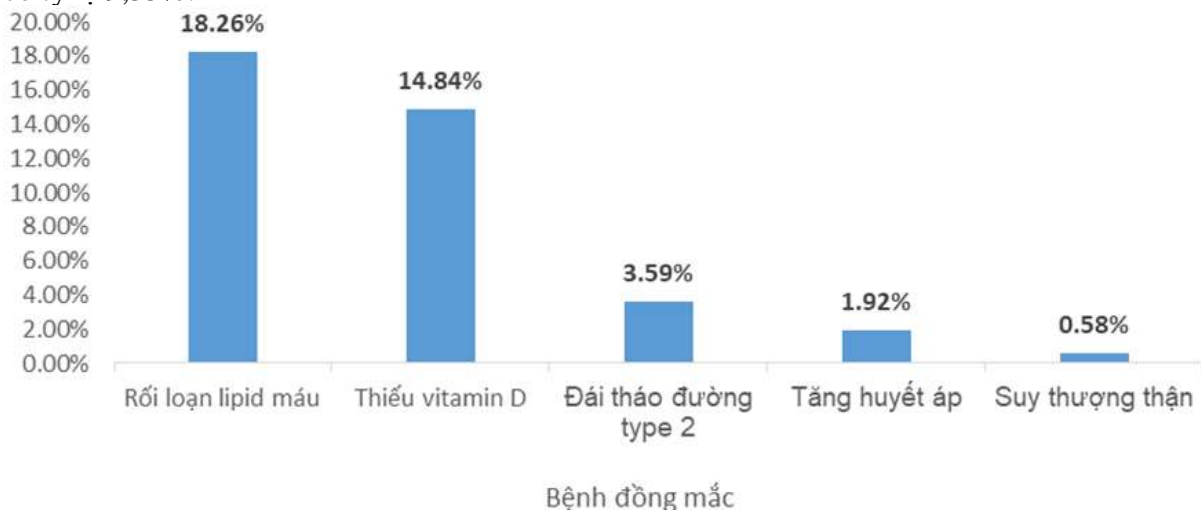
Xơ cứng bì	09	3,5/1	44,11
Các bệnh mô liên kết khác	11	10/1	53,46

Nhận xét: Thoái hóa khớp gối và thoái hóa cột sống là các bệnh thường gặp trong nhóm bệnh lý thoái hóa khớp và cột sống, với tỷ lệ lần lượt là 54,41% và 41,26%. Viêm khớp phổ biến nhất (58,71%). 1016 BN được chẩn đoán viêm khớp cột sống (chiếm 74,76% trong nhóm bệnh lý khớp viêm); trong đó chủ yếu là viêm khớp cột sống thể hỗn hợp (45,26%).

Bảng 3.3: Mười bệnh/nhóm bệnh thường gặp theo mã ICD ở người bệnh điều trị nội trú (n=620)

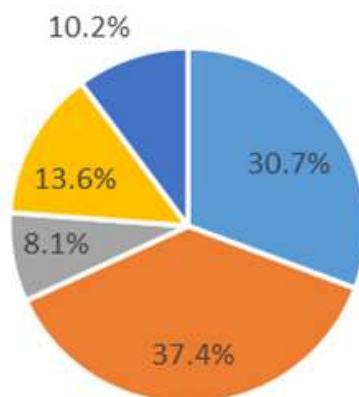
TT	Bệnh/nhóm bệnh (Mã ICD)	Nam n (%)	Nữ n (%)	Tổng n (%)
1	Đau cột sống thắt lưng (M54.5)	30 (36,14)	53 (63,86)	83 (13,39)
2	Viêm khớp cột sống (M45 + M46)	49 (60,49)	32 (39,51)	81 (13,06)
3	Gút (M10)	56 (96,55)	2 (03,45)	58 (9,35)
4	Loãng xương (M80 + M81)	0	54 (100)	54 (8,71)
5	Viêm MND và viêm bao gân (M65)	17 (40,48)	25 (59,52)	42 (6,77)
6	Hội chứng cánh tay cổ (M53.1)	9 (23,08)	30 (76,92)	39 (6,29)
7	Viêm khớp dạng thấp (M05 + M06)	6 (16,67)	30 (83,33)	36 (5,81)
8	Đau thần kinh tọa (M54.3)	11 (37,93)	18 (62,07)	29 (4,68)
9	Viêm khớp vảy nến (M07.3*)	16 (84,21)	3 (15,79)	19 (3,06)
10	Thoái hóa khớp gối (M17)	2 (11,76)	15 (88,24)	17 (2,74)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú theo thứ tự: đau cột sống thắt lưng và viêm khớp cột sống có tỷ lệ cao nhất tương ứng 13,39% và 13,06%; gút là bệnh lý đứng thứ 3 có tỷ lệ 9,35%.



Biểu đồ 3.2: Một số bệnh đồng mắc thường gặp ở người bệnh cơ xương khớp (n=8329)

Nhận xét: Rối loạn lipid máu và thiếu vitamin D là hai tình trạng thường gặp ở bệnh nhân cơ xương khớp, với tỷ lệ lần lượt là 18,26% và 14,84%.



- Khám ban đầu tại BV Tâm Anh
- Đã khám tại 1 cơ sở y tế khác
- Đã khám tại 2 cơ sở y tế khác
- Đã khám tại >2 cơ sở y tế khác
- Không rõ thông tin

Biểu đồ 3.3: Tình trạng khám bệnh trước đó của đối tượng nghiên cứu (n=8329)

Nhận xét: 30,7% bệnh nhân đến khám tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Tâm Anh là khám ban đầu; 59,1% đã khám tại phòng khám hoặc các cơ sở y tế trước đó, trong đó 13,6% đã khám tại ≥ 2 cơ sở.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu hồi cứu 8329 hồ sơ khám ngoại trú và 620 bệnh án nội trú của người bệnh khám và điều trị tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ 01/01/2023 đến 31/12/2023 cho thấy tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân ngoại trú là $51,61 \pm 15,278$, với nhóm bệnh nhân nội trú là $55,17 \pm 17,408$, tỷ lệ nữ giới chiếm tỷ lệ 60%, kết quả này tương đương với một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới². Tỷ lệ người bệnh điều trị Daycare chiếm 8,23% trong tổng số người bệnh cần nhập viện. Hình thức điều trị Daycare đang cung ứng các dịch vụ điều trị cho người bệnh trong

ngày thay vì phải nhập viện để điều trị nội trú. Đây là một mô hình hoạt động nhằm làm giảm thời gian nhập viện để điều trị, với sự tham gia của các nhân viên y tế có nhiều kinh nghiệm nhằm đánh giá nhanh và can thiệp sớm, khi người bệnh ổn định có thể trở về nhà. Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc nội trú ban ngày sẽ được chú ý và quan tâm hơn khi người dân hiểu rõ hơn về dịch vụ này, đồng thời dịch vụ này cũng sẽ có nhiều khả năng được quan tâm hơn ở những đối tượng có điều kiện về kinh tế. Do vậy, để phát triển các dịch vụ y tế mới trong đó có dịch vụ chăm sóc nội trú ban ngày cho người bệnh, cần tăng cường công tác tuyên truyền, quảng bá về loại hình dịch vụ này đến đông đảo người dân và cộng đồng, tập trung ưu tiên nhóm đối tượng có mức kinh tế cao.

Trong nhóm bệnh lý cơ xương khớp, thoái hóa khớp và cột sống là bệnh lý khớp phổ biến, là nguyên nhân hàng đầu gây giảm

đến mất chức năng vận động ở người lớn tuổi. Theo bảng 3.2, đối với nhóm bệnh thoái hóa, số lượng NB thoái hóa khớp gối chiếm tỷ lệ lớn nhất (1382 NB, tương ứng 54,41%), số còn lại là thoái hóa cột sống và các khớp ngoại vi khác. Các nghiên cứu về thoái hóa khớp trước đây tại Việt Nam chủ yếu chia làm 2 nhóm: nghiên cứu mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị, ít các tác giả đề cập đến dịch tễ học. Nghiên cứu của Tăng Thị Hồ trên 400 người cao tuổi đến khám ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa Cà Mau cho thấy 57,2% số người mắc thoái hóa khớp gối (n=229)³. Khác với một số cơ sở y tế công lập, người bệnh thoái hóa khớp tại bệnh viện Tâm Anh Hà Nội phần lớn được quản lý tại phòng khám ngoại trú, tỷ lệ nhập viện thấp (chỉ một số NB có biểu hiện phản ứng viêm mạnh do thoái hóa), góp phần giảm gánh nặng chi phí cho người bệnh.

Loãng xương là một rối loạn chuyển hóa của xương, dẫn đến giảm sức mạnh xương và tăng nguy cơ gãy xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số người bệnh được chẩn đoán loãng xương là 1196 (chiếm 14,36%). Số người nhập viện chiếm 8,71% tổng số người bệnh nội trú, tất cả đều là nữ giới, được chẩn đoán loãng xương nguyên phát cũng như thứ phát sau các bệnh khớp khác. Nghiên cứu của Shrestha tại bệnh viện đại học KIST, Nepal năm 2019 trên 464 người đến phòng khám ngoại trú cơ xương khớp cho thấy tỷ lệ loãng xương là 8,2%⁴. Tỷ lệ cao của chúng tôi có thể giải thích bởi sự khác biệt về đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên

cứu, cũng như sự gia tăng nguy cơ loãng xương ở nhóm bệnh lý khớp tự viêm đang theo dõi và điều trị tại bệnh viện. Cùng với đó, sự phối hợp hiệu quả giữa chuyên khoa nội cơ xương khớp với các chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh, chấn thương chỉnh hình trong quản lý đau và điều trị gãy xương cũng là nguyên nhân thu hút người bệnh đến khám và điều trị tại Tâm Anh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tới 1359 người mắc bệnh khớp viêm (chiếm 16,32%), trong đó có tới 1016 người mắc các bệnh lý thuộc nhóm bệnh viêm khớp cột sống. Đây là đặc điểm đáng lưu ý nhất trong mô hình bệnh lý cơ xương khớp tại bệnh viện Tâm Anh Hà Nội. Con số này gần tương đương với bệnh lý thoái hóa cột sống hay thoái hóa khớp gối; và cao hơn nhiều các bệnh lý khớp tự viêm và các bệnh lý cột sống khác. Tỷ lệ bệnh nhân viêm khớp cột sống nhập viện cũng chiếm tới 13,06%, đứng thứ hai sau nhóm bệnh đau cột sống. Nghiên cứu của Lê Thị Hải Hà tại Trung tâm Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ nhóm bệnh nhân viêm cột sống dính khớp điều trị nội trú trong năm 2021 là 19,9%². Trong những năm gần đây, khoa cơ xương khớp bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội triển khai mô hình quản lý tối ưu bệnh viêm khớp cột sống, đồng thời việc ứng dụng thuốc sinh học cho các bệnh nhân nặng, khó điều trị, đáp ứng kém với thuốc chống thấp khớp điều chỉnh bệnh kinh điển cũng góp phần cải thiện tiên lượng của người bệnh.

Các bệnh lý cơ xương khớp khác: Đau cổ và đau lưng là bệnh lý thường gặp nhất

với 2093 người bệnh. Bên cạnh thoái hóa khớp và cột sống, đau cổ và đau lưng là 2 nguyên nhân phổ biến góp phần vào gánh nặng chung của bệnh lý cơ xương khớp trên toàn cầu. Nghiên cứu của Sinnott năm 2017 cho thấy trong suốt cuộc đời một người trưởng thành, 60% - 80% số người gặp tình trạng đau lưng ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày; con số này với đau cổ là 20-70%⁵. Đau cột sống thắt lưng cũng là bệnh lý có tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú cao nhất, chiếm 13,39%. Các bệnh lý thường gặp ở nội trú khác là viêm khớp dạng thấp (5,81%) và gút (9,35%). Nghiên cứu của Lưu Thị Bình về mô hình bệnh cơ xương khớp tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên năm 2011-2013 cho thấy trong số các bệnh khớp điều trị nội trú, viêm khớp dạng thấp đứng hàng thứ 3 (11,8%), sau đó là gút (11,2%)⁶. Nhóm bệnh mô liên kết chiếm tỷ lệ thấp, có thể giải thích do tỷ lệ mắc mới thấp, đa số người bệnh đã được theo dõi và quản lý tại các cơ sở y tế chuyên khoa. Các đặc điểm về tuổi trung bình và phân bố giới tính các bệnh lý cơ xương khớp này tại bệnh viện Tâm Anh Hà Nội cũng phù hợp với y văn về bệnh cũng như nhiều nghiên cứu trước đây.

Các bệnh đồng mắc với nhóm bệnh cơ xương khớp trong nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.2) bao gồm các bệnh lý của hội chứng chuyển hóa như rối loạn chuyển hóa lipid máu (18,26%), đái tháo đường type 2 (3,59%), tăng huyết áp (1,92%). Sự tương tác giữa hệ thống chuyển hóa và miễn dịch đã được quan tâm rất nhiều thời gian gần đây. Nhiều nghiên cứu cho thấy những người mắc

các bệnh như gút hay các bệnh lý khớp tự viêm có tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa cao hơn⁷. Bên cạnh đó, có tỷ lệ thiếu vitamin D đáng kể ở những người mắc các bệnh cơ xương khớp (14,84%). Tình trạng thiếu vitamin D là một biểu hiện bệnh lý khá thường gặp ở những người mắc bệnh cơ xương khớp, tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu quan sát chỉ ra mối liên quan giữa nồng độ Vitamin D trong huyết tương với mức độ hoạt động của một số bệnh thấp khớp như: viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp cột sống hay thoái hóa khớp.

Biểu đồ 3.3. cho thấy có 30,7% người bệnh tới khám và chẩn đoán bệnh lần đầu tại khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội, số còn lại được chuyển tới sau khi đã thăm khám và điều trị từ một hoặc nhiều cơ sở y tế khác. Những con số này cho thấy tỷ lệ chẩn đoán trễ của người bệnh còn cao, đặc biệt ở nhóm bệnh lý viêm khớp cột sống. Đây là vấn đề đang được nhiều cơ sở y tế có chuyên khoa cơ xương khớp quan tâm tìm các biện pháp để khắc phục. Tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh có hệ thống đội ngũ truyền thông chuyên nghiệp, góp phần giới thiệu hình ảnh của bệnh viện và giúp người dân tìm được địa chỉ y tế phù hợp để khám chữa bệnh nói chung và các bệnh cơ xương khớp nói riêng nhằm tận dụng cửa sổ cơ hội để điều trị bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 8329 hồ sơ ngoại trú và 620 hồ sơ nội trú của NB tại khoa Cơ xương

khớp Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội trong năm 2023, chúng tôi nhận thấy:

- Đau cổ và đau lưng (2093 NB), cùng với thoái hóa khớp (1873 NB) là những bệnh lý cơ xương khớp thường gặp.

- Bên cạnh các điểm tương đồng với mô hình bệnh lý cơ xương khớp tại Việt Nam và trên thế giới, nhóm bệnh khớp tự viêm, mà chủ yếu là viêm khớp cột sống; là nhóm bệnh lý được chẩn đoán và điều trị phổ biến tại bệnh viện Tâm Anh Hà Nội (1016 NB, chiếm 12,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T.** Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Lond Engl.* 2021;396(10267): 2006-2017. doi:10.1016/S0140-6736(20)32340-0.
2. **Đặc điểm bệnh tật bệnh nhân điều trị nội trú tại trung tâm cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai** năm 2021. Accessed July 17, 2024. <https://nsti.vista.gov.vn/publication/view/dac-diem-benh-tat-benh-nhan-dieu-tri-noi-tru-tai-trung-tam-co-xuong-khop-benh-vien-bach-mai-nam-2021-364491.html>.
3. **Hồ tt, Hiền ht.** Tình hình thoái hoá khớp gối và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân cao tuổi điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa cà mau. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023;531(1B). doi:10.51298/vmj.v531i1B.7029.
4. **Shrestha S, Dahal S, Bhandari P, Bajracharya S, Marasini A.** Prevalence of Osteoporosis among Adults in a Tertiary Care Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2019;57(220):393-397. doi:10.31729/jnma.4753.
5. **Sinnott PL, Dally SK, Trafton J, Goulet JL, Wagner TH.** Trends in diagnosis of painful neck and back conditions, 2002 to 2011. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(20): e6691. doi:10.1097/MD.0000000000006691
6. **Bình L.** "Mô hình bệnh cơ xương khớp tại khoa Nội Tim mạch-Cơ xương khớp Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Thái Nguyên năm 2011- 2013. *Tạp Chí Học Việt Nam.* Published online 2014:4-10.
7. **Medina G, Vera-Lastra O, Peralta-Amaro AL, et al.** Metabolic syndrome, autoimmunity and rheumatic diseases. *Pharmacol Res.* 2018;133:277-288. doi:10.1016/j.phrs.2018.01.009.

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM QSOFA, SIRS, NEWS, M-QSOFA SỬ DỤNG TẠI KHOA CẤP CỨU TRONG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG NHIỄM TRÙNG NẶNG, SỐC NHIỄM TRÙNG VÀ THỰC HIỆN CHIẾN LƯỢC KIỂM SOÁT NHIỄM TRÙNG THEO SSC-2021 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI

Lê Thị Diễm Tuyền¹, Đỗ Thị Băng¹, Hà Ngọc Huệ¹

TÓM TẮT

Cơ sở lý luận:

Nhiễm trùng nặng (sepsis) là tình trạng rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng, do cơ thể mất đáp ứng kiểm soát chống viêm trước tác nhân gây nhiễm trùng. Sốc nhiễm trùng (SNT) là tình trạng nhiễm trùng (NT), được hồi sức dịch đủ nhưng huyết áp trung bình động mạch (MAP) <65mmHg, lactat máu >2 mmol/L và cần điều trị thuốc vận mạch [3];[5].

Năm 2021, đồng thuận của SSC-2021 khuyến cáo sử dụng các công cụ như SIRS, NEWS, qSOFA, M-qSOFA, SOFA để đánh giá sớm NT, SNT, không sử dụng qSOFA đơn lẻ trong sàng lọc cấp cứu [1];[4]. Áp dụng gói điều trị giờ đầu đối với SNT như truyền dịch tinh thể 30ml/kg/3 giờ đầu, đánh giá đáp ứng với dịch truyền sớm, xét nghiệm lactat huyết thanh, cấy máu, sử dụng thuốc kháng sinh ngay giờ đầu trước khi cho thuốc kháng sinh tĩnh mạch. Sử dụng xét nghiệm procalcitonin huyết thanh theo dõi nhiễm trùng, sốc nhiễm trùng [3];[4];[5].

Mục tiêu của nghiên cứu: Xác định giá trị các thang điểm qSOFA, SIRS, NEWS, SOFA, M-qSOFA trong dự báo sốc nhiễm trùng và nhận xét về sự tuân thủ gói kiểm soát NT nặng, SNT theo khuyến cáo của SSC-2021 tại BVĐK Tâm Anh Hà Nội từ 1/2022 đến 3/2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các bệnh án bệnh nhân (BN) ≥ 18 tuổi, có mã ICD chẩn đoán nhiễm trùng và sốc nhiễm trùng theo định nghĩa SSC-2016 và có vị trí và căn nguyên nhiễm trùng xác định, BN vào khoa Cấp cứu - BVĐK TA Hà Nội. Dấu hiệu sống và các cận LS được đánh giá và ghi nhận tại thời điểm vào khoa Cấp cứu và nhập khoa HSTC trong 3 giờ đầu, tính các thang điểm SIRS, NEWS, APACHEII, qSOFA, M-qSOFA, SOFA. Các biện pháp điều trị giờ 1 và giờ 3 theo SSC cũng được ghi nhận và tính toán. Giá trị cut-off của các thang điểm và AUC, giá trị đường cong ROC được tính toán cho 5 thang điểm ghi nhận trong giờ đầu và 3 giờ đầu.

Kết quả: từ 1/2022 đến tháng 3/2024 thu nhận 64 BN. Tuổi trung bình $72,5 \pm 16,1$. Thời gian khởi phát đến khi nhập viện $50,2 \pm 30,9$ giờ, tử vong 1 BN SNT chiếm 1,6%. Căn nguyên từ NT hô hấp chiếm cao nhất 54,7%. Điểm đánh giá mức độ nặng khi nhập viện của NEWS; qSOFA; modified q-SOFA và SOFA khác biệt giữa 2 nhóm bệnh có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Khi tính giá trị cut-off của các thang điểm và tính diện tích dưới đường cong AUC tìm độ nhạy và độ đặc hiệu cho thấy điểm NEWS có AUC 0,74;

¹Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Diễm Tuyền
SĐT: 0912228225

Email: tuyetltd@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện: 20/7/2024

Ngày duyệt bài: 31/7/2024

Điểm qSOFA 0,84; Điểm SOFA 0,90; Điểm M-qSOFA 0,65; Điểm SIRS 0,55. Như vậy kết quả cho thấy điểm NEWS; qSOFA; SOFA có hiệu suất tốt sử dụng trong chẩn đoán SNT. Về kết quả thực hiện các biện pháp kiểm soát NT nặng/SNT trong 3 giờ đầu cho thấy tổng dịch truyền ở nhóm SNT đạt >30ml/kg trong 3 giờ và nhiều hơn so với nhóm NT nặng.

Nhóm SNT, bệnh nhân được dùng thuốc kháng sinh tĩnh mạch 100% trong 3 giờ đầu, tuy chỉ có 50% BN được dùng thuốc kháng sinh trong giờ đầu tiên. Có 34,6% BN được lấy máu trước khi dùng thuốc kháng sinh. Các biện pháp đánh giá dịch thực hiện trong 3 giờ đầu ở nhóm BN nhiễm trùng nặng 23,7%, ở nhóm SNT 100%, trong đó chỉ 30,8% đánh giá dịch trong giờ đầu.

Kết luận: Bệnh nhân NT nặng/SNT vào khoa Cấp cứu được sử dụng các thang điểm đánh giá độ nặng cho thấy NEWS; qSOFA; SOFA có giá trị trong dự báo sốc nhiễm trùng với AUC lần lượt 0,74; 0,84; 0,9 với $P < 0,03$. Sự tuân thủ chiến lược điều trị theo SSC-2021 giờ đầu tiên đối với BN sốc nhiễm trùng chưa đạt, chỉ 50% BN được sử dụng thuốc kháng sinh trong giờ đầu, 34,6% BN được lấy máu trước khi sử dụng kháng sinh, 100% được thực hiện các biện pháp đánh giá dịch truyền trong 3 giờ đầu.

Từ khóa: SSC; Nhiễm trùng, Nhiễm trùng nặng; Sốc nhiễm trùng; NEWS; qSOFA, M-qSOFA; SOFA

SUMMARY

VALIDITY OF qSOFA, SIRS, NEWS, M-qSOFA SCORES IN EMERGENCY ADMISSIONS TREATED AS SEPSIS, SEPTIC SHOCK AND IMPLEMENTATION INTERNATIONAL GUIDELINES FOR MANAGEMENT OF SEPSIS AND SEPTIC SHOCK 2021 AT HA NOI TAM ANH HOSPITAL: RETROSPECTIVE STUDY

Background: The SSC-2016 International Consensus Conference defines sepsis as a life-threatening organ dysfunction caused by the loss of anti-inflammatory control response to an infectious agent. Septic shock is a state of sepsis that requires adequate fluid resuscitation but mean arterial pressure (MAP) <65mmHg, serum lactate >2 mmol/L and requires vasopressor treatment. Since 2021, after the consensus SSC-2021, many tools using in ED such as quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) score, Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) criteria, National Early Warning Score (NEWS), modified q-SOFA, SOFA were researched for assessing sepsis and septic shock, and recommend not using qSOFA alone in assessment

The SSC-2021 were recommended a first-hour management bundle for septic shock such as crystalloid infusion 30ml/kg/first 3 hours, fluid assessment, serum lactate measuring, blood cultures before antibiotics using. Recommended serum procalcitonin test monitoring sepsis and septic shock.

Study design and methods: Retrospective study with adult (≥ 18 years) patients with diagnosed sepsis and septic shock. Patients in the study were defined infectious source, presented q-SOFA score of 2 points or more (SSC-2016). Septic shock was defined a sepsis and identified by a vasopressor requirement to maintain a MAP of 65 mm Hg and serum lactate level greater than 2 mmol/L (>18 mg/dL) in the absence of hypovolemia. Vital signs were measured immediately in ED. Following, the qSOFA, SIRS, NEWS, SOFA, M-qSOFA were calculated. Using the established cut-off points, we analysed how often alterations in clinical rule scores occurred septic shock. The bundle 1st hour management by SSC-2021 is also recorded and calculated.

Results: In admitted patients to the ED, There was a statistically significant difference with $P < 0.05$ between sepsis and septic shock group about NEWS, qSOFA; modified q-SOFA, SOFA. Calculating the cut-off value of these scores in predicting septic shock show the AUC of the NEWS 0.74, the qSOFA 0.84; the SOFA 0.90. Also finding as NEWS score; qSOFA; SOFA have good ability to predict septic shock. The results of implementing 1-hour bundle to control sepsis and septic shock shows that the total fluid infusion in the septic shock patient group reached more 30ml/kg in 3 hours and 100% patients received intravenous antibiotics within the first 3 hours, although only 50% patients received antibiotics within the first hour. 34.6% patients received blood cultures before using antibiotics. Fluid assessment were performed 30.8% in the first hour and 100% in the three hours.

Conclusion: This study shows that the NEWS; qSOFA; SOFA score have good ability to predict septic shock. In the septic shock group, 100% pts received IV antibiotics within the first 3 hours, although only 50% pts received antibiotics within the 1st hour. Only 34.6% pts received blood cultures before using antibiotics. Fluid assessment were performed 30.8% in 1st hour and 100% in 3rd hours.

Keywords: SSC; Sepsis; septic shock; NEWS; qSOFA, qSOFAm; SOFA; 1-hour bundle

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội nghị đồng thuận quốc tế sepsis-3 (2016) định nghĩa về sốc nhiễm trùng (SNT) là giai đoạn tiến triển nặng của nhiễm trùng với những bất thường về tuần hoàn và chuyển hóa tế bào, là tình trạng rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng, do cơ thể mất đáp ứng kiểm soát chống viêm trước tác

nhân gây NT. Tiêu chuẩn chẩn đoán của NT là có ổ NT và qSOFA ≥ 2 điểm. SNT là tình trạng NT nặng, đã hồi sức dịch đủ nhưng huyết áp trung bình động mạch < 65 mmHg, lactat huyết thanh ≥ 2 mmol/L và cần điều trị thuốc vận mạch. NT nặng và SNT với nhiều nỗ lực điều trị sớm và đúng nhưng tỷ lệ tử vong vẫn khoảng 20% và là gánh nặng y tế toàn cầu [1];[4].

qSOFA được cho là dự báo tỷ lệ tử vong do sepsis (NT nặng), tuy nhiên từ 2021 sau nhiều kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả dự báo tử vong của qSOFA kém và đồng thuận của SSC-2021 đã khuyến cáo sử dụng các công cụ khác như SIRS, NEWS, M-qSOFA, SOFA để đánh giá sớm NT nặng và SNT, dự báo tử vong của SNT, khuyến cáo không sử dụng qSOFA đơn lẻ trong đánh giá, Modified-qSOFA (M-qSOFA) cũng được nghiên cứu nhiều. Điều trị NT nặng và SNT với khuyến cáo đồng thuận SSC-2021 gói điều trị 1-3 giờ đầu như hồi sức dịch, đánh giá dịch truyền, sử dụng lactat huyết thanh, vai trò của procalcitonin trong theo dõi NT, SNT, cấy máu và cho thuốc kháng sinh sớm, thuốc vận mạch ưu tiên lựa chọn noradrenalin. Tỷ lệ tử vong của SNT sẽ tăng lên 7,6% sau mỗi giờ trì hoãn điều trị kháng sinh. Do vậy, phát hiện sớm và điều trị sớm SNT sẽ làm giảm tỷ lệ tử vong của sốc nhiễm trùng [6].

Mục tiêu đề tài:

1. Xác định giá trị của các thang điểm qSOFA, SIRS, NEWS, SOFA, M-qSOFA trong dự báo sốc nhiễm trùng.

2. Nhận xét về sự tuân thủ gói kiểm soát NT nặng, SNT trong 3 giờ đầu theo khuyến cáo của SSC-2021 tại BVĐK Tâm Anh Hà Nội từ 1/2022 đến 3/2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* BN > 18 tuổi, vào nhập viện tại khoa Cấp cứu BVĐK Tâm Anh Hà Nội và chuyển đến khoa Hồi sức tích cực hoặc khoa nội trú khác từ tháng 01/2022 đến hết tháng 3/2024.

- BN được chẩn đoán nhiễm trùng nặng, sốc nhiễm trùng theo định nghĩa Sepsis-3 năm 2016 và có đầy đủ các thông tin để tính các thang điểm trong nghiên cứu.

+ Có bằng chứng ổ nhiễm trùng nguyên phát, qSOFA ≥ 2 hoặc SIRS 2/4 tiêu chuẩn

+ Sốc nhiễm trùng: Thêm lactat huyết thanh ≥ 2 mmol/L; MAP < 65mmHg; có bù dịch và được điều trị noradrenalin

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không lấy vào nghiên cứu những BN được chẩn đoán sốc nhiễm trùng chuyển từ khoa khác tới khoa Hồi sức tích cực trong cùng BVĐK Tâm Anh.

- Các hồ sơ không đủ dữ liệu, thông tin để nghiên cứu.

- Sốc nhiễm trùng phối hợp với các loại sốc khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu

* Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu: mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện

* Các nội dung nghiên cứu và chỉ tiêu đánh giá: theo 2 mục tiêu

Mục tiêu 1: Giá trị của các thang điểm qSOFA, SIRS, NEWS, SOFA, M-qSOFA trong dự báo sốc nhiễm trùng.

- Tính giá trị các thang điểm trong 3 giờ đầu tại khoa Cấp cứu và HSTC: qSOFA; SIRS; NEWS; SOFA; M-qSOFA.

- Tính giá trị trung bình giá trị cut-off của các thang điểm và tính diện tích dưới đường cong AUC tìm độ nhạy và độ đặc hiệu cho các thang điểm.

Mục tiêu 2: Nhận xét về sự tuân thủ gói kiểm soát NT nặng, SNT trong 3 giờ đầu theo khuyến cáo của SSC-2021 tại BVĐK Tâm Anh Hà Nội.

- Tỷ lệ tuân thủ gói SSC-2021 về: số lượng dịch truyền, cấy máu/cấy dịch, lactat, đánh giá đáp ứng dịch truyền, kháng sinh, vận mạch

- Tỷ lệ tuân thủ giờ đầu, trong 3 giờ đầu

* Vật liệu nghiên cứu: bệnh án các BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và có lưu trữ tại BVĐK Tâm Anh.

* Phân tích và xử lý số liệu: tính giá trị trung bình, so sánh sự khác biệt các tỷ lệ. Tính giá trị cut-off các thang điểm độ nặng khi vào BVĐK Tâm Anh tìm ra AUC với nguy cơ SNT, tính toán độ nhạy độ đặc hiệu của từng thang điểm.

* Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu với mục đích đánh giá sự tuân thủ các biện pháp trong chẩn đoán và điều trị NT và SNT nhằm cải thiện chất lượng chăm sóc và điều trị cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 1/2022 đến hết 3/2024 thu thập được 64 hồ sơ bệnh án đáp ứng đủ các tiêu chuẩn trong nghiên cứu

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung

Đặc điểm (N=64)	Giá trị
Giới (nam/nữ) %	73,4 / 26,6
Tuổi X±SD	72,5 ± 16,1
Nơi ở: Hà Nội (46) TP khác (18)	71,9% 28,1%
Kết cục: Ra viện (55) Chuyển viện (8) Tử vong (1)	85,9% 12,5% 1,6%
Vào Khoa Cấp cứu BVTA từ nhà và BV khác	53 BN và 11 BN
Thời gian NV (ngày) X±SD	12.2 ± 10,1
Bệnh mạn: Không có (10) ≤ 2 (25 BN) ≥ 3 (29 BN)	15,6% 39,1% 45,3%
BMI (kg/m ²) X±SD	22 ± 4.3
Tỷ lệ NT nặng và SNT (N=64)	59,3% và 40,7%
Nguồn gốc ổ nhiễm trùng: Hô hấp (35) Tiêu hóa (16) Tiết niệu (10) Cơ xương khớp (3)	54,7% 25,0% 15,6% 4,7%

Nhận xét: Nhóm BN trong NC có thời gian khởi phát ngắn, tỷ lệ tử vong thấp (1/26 BN SNK). Mặc dù tỷ lệ BN bệnh mạn tính cao.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	NT nặng	SNT	P
Tuổi*	76,2 ± 14,4	67,2 ± 17,1	0,026
Thời gian khởi phát - BVTA	55,2 ± 32,4 giờ	42,9 ± 27,5 giờ	0,119
Glasgow	13,8 ± 2,2	14,6 ± 1,1	0,105
Nhiệt độ	37,9 ± 1,2	38,4 ± 1,5	0,169
Nhịp tim*	103,5 ± 18,6	118 ± 15,8	0,002
HA trung bình*	88,9 ± 14	61,6 ± 8,6	0,00
Bạch cầu	14,1 ± 6	12,3 ± 6,4	0,255
Creatinine*	110,8 ± 83,6	177,4 ± 139,9	0,020
PCT*	5 ± 8,3	32,5 ± 38,5	0,00
Lactat máu*	2,8 ± 1,7	5 ± 3	0,00
pH máu ĐM	7,4 ± 0,1	7,4 ± 0,1	0,092
PaO ₂ /FiO ₂	301,6 ± 110,1	285,2 ± 113,2	0,569

Nhận xét: một số chỉ số (*) LS và CLS khác biệt giữa 2 nhóm BN nhiễm trùng và SNT với P<0,05

3.2. Giá trị của các thang điểm qSOFA, SIRS, NEWS, SOFA, M-qSOFA trong dự báo sốc nhiễm trùng

3.2.1. Giá trị các thang điểm ở 2 nhóm nhiễm trùng và sốc nhiễm trùng.

Thang điểm	NT nặng (TB ± SD)	Sốc nhiễm trùng (TB ± SD)	So sánh 2 giá trị
Điểm NEWS*	7,8 ± 3,4	10,4 ± 2,7	0,002
Điểm qSOFA*	1,2 ± 0,8	2,1 ± 0,5	0,000
Điểm SIRS	2,8 ± 0,6	2,9 ± 0,7	0,643
Điểm APACHE II	14,6 ± 5,9	17,3 ± 6	0,072
Điểm M-qSOFA*	2,9 ± 1,3	3,6 ± 0,9	0,023
Điểm SOFA*	3,3 ± 2	7,3 ± 2,4	0,000

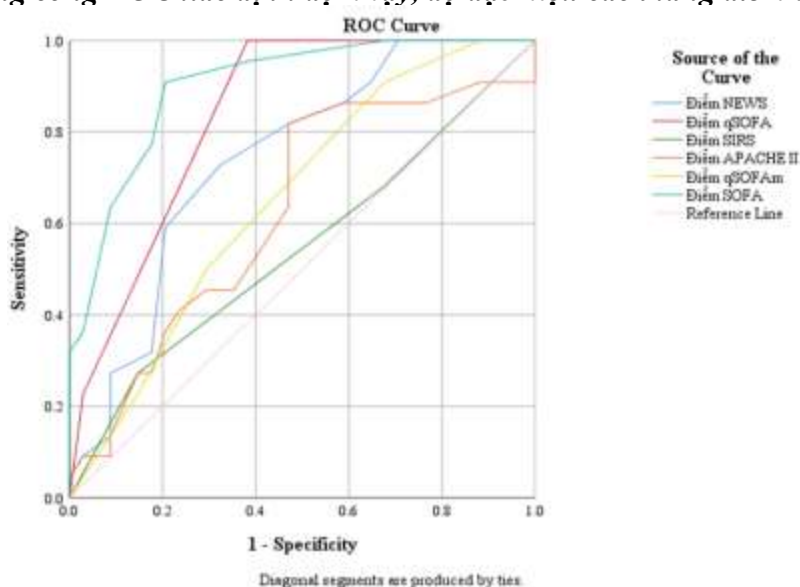
Nhận xét: NEWS, qSOFA, M-qSOFA, SOFA khác biệt (*) giữa 2 nhóm NT, SNT với $P < 0,05$.

3.2.2. Độ nhạy và đặc hiệu trong dự báo sốc nhiễm trùng (AUC)

Test Result Variable(s)	Area	Std. Error ^a	Asymptotic Sig. ^b	Asymptotic 95% CI		Cut-off
				Lower Bound	Upper Bound	
NEWS	0,741	0,066	0,003	0,611	0,870	9,500
qSOFA	0,838	0,052	0,000	0,736	0,939	1,500
SIRS	0,545	0,081	0,574	0,385	0,704	3,500
APACHE II	0,627	0,078	0,111	0,474	0,780	12,500
M-qSOFA	0,654	0,073	0,054	0,511	0,797	2,500
SOFA	0,902	0,040	0,000	0,823	0,980	4,500

Nhận xét: SOFA với AUC 0,90 có hiệu suất rất cao trong phân biệt NT/ SNT. qSOFA với AUC 0,84; NEWS 0,74 có hiệu suất khá cao trong phân biệt.

3.2.3. Đường cong ROC xác định độ nhạy, độ đặc hiệu các thang điểm dự báo SNT



Nhận xét: Sử dụng chỉ số Youden trong tìm độ nhạy và độ đặc hiệu cho thấy thang điểm NEWS, qSOFA và SOFA có AUC lần lượt là 0,74; 0,84; 0,90 có giá trị trong dự báo SNT.

3.3. Nhận xét về sự tuân thủ gói kiểm soát NT nặng, SNT trong 1 giờ đầu và 3 giờ đầu theo khuyến cáo của SSC-2021 tại BVĐK Tâm Anh Hà Nội

Gói KSNC	NT nặng 1h đầu n=38 (Cấp cứu)		NT nặng 3h đầu (n=38) (Cấp cứu & HSTC)		SNT 1h đầu; n=26 (Cấp cứu)		SNT 3h đầu; n=26 (Cấp cứu & HSTC)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thể tích dịch truyền TM	605,3 ± 206,6 ml		1401,6 ± 505 ml		1480.8 ± 865,8 ml		1022,7 ± 361,1 ml	
Biện pháp	n	%	n	%	n	%	n	%
Cấy máu	5	13,2	27	71,1	9	34,6	19	73,1
Kháng sinh TM	6	15,8	37	97,4	13	50	16	61,5
Đánh giá dịch	2	5,3	7	18,2	8	30,8	18	69,2
CC→ HSTC <3h			34	89,5%			24	92,3%

Nhận xét:

- Việc thực hiện các biện pháp theo SSC-2021 trong 3h đầu nhóm NT nặng chỉ đạt 71,1% cấy máu; 97,4% được dùng kháng sinh, dịch truyền trung bình đạt 1401,6ml. Điều này phù hợp với một số nghiên cứu [6] và khuyến cáo gần đây [3]; [1] rằng với BN NT nặng không nhất thiết thực hiện gói SSC-1 giờ đầu, trong một số NC cũng cho thấy hiệu quả không khác biệt ở nhóm NT nặng về tuân thủ gói 1giờ hay 3 giờ đầu.

- Đối với nhóm SNT việc tuân thủ các biện pháp gói SSC-2021 trong giờ đầu tại khoa Cấp cứu: truyền dịch đạt trung bình 1480/ml. Tỷ lệ cấy máu, sử dụng kháng sinh đều thấp dưới 50% và chưa đạt theo khuyến cáo, tuy nhiên tính 3 giờ đầu thì đều đạt các mục tiêu các giải pháp. Khuyến cáo SSC từ 2016 đưa ra đối với bệnh nhân NT có tụt HA cần thực hiện trong 3 giờ đầu gói kiểm soát NT. Khuyến cáo của SSC-2021 đối với bệnh nhân sốc nhiễm trùng, gói giải pháp cần thực hiện trong giờ đầu tiên. 92,3% BN nhóm

SNT chuyển lên HSTC trong 3 giờ đầu. 89,5% BN sepsis chuyển lên HSTC trong 3 giờ đầu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 64 BN NT nặng và SNT, thời gian khởi phát ngắn do BN từ nhà vào thẳng BVTA, bệnh nền mạn tính nhiều 45.3% trên 3 bệnh, vì vậy tỷ lệ tử vong thấp hơn so với các NC khác (1/26 BN SNK) [1];[2].

Thang điểm phân biệt NT và SNT: SOFA với AUC 0.90 có hiệu suất rất cao. qSOFA với AUC 0,84; NEWS 0,74 có hiệu suất khá cao trong chẩn đoán phân biệt, kết quả này cũng tương tự như nhiều NC khác [1];[4];[2]

Việc thực hiện gói kiểm soát SNT theo SSC-2021 đối với cấy máu và sử dụng thuốc kháng sinh giờ đầu chỉ đạt 50%, truyền dịch 3 giờ đầu đạt 100%, xét nghiệm lactat máu 100%. 90% BN được chuyển lên khoa HSTC trong 3 giờ đầu.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 64 bệnh nhân NT nặng và SNT với các kết luận sau:

82,8% bệnh nhân nhóm nghiên cứu tuổi cao, trung bình 72,5 tuổi. Thời gian khởi phát bệnh nhóm nhiễm trùng nặng và sốc nhiễm trùng là 42,9 và 52,5 giờ. Tử vong 1/64 BN.

1. Thang điểm SOFA, qSOFA và NEWS sử dụng trong dự báo sốc nhiễm trùng có hiệu suất cao với AUC là 0,90; 0,84 và 0,74.

2. Sự tuân thủ gói kiểm soát NT, SNT trong 3 giờ đầu theo khuyến cáo của SSC-2021: nhóm SNT thực hiện tại khoa Cấp cứu về truyền dịch và thuốc vận mạch đạt 100%, Về cấy máu, dùng kháng sinh, và đánh giá dịch đạt dưới 50%. Tuân thủ trong 3 giờ đầu (bao gồm cả thời gian ở khoa HSTC) tất cả gói giải pháp theo SSC-2021 đạt 100%. Thời gian người bệnh từ Cấp cứu lên khoa Hồi sức tích cực trong 3 giờ đầu ở cả 2 nhóm 90,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gideon H. P. Latten. Judith Polak. Audrey H. H. Merry;** Frequency of alterations in qSOFA, SIRS, MEWS and NEWS scores during the emergency department stay in infectious patients: a prospective study; *International Journal of Emergency Medicine* (2021) 14:69.
2. **Hai Hu. Jing-yuan Jiang. Ni Yao;** Comparison of different versions of the quick sequential organ failure assessment for predicting inhospital mortality of sepsis patients: A retrospective observational study. *World J Emerg Med*, Vol 13, No 2, 2022.
3. **Laura Evans. Andrew Rhodes. Waleed Alhazzani. Massimo Antonelli;** Executive Summary: Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for the Management of Sepsis and Septic Shock 2021; www.ccmjournal.org November 2021. Volume 49. Number 11.
4. **Manu Shankar-Hari. Gary S. Phillips. MAS; Mitchell L. Levy. Christopher;** Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3); *JAMA*. 2016;315(8):775-787.
5. **Matteo Guarino. Benedetta Perna. Alice Eleonora Cesaro;** Update on Sepsis and Septic Shock in Adult Patients: Management in the Emergency Department. *J. Clin. Med.* 2023, 12, 3188.
6. **Shelly N.B. Sloan. Nate Rodriguez. Thomas Seward;** Compliance with SEP-1 guidelines is associated with improved outcomes for septic shock but not for severe sepsis; *Journal of Intensive Medicine*: 2 (2022) 167–172.

BÁO CÁO CA TẮC RUỘT CHỨC NĂNG Ở TRẺ SINH NON

Cam Ngọc Phượng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tắc ruột chức năng ở trẻ sanh non (Functional Intestinal Obstruction of Prematurity (FIOP) là chậm trễ hoặc không đi phân su ở trẻ sanh non. Bệnh kèm theo giảm nhu động ruột. Bệnh thường biểu hiện các dấu hiệu tắc ruột ở trẻ sinh non rất nhẹ cân (VLBW) hay cực nhẹ cân (ELBW). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo ca lâm sàng. **Kết quả:** Chúng tôi báo cáo kết quả điều trị ngắn hạn của một bệnh nhân sinh non với FIOP điều trị bảo tồn thành công. **Bàn luận:** Ca lâm sàng của chúng tôi đã được thực hiện với nước muối sinh lý, N-acetylcysteine, bệnh nhi bú lại bình thường, giảm chướng bụng, và tự đi tiêu phân su. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn sớm thành công ở bệnh nhi FIOP, giúp giảm triệu chứng.

Từ khóa: Tắc ruột chức năng trẻ sinh non, phân su, trẻ sanh non

SUMMARY

CASE REPORT: FUNCTIONAL INTESTINAL OBSTRUCTION OF PREMATURITY

Background: Functional Intestinal Obstruction of Prematurity (FIOP) is the delay or failure of meconium evacuation in premature neonates. It is associated with hypomotility in the intestine. It mostly presents with signs of

intestinal obstruction in very low (VLBW) or extremely low birth weight (ELBW) neonates. **Patient and method:** Case report. **Result:** We present short-term result regarding the management of a premature newborn with FIOP treated conservative management. **Discussion:** In our case saline irrigations, rectal N-acetylcysteine were used, patient returned normal feeding, had reduced abdominal distention, and showed spontaneous evacuation of meconium. **Conclusion:** Early conservative management is successful in most patients with FIOP, related to symptom resolution.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tiến bộ trong hồi sức sơ sinh giúp tăng tỉ lệ cứu sống trẻ sinh non rất nhẹ cân (very low birth weight, VLBW) và cực nhẹ cân (extremely low birth weight, ELBW). Theo đó, tỉ lệ các rối loạn dạ dày ruột của trẻ sinh non gia tăng. Tắc ruột chức năng là bệnh lý thường gặp và góp phần đáng kể vào tỉ lệ mắc và tử vong ở trẻ sinh non ELBW và VLBW. Có nhiều thuật ngữ đã được dùng để mô tả bệnh lý này như liệt ruột phân su, tắc ruột phân su ở trẻ sinh non, hội chứng ruột trẻ sinh non, vi đại tràng trẻ sinh non, và tắc ruột chức năng trẻ sinh non^[1]. Các thuật ngữ này đề cập đến vấn đề không đi tiêu phân su do suy giảm chức năng ruột vì sinh non, biểu hiện lâm sàng với các dấu hiệu của tắc ruột. Thuật ngữ tắc ruột chức năng trẻ sinh non (Functional intestinal obstruction of prematurity (FIOP) dùng để mô tả rối loạn sinh lý bệnh nên là vấn đề khởi đầu về chức năng. FIOP có thể bị chẩn đoán nhầm và xử trí như viêm ruột hoại tử (necrotising

¹Bệnh viện Tâm Anh TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Cam Ngọc Phượng

Email: phuongcn1@tahospital.vn

SĐT: 0908485785

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện: 15/7/2024

Ngày duyệt bài: 18/7/2024

enterocolitis (NEC). Chậm trễ trong xử trí dẫn đến trẻ khó đạt dinh dưỡng đủ qua đường tiêu hóa và có thể bị biến chứng nặng hơn, như thủng ruột, với tỉ lệ đã được báo cáo lên đến 30%^[1].

Mục tiêu nghiên cứu là trình bày kết quả ngắn hạn trong xử trí trẻ sinh rất non với FIOP tại Bệnh viện Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo ca lâm sàng

Bé sinh cực non, 26 tuần 3 ngày, CNLS 900gr, sanh tại Bệnh viện Sản. Sau sanh bé suy hô hấp, đặt nội khí quản thở máy, bơm Surfactant, sau 7 ngày bé được cai máy, thở NIPPV, NCPAP. Ăn qua ống 5 ml bé ọc dịch nâu, xanh. Bé được nhịn ăn đường tiêu hóa, dẫn lưu dạ dày, dinh dưỡng tĩnh mạch toàn phần, bé được chẩn đoán theo dõi Viêm ruột hoại tử và điều trị với nhiều loại kháng sinh như Ampicillin, Cefotaxim, Tobramycin, Tienam, Levofloxacin, Vancomycin, Meropenem, Colistin, Amphotericin B. Người nhà xin chuyển BV Tâm Anh. Lúc nhập viện Tâm Anh bé 30 ngày tuổi, cân nặng chỉ 1000 gr, dịch dạ dày xanh rêu, suy kiệt, da khô bong tróc. Xét nghiệm công thức máu cho thấy tiểu cầu bình thường 162.000/mm³, phản ứng viêm không tăng CRP 0,6 mg/L, Ion đồ máu trong giới hạn bình thường Na 135,6; K 3,69 mmol/L, cấy máu không mọc, soi phân Hồng cầu, Bạch cầu âm tính. Xquang bụng cho thấy các quai ruột giãn cân đối, không có hình ảnh hơi tự do hay hơi trong thành ruột.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Xử trí thực tháo trực tràng với dung dịch 0.9% Saline (10ml/kg/liều) không ra gì, bé được thực tháo với 100 mg of N-

acetylcysteine (NAC) mỗi 8-12 giờ. Sau thực tháo trực tràng với NAC 48 giờ, bé tiêu phân su, bụng bớt chướng dần, dịch dạ dày chuyển sang xanh nhạt và trong dần, dung nạp sữa mẹ.

IV. BÀN LUẬN

FIOP gia tăng nguy cơ mắc và tử vong ở trẻ sinh non rất nhẹ cân < 1500 gr hay cực nhẹ cân < 1000 gr. Bệnh căn FIOP gồm nhiều yếu tố như sinh non ruột chưa trưởng thành nhu động kém, gia tăng độ quán phân su. Áp lực nhu động ruột ở trẻ 25 tuần tuổi thai chỉ bằng một nửa trẻ đủ tháng^[2]. Ngoài ra, phân su của trẻ sinh non 28 đến 32 tuần cũng chứa ít nước hơn trẻ đủ tháng^[2]. Suy giảm nhu động dạ dày ruột kèm với gia tăng độ quán của phân su dẫn đến sự lèn chặt phân su ở đoạn cuối hồi tràng và đôi khi ở đại tràng dẫn đến tắc ruột.

Các yếu tố của bà mẹ và sản khoa như sản giật/ tiền sản giật hoặc cao huyết áp mãn (giảm lưu lượng máu ruột) cũng như mẹ truyền magnesium sulfate (giảm hoạt động cơ trơn); yếu tố nguy cơ rõ nhất là mẹ nhiễm trùng tiết niệu/sinh dục, mẹ tiểu đường, hút thuốc lá, nhau bong non, sử dụng steroids trước sanh, vỡ ối sớm non tháng, sanh mổ, thiếu ối, và sử dụng thuốc giảm đau như morphine là các yếu tố nguy cơ của FIOP^[3]. Có đến 25 – 30% trẻ sinh non không đi phân su trong 48 giờ đầu sau sinh. Một nghiên cứu của Kim YJ và cộng sự cho thấy 22% của trẻ sinh non ELBW bị FIOP cần can thiệp^[4]. Paradiso và cộng sự nhận thấy trẻ cân nặng 1500g thường được chẩn đoán trong tuần tuổi đầu tiên^[6].

Dấu hiệu tắc ruột xuất hiện vào ngày tuổi 10 – 14, với không dung nạp sữa (ọc dịch xanh hay dịch mật qua thông dạ dày) và không tiêu phân su mặc dù kích thích^[2].

Khám lâm sàng phát hiện bụng chướng và quai ruột nổi, nhưng khác với viêm ruột hoại tử ở điểm không có rối loạn huyết động cũng như dấu hiệu ấn đau, đỏ da thành bụng của viêm phúc mạc. Chẩn đoán thường dựa vào lâm sàng, các yếu tố nguy cơ trước và sau sanh, xét nghiệm phản ứng viêm bình thường, và Xquang bụng có hình ảnh các quai ruột giãn cân đối, không có mức khí dịch, không có các hình ảnh đặc trưng của viêm ruột hoại tử như hơi trong thành ruột, quai ruột cố định và hơi trong tĩnh mạch cửa^[1]. Chụp đại tràng cản quang giúp chẩn đoán và điều trị. Nút phân su biểu hiện như khiếm khuyết thuốc cản quang trong đại tràng không giãn và đoạn cuối hồi tràng nếu chất cản quang trào ngược qua van hồi manh tràng. Chụp đại tràng cản quang giúp loại trừ các nguyên nhân gây tắc ruột khác như teo ruột và bệnh Hirschsprung. Siêu âm cho thấy phân su echo kém trong các quai ruột với giãn phần ruột phía trên. Không có đặc điểm của NEC như hơi trong thành ruột hay dịch ổ bụng^[5]. Siêu âm dùng để loại trừ chẩn đoán viêm ruột hoại tử hoặc khi chụp đại tràng cản quang giúp xác định chất cản quang qua van hồi manh tràng^[3].

FIOP thường không đáp ứng với bơm hậu môn, vì không tác dụng với kết thể phân su ở hồi tràng và đại tràng. Hiện tại điều trị bảo tồn được chọn lựa bao gồm bơm kích thích trực tràng với glycerine, thụt tháo trực tràng với nước muối sinh lý, NAC có thể dùng đường uống qua thông dạ dày hoặc qua trực tràng, và thụt tháo chất cản quang. Tỷ lệ thành công khoảng 75% với điều trị bảo tồn^[5]. Trẻ sinh non với tuổi thai và cân nặng cao hơn thường đáp ứng điều trị bảo tồn tốt hơn. Thụt tháo trực tràng với saline

ấm 10 ml/kg 2 đến 4 lần/ngày là điều trị ban đầu khi đã loại trừ NEC, nhiễm trùng huyết, thủng ruột. Thụt tháo trực tràng có hiệu quả 15- 20%^[4]. Thụt tháo với thuốc cản quang polysorbate 80 có độ thẩm thấu cao giúp kéo nước vào lòng ruột và làm mềm phân su đặc. Tỷ lệ thành công với thụt tháo thuốc cản quang Gastrografen hay Telebrix lên đến 70 – 80%^[4]. N-acetylcysteine (NAC) có tác dụng tiêu đàm do phá vỡ cầu nối disulphide trong đàm từ đó làm giảm độ quánh^[7]. NAC là bước điều trị tiếp theo sau khi thất bại với thụt tháo saline hay không thể thụt tháo chất cản quang. Sử dụng 100 mg NAC cho bệnh nhi cân nặng dưới 1200gr, 150 mg dùng cho bệnh nhi cân nặng lớn hơn. Tác giả Langer đề nghị dùng liều 1 – 4 ml dung dịch NAC 10% qua thông dạ dày mỗi 6–8 giờ; hay dùng nồng độ 1%– 10% qua trực tràng. Đánh giá đáp ứng gồm giảm chướng bụng, tiêu phân su sau 48 giờ và thay đổi phương pháp điều trị nếu không đáp ứng. Theo dõi các biến chứng như rối loạn nước điện giải khi dùng Gastrografen và NAC. Thụt tháo Gastrografen có thể gây giảm thể tích vì kéo nước vào lòng ruột. Tăng natri máu và rối loạn chức năng gan đã được báo cáo khi dùng NAC. Thủng ruột có thể xảy ra do tiến trình của FIOP hoặc do biến chứng của điều trị. Thủng ruột do thụt tháo saline và chất cản quang chiếm 5–10%^[5]. Thủng ruột do điều trị FIOP chậm trễ chiếm tỷ lệ cao hơn 25-50%. Khoảng 25% trẻ sanh non FIOP cần phẫu thuật^[4]. Tỷ lệ này cao hơn ở trẻ cân nặng <1500g. Chỉ phẫu thuật khi thất bại điều trị nội hay biến chứng thủng ruột. Trường hợp ca bệnh của chúng tôi với thụt tháo saline, N-acetylcysteine, bệnh nhi đã tiêu hóa sữa bình thường, giảm chướng bụng và tự đi tiêu phân su.

V. KẾT LUẬN

Cải thiện trong chẩn đoán FIOP giúp tiếp cận xử trí bảo tồn đúng thời điểm thành công, tránh các biến chứng. Chỉ phẫu thuật khi thất bại điều trị nội hay biến chứng thủng ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Burge DM, Siddiqui MMF, Drewett M.** Meconium obstruction of prematurity. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012; 97:147-50.
2. **Dimmitt RA, Moss RL.** Meconium diseases in infants with very low birth weight. *Semin Pediatr Surg.* 2000; 9:79-83.
3. **Kadigolu Simsek G, Arayici S, Buyuktiryaki M, Okur N, Kanmaz Kutman G, Suna Oguz S.** Oral N-acetyl cysteine for meconium ileus of preterm infants. *Gynecol Obstet Reprod Med.* 2019; 25:169-73.
4. **Kim YJ, Kim EK, Kim ES, Kim HS, Choi JH, Cheon JE, et al.** Recognition, diagnosis and treatment of meconium obstruction in extremely low birth weight infants. *Neonatal.* 2012; 101:172-8.
5. **Kim WS, Cho HH, Cheon JE, Choi YH, Lee SM, Kim IO, et al.** Ultrasound-guided contrast enema for meconium obstruction in very low birth weight infants: Factors that affect treatment success. *Eur J Radiol.* 2015; 84:2024-31.
6. **Paradiso VF, Briganti V, Oriolo L, Coletta R, Calisti A.** Meconium obstruction in absence of cystic fibrosis in low birth weight infants: an emerging challenge from increasing survival. *Ital J Pediatr.* 2011; 14:37-55.
7. **Pars BM, Langer JC, Gray S.** Hypermnatremia associated with N-acetylcysteine therapy for meconium ileus in a premature infant. *CMAJ.* 1990; 143:202-3.

TÌNH HÌNH NHIỄM LIÊN CẦU KHUẨN NHÓM B Ở ÂM ĐẠO - TRỰC TRẠNG TRÊN THAI PHỤ VÀ KẾT CỤC THAI KỲ

Bùi Thị Phương Nga¹, Phạm Lê Mỹ Hạnh², Trần Thị Thanh Nga³,
Nguyễn Thị Quý Khoa¹, Lê Thanh Hùng¹, Nguyễn Bá Mỹ Nhi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B trên sản phụ và kết cục thai kỳ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu dọc tiến cứu, trên 304 sản phụ tuổi thai từ 26 tuần trở lên được quản lý thai và nhập viện sanh tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh HCM từ tháng 8/2022 đến 12/2022.

Kết quả và kết luận: Tỷ lệ sản phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B (GBS) là 14,5% (44/304), kháng sinh đồ nhạy 100% với Ampicillin, Cephalosporin. Tuổi thai trung bình 38 tuần 4 ngày \pm 1 tuần 1 ngày, thai < 37 tuần chiếm 6,3% (19/304), đái tháo đường thai kỳ chiếm 24,3% (74/304). Không có sự liên quan giữa mẹ nhiễm GBS và sanh non < 37 tuần, tình trạng ối vỡ, nhiễm trùng trong chuyển dạ, nhiễm trùng hậu sản và nhiễm trùng sơ sinh sớm ($p > 0,05$). Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm là 1% (3/304), trong đó trên nhóm mẹ nhiễm GBS là 2,3% (1/44) và nhóm không nhiễm là 0,8% (2/260). Một số yếu

tố có thể làm tăng hoặc giảm nguy cơ nhiễm trùng sơ sinh sớm như sanh non, đái tháo đường thai kỳ, mẹ nhiễm GBS, nhiễm E. Coli, thời gian vỡ ối, thời gian chuyển dạ, cách sanh, thời gian dùng kháng sinh dự phòng... không phân tích được vì số biến cố xảy ra quá thấp.

Từ khóa: Liên cầu khuẩn nhóm B trong thai kỳ.

SUMMARY

COLONIZATION OF GROUP B STREPTOCOCCUS IN VAGINA AND RECTUM IN PREGNANT WOMEN AND PREGNANCY OUTCOMES

Objectives: Investigate the status of group B streptococcus infection in pregnant women and pregnancy outcomes.

Subjects and methods: A prospective longitudinal study included 304 pregnant women with gestational age of 26 weeks or more that their pregnancy were managed and given birth at Tam Anh General Hospital HCM from August 2022 to December 2022.

Results and conclusions: The prevalence of pregnant women with group B streptococcus (GBS) infection was 14.5% (44/304), the antibiogram was 100% sensitive to Ampicillin and Cephalosporin. Average gestational age was 38 weeks 4 days \pm 1 week 1 day, gestational age < 37 weeks accounted for 6.25% (19/304), gestational diabetes accounted for 24.3% (74/304). There was not the relation between the GBS infection and preterm delivery < 37 weeks, rupture of membranes, infection during labor,

¹Trung tâm Sản Phụ khoa, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh HCM

²Trung tâm Sơ sinh, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh HCM

³Trung tâm Xét nghiệm, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh HCM

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Phương Nga
SĐT: 0903722237

Email: drphuongnga2468@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/7/2024

Ngày duyệt bài: 08/8/2024

postpartum infection and early neonatal infection ($p > 0.05$). The rate of early neonatal infection is 1% (3/304), of which 2.3% (1/44) in the GBS-infected mother group (1/44) and 0.8% (2/260) in the uninfected mother group. It could not analyze factors that increased or reduced the risk of early neonatal infection such as premature birth, gestational diabetes, maternal GBS infection, E. Coli infection, duration of membranes rupture, duration of labor, method of birth, duration of prophylactic antibiotics... because the number of events occurring is too low.

Keywords: Group B streptococcus infection in pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liên cầu khuẩn nhóm B (Group B Streptococcus: GBS) không gây ra triệu chứng lâm sàng trên phụ nữ mang thai, nhưng có thể gây ra một số biến cố sinh non, vỡ ối, nhiễm trùng ối, nhiễm trùng hậu sản (NTHS), nhiễm trùng sơ sinh (NTSS). Ở Việt Nam, cho đến hiện tại đã có nhiều nghiên cứu về tình hình mang GBS ở mẹ nhưng ít báo cáo về tình trạng nhiễm GBS ở trẻ sau sinh. Với tình trạng đề kháng KS của GBS với Penicillin, Ampicillin, Cephalosporin, Clindamycin ngày càng gia tăng [4],[5],[8] thì việc sử dụng Ampicillin trong phác đồ hiện nay như là kháng sinh dự phòng (KSDP) đầu tay trong dự phòng NTSS và NTHS có thật sự phù hợp và hiệu quả không? Do đó, đề tài đặt ra nhằm:

- Mô tả tình hình nhiễm GBS ở ÁĐ-TT trên sản phụ tuổi thai từ 26 tuần trở lên nhập viện sanh.

- Nhận xét kết cục thai kỳ trên nhóm sản phụ nhiễm GBS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu dọc, tiền cứu, thời gian từ 08/2022 – 12/2022.

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Sản Phụ khoa & Trung tâm Sơ sinh BVĐKTA.

Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ có tuổi thai từ 26 tuần trở lên được nhập viện tại khoa Sản Nội trú và Phòng sanh vì chuyển dạ, ối vỡ, hoặc chấm dứt thai kỳ, thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tiêu chuẩn nhận vào:

• Thai kỳ được quản lý và xét nghiệm GBS được thực hiện tại BVĐKTA.

• Tuổi thai tính chính xác bằng kinh cuối và/ hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ.

• Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

• Thai kỳ có chiều dài kênh cổ tử cung ≤ 25 mm trên siêu âm tam cá nguyệt 2.

• Đang có sốt, hoặc đang mang bệnh lý nhiễm trùng đang điều trị trên thai phụ không có vỡ ối.

• Thai phụ bị tâm thần hoặc rối loạn ý thức.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:

chọn mẫu thuận tiện tại khoa Sản Nội trú và Phòng sanh trong thời gian nghiên cứu, với cỡ mẫu 304 thai phụ.

Biến số nghiên cứu

- Biến số khảo sát: nhiễm GBS và kháng sinh đồ, nhiễm E. Coli, tuổi thai, đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK), thời gian vỡ ối, thời gian chuyển dạ, thời gian sử dụng KSDP, cách thức sanh.

- Biến số kết quả:

• Biến cố trên mẹ: chuyển dạ sanh non, ối vỡ, sốt trong chuyển dạ, nhiễm trùng ối, nhiễm trùng hậu sản, hậu phẫu MLT.

• Biến số sơ sinh: NTSS (nhiễm GBS, nhiễm trùng huyết, viêm phổi, viêm màng não)

Công cụ nghiên cứu

- Cách lấy bệnh phẩm:

Thai phụ nằm trên bàn khám phụ khoa trong tư thế phụ khoa, bộc lộ phần hội âm, dùng que tampon phết bệnh phẩm ở 1/3 dưới âm đạo (cách lỗ âm đạo hoặc mép màng trinh 2cm), xoay tampon 360⁰ một hoặc hai vòng quanh trục để đảm bảo que cấy tiếp xúc với cả thành trước và thành sau âm đạo. Dùng chính que tampon này để lấy bệnh phẩm ở TT bằng cách đưa nhẹ nhàng tampon vào lỗ HM qua khỏi cơ vòng HM, cách rìa HM 1 cm (qua khỏi ống HM đến TT) xoay tampon một hoặc hai vòng quanh trục rồi rút tampon ra, bỏ que tampon trong môi trường vận chuyển và chuyển ngay đến phòng xét nghiệm trong 60 phút.

- Xét nghiệm tầm soát GBS: nuôi cấy và kỹ thuật phân lập vi khuẩn

- Môi trường vận chuyển: Amies Transport Medium

- Nuôi cấy sàng lọc: MELAB Chromogenic Strepto B, MacConkey Agar (MC), Blood Agar (BA)

- Định danh và kháng sinh đồ: trên hệ thống máy Vitek 2 Compact của BioMerieux theo tiêu

chuẩn CLSL 2021 có cập nhật hằng năm.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm Stata. Sử dụng thống kê mô tả như tần suất, tỷ lệ phần trăm, và các phương pháp kiểm định (χ^2 , fisher exact, likelihood ratio) có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

Đạo đức trong nghiên cứu

Thai phụ được giải thích đã hiểu rõ mục đích của nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Chi phí XN GBS do kinh phí BV chi trả đối với những thai phụ có tuổi thai < 36 tuần chưa được thực hiện XN tầm soát GBS thường quy theo quy trình khám thai của bệnh viện. Nghiên cứu được thông qua theo quyết định số 89/2022/QĐ-TAHC.M.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu trên 304 sản phụ, cho thấy tuổi thai trung bình là 38 tuần 4 ngày và trung vị tuổi mẹ là 32 tuổi, nhỏ nhất là 21 tuổi và lớn nhất 45 tuổi.

3.1. Mô tả tình hình nhiễm GBS ở ẢĐ-TT trên sản phụ tuổi thai từ 26 tuần trở lên nhập viện sanh

Bảng 3.1: Đặc điểm dịch tễ mẫu khảo sát

Đặc điểm		Số sản phụ	Tỷ lệ %
Tuổi mẹ	< 25	10	3,3
	25 – 34	196	64,7
	≥ 35	98	32
Tuổi thai	< 37 tuần	19	6,25
	≥ 37 tuần	285	93,75
Số con	Con so	138	45,4
	Con ọ	166	54,6
Lý do nhập viện	Chuyển dạ	113	37,1
	Ồi vỡ	48	15,8
	Khởi phát chuyển dạ	23	7,6
	Mổ lấy thai chủ động, ồi còn	120	39,5

Tiền căn nhiễm GBS thai kỳ trước /con rạ	Không có nhiễm	41	24,7
	Có nhiễm	1	0,6
	Không biết	124	74,7
Tiền căn con bị NTSS do mẹ bị nhiễm GBS thai kỳ trước /con rạ	Không có nhiễm	52	31,3
	Có nhiễm	0	0,0
	Không biết	114	68,7
Nhiễm E. Coli	Không	282	92,8
	Có	22	7,2
Đái tháo đường thai kỳ	Không	230	75,7
	Có	74	24,30

Nhận xét: Thai < 37 tuần chiếm tỷ lệ 6,25%, ĐĐTĐTK chiếm tỷ lệ 24,3%.

Bảng 3.2: Tỷ lệ nhiễm GBS trong mẫu cấy dịch âm đạo-trực tràng

GBS	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Âm tính	260	85,5
Dương tính	44	14,5

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ nhiễm GBS chiếm 14,5%.

Bảng 3.3: Kháng sinh đồ của GBS

Kháng sinh đồ của GBS	Nhạy	Trung gian	Kháng
Ampicillin	44 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Cefazoline	44 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Ceftriazone	44 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Cefotaxime	44 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Erythomycin	10 (22,7%)	0 (0%)	34 (77,3%)
Clindamycin	10 (22,7%)	0 (0%)	34 (77,3%)
Vancomycin	44 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Linezolid	44 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

Nhận xét: GBS nhạy 100% với Ampicillin, Cefazoline, Ceftriazone, Cefotaxime.

3.2. Nhận xét kết cục thai kỳ trên nhóm sản phụ nhiễm GBS

3.2.1. Liên quan giữa nhiễm GBS và một số biến cố thai kỳ trên mẹ

Bảng 3.4: Sự liên quan giữa nhiễm GBS và một số biến cố thai kỳ trên mẹ

Yếu tố liên quan	Tuổi thai		Tình trạng ối		Sốt trong CD		NHTS		
	< 37 tuần	≥ 37 tuần	Ối còn	Ối vỡ	Không	Có	Không	Có	
GBS	Âm	16 (6,1%)	244 (93,8%)	217 (83,5%)	43 (16,5%)	258 (99,2%)	2 (0,8%)	259 (99,6%)	1 (0,4%)
	Dương	3 (6,8%)	41 (93,2%)	39 (88,6%)	5 (11,4%)	44 (100%)	0 (0%)	43 (97,7%)	1 (2,3%)
p	0,866 *		0,393 *		0,559 #		0,152 #		

*: χ^2 , #: likelihood ratio

Nhận xét: Không có sự liên quan giữa việc nhiễm GBS với các biến cố trên mẹ.

3.2.2. Liên quan giữa nhiễm GBS và một số biến cố thai kỳ trên con

Bảng 3.5: Liên quan giữa nhiễm GBS và nhiễm trùng sơ sinh sớm

Yếu tố		Con nhiễm trùng sơ sinh sớm	
		Không	Có
Mẹ nhiễm GBS	Không	258 (99,2%)	2 (0,8%)
	Có	43 (97,7%)	1 (2,3%)

$p = 0,351$

Nhận xét: Trong 304 trường hợp theo dõi có 3 trường hợp NTSS sớm, chiếm tỷ lệ 1,0%. Trong đó, ở nhóm mẹ nhiễm GBS là 2,3% và ở nhóm mẹ không nhiễm là 0,8%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,351$.

3.2.2. Phân tích đa biến một số yếu tố có thể liên quan đến nhiễm trùng sơ sinh sớm

Tiến hành phân tích đa biến với các biến số khảo sát có thể liên quan đến tình trạng NTSS sớm bằng phương trình hồi quy logistic, kỹ thuật phân tích backward conditional, kết quả cho thấy có 3 biến số tính được giá trị p thống kê thấp, nhưng không thể cho giá trị OR chính xác với khoảng tịn cậy quá rộng do số biến cố xảy ra quá ít, đó là ĐTĐTK ($p = 0,07$); thời gian vỡ ối > 12 giờ ($p = 0,032$); thời gian dùng KSDP ≥ 4 giờ ($p = 0,002$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ thai phụ nhiễm GBS là 14,5%, khá tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Kwatra (2016) đã thực hiện nghiên cứu phân tích gộp của 78 nghiên cứu với tổng số 73791 thai phụ ở 37 quốc gia cho tần suất ước lượng chung trên toàn thế giới là 17,9% và các vùng địa lý khác nhau sẽ có tần suất khác nhau, cao nhất ở châu Phi 22,4% và thấp nhất ở vùng Đông Nam Á 11,1% [9]. Một số báo cáo ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ thay đổi từ 13,2% đến 19,5% [2],[6].

Một số nghiên cứu Việt Nam cho thấy tỷ lệ GBS kháng Penicillin và Ampicillin lần lượt là 28,8% - 77,5% và 39% - 60,6% [1],[6] và tương tự nghiên cứu của Cécile 2022 tỷ lệ GBS kháng nhóm Penicillin từ 58,8% đến 70,6% [8].

Tuy nhiên, trong nghiên cứu chúng tôi thì GBS nhạy 100% với Ampicillin, tương tự với kết quả nghiên cứu của Lý PT năm 2020 [4] và Ampicillin cũng là KS được chọn lựa đầu tiên trong phác đồ điều trị dự phòng NTSS do GBS như CDC và WHO đã khuyến cáo. Ngoài ra, nghiên cứu cũng cho kết quả GBS nhạy 100% với Cefazoline, là loại KSDP thường quy cho tất cả các trường hợp mổ lấy thai tại viện.

Như vậy, có nên chẳng sử dụng Penicillin và Ampicillin là điều trị bước đầu cho thai phụ nhiễm GBS... khi không có kết quả KSD. Điều này sẽ tùy thuộc vào kết quả nghiên cứu mà cơ sở y tế đó thu được mà phác đồ điều trị có thể sẽ khác nhau.

Trong nghiên cứu chúng tôi, bảng 3.4 cho thấy không có sự liên quan giữa mẹ nhiễm GBS và tình trạng sanh non, vỡ ối, sốt trong chuyển dạ, NTHS. Sốt trong chuyển dạ chiếm tỷ lệ 0,8%, nhưng chỉ xảy ra trên nhóm sản phụ không nhiễm GBS. Đối với tình trạng NTHS thì trong nhóm nhiễm GBS tỷ lệ này chiếm 2,3% trong khi ở nhóm không nhiễm GBS chỉ là 0,4%, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Theo tác giả Thịnh NS 2010 thống kê nguyên nhân gây viêm niêm mạc tử cung sau

sinh tại bệnh viện Phụ sản trung ương do GBS là 7,6% [7]. Nghiên cứu của Valkenburg (2009) cho thấy nhiễm GBS có thể là một yếu tố nguy cơ của sanh non với OR = 1,75 khi phân tích dữ liệu của 5 nghiên cứu cắt ngang và một nghiên cứu bệnh chứng thì OR = 1,59, tuy nhiên, khi phân tích gộp 11 nghiên cứu tiến cứu thì lại cho thấy chưa đủ dữ liệu kết luận rằng nhiễm GBS trong thai kỳ gây sanh non với OR = 1,06 [11]. Tương tự, nghiên cứu của Hương BTT 2010 khảo sát trên 234 trường hợp sanh non, trong đó có 69,2% trường hợp vỡ ối cho thấy không có sự liên quan giữa nhiễm GBS và tình trạng vỡ ối [3].

Tỷ lệ trẻ NTSS sớm trong nghiên cứu chúng tôi là 1% và không có ca nào nhiễm trùng huyết xác định ở cả hai nhóm, nghĩa là không có trường hợp nào cấy máu dương tính mặc dù có biểu hiện lâm sàng và các xét nghiệm khác bất thường. Trong đó, trên nhóm mẹ nhiễm GBS chiếm tỷ lệ 2,3% (1/44 ca) không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm mẹ không nhiễm GBS 0,8%, (2/260 ca). Khảo sát chi tiết 2 trường hợp NTSS có GBS âm, chúng tôi thấy có một trường hợp là sản phụ có ĐTĐTK, mẹ nhiễm E. Coli ở ÂĐ-TT và trường hợp thứ hai là ối vỡ 18 giờ và KSDP chưa đủ 4 giờ.

Báo cáo của Russel và cộng sự năm 2017, tỉ lệ trẻ nhiễm trùng huyết có cấy máu dương tính sinh từ mẹ nhiễm GBS là 1,3% khi không được sử dụng KSDP trong chuyển dạ và giảm xuống còn 0,1% khi có sử dụng KSDP [10].

Tiến hành phân tích đa biến, kết quả khảo sát không ghi nhận được các yếu tố có thể làm tăng, hoặc giảm nguy cơ NTSS sớm vì số biến cố xảy ra quá ít, mặc dù kết quả cho thấy có 3 biến số tính được p thống kê thấp đó là ĐTĐTK, $p = 0,07$; thời gian vỡ ối > 12 giờ, $p = 0,032$; thời gian dùng KSDP ≥ 4 giờ,

$p = 0,002$. Nếu thời gian nghiên cứu dài hơn, hoặc số biến cố xảy ra nhiều hơn có thể sẽ khảo sát chính xác hơn sự liên quan này. Mặt khác, kết quả này cho chúng ta thấy là nếu thai kỳ và chuyển dạ được chăm sóc tốt thì biến cố cho mẹ và sơ sinh rất hiếm khi xảy ra.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sản phụ nhiễm GBS ở mẫu cấy ÂĐ-TT là 14,5% và Ampicillin vẫn là KSDP đầu tay được chọn lựa khi mẹ nhiễm GBS với độ nhạy 100%.

Không ghi nhận sự liên quan giữa mẹ nhiễm GBS và các biến cố trong thai kỳ, trong chuyển dạ, hậu sản hậu phẫu mổ lấy thai và nhiễm trùng sơ sinh sớm.

Tỷ lệ NTSS là 1%, trong đó nhóm mẹ nhiễm GBS là 2,3% và ở nhóm mẹ không nhiễm là 0,8%. Không khảo sát được các yếu tố có thể làm tăng, giảm nguy cơ NTSS sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chức NV, Hải Yến NT** (2022), “Nghiên cứu tình hình nhiễm Streptococcus nhóm B và sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn ở phụ nữ mang thai 35-37 tuần tại bệnh viện Quốc tế Phương Châu năm 2021-2022”. Tạp chí Y dược học Cần Thơ số 55/2022- số chuyên đề hội nghị quốc tế, 166-172.
2. **Đào LTT** (2016). “Nghiên cứu tình hình, các yếu tố liên quan nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B và kết quả điều trị dự phòng nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B lây truyền từ mẹ sang con” Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. Số 3-4, tr 34-37.
3. **Hương BTT** (2013), “Tỷ lệ nhiễm Streptococcus nhóm B âm đạo – trực tràng trên thai kỳ sanh non và các yếu tố liên quan”. Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú - chuyên ngành Sản phụ khoa, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

4. **Lý PT, Tuấn NQ, Linh TM** (2020), “Tỷ lệ mang liên cầu khuẩn nhóm B ở 35 – 37 tuần thai kỳ và hiệu quả của kháng sinh dự phòng lây nhiễm trước sinh”. Tạp chí Phụ Sản; 18 (3), 19-26.
5. **Nga BTP, Lan NT** (2020). “Đặc điểm kháng sinh đồ của liên cầu khuẩn nhóm B ở âm đạo và trực tràng của thai phụ tại bệnh viện Đại học Y dược TPHCM”. Tạp chí Y học Hội nghị Khoa học Công nghệ Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch lần thứ XIII năm 2020.
6. **Nga BTP, Lan NT** (2020). “Tình hình nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở âm đạo và trực tràng trên thai phụ 35 – 37 tuần tại bệnh viện Đại học Y dược TPHCM”. Tạp chí Y học Hội nghị Khoa học Công nghệ Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch lần thứ XIII năm 2020.
7. **Thịnh NS** (2010), "Nghiên cứu viêm niêm mạc tử cung sau đẻ điều trị tại BVPSTW trong 2 năm (2008-2009)", Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Cécile Ingrid Djuikoue, Paule Dana Djouela Djoulako, Rodrigue Kamga Wouambo, Rosine Yemetio Foutsa, Dorine Ekeu Ngatcheu and Teke Apalata** (2022), “Frequency and Antibiotic Susceptibility Patterns of Streptococcus agalactiae Strains Isolated from Women in Yaounde, Cameroon”. Microbiology Research, 13, 954 – 962.
9. **Kwatra G., Cunnington M. C., Merrall E., Adrian P. V. Ip. M., Klugman K. P., et al.** (2016) "Prevalence of maternal colonisation with group B streptococcus: a systematic review and meta-analysis". Lancet Infect Dis, 16(9), 1076-1084.
10. **Russell N. J., Seale A. C., O'Driscoll M., O'Sullivan C., Bianchi-Jassir F., Gonzalez-Guarin J., et al.** (2017) "Maternal Colonization With Group B Streptococcus and Serotype Distribution Worldwide: Systematic Review and Meta-analyses". Clin Infect Dis, 65(suppl_2), S100-S111.
11. **Valkenburg-van den Berg AW, Sprij AJ, Dekker FW, Dorr PJ, Kanhai HH** (2009), “Association between colonization with Group B Streptococcus and preterm delivery: a systematic review”. Acta Obstet Gynecol Scand; 88:958–67.

VAI TRÒ CỦA THUỐC PERAMPANEL TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH KHÁNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Nguyễn Văn Liệu¹, Vũ Thị Hình¹, Nguyễn Thu Thảo¹
Nguyễn Thu Hà¹, Kiều Thị Hậu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động kinh là một bệnh lý thường gặp, chiếm tỷ lệ 0,5 đến 1% dân số¹. Tỷ lệ động kinh kháng thuốc ước tính chiếm khoảng 30-40%¹. Perampanel là thuốc chống động kinh thế hệ mới, phổ rộng, và ít tác dụng phụ.

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của Perampanel trong điều trị động kinh kháng thuốc tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát, hồi cứu thực hiện trên 215 bệnh nhân động kinh kháng thuốc được điều trị với Perampanel tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ năm 2020 đến năm 2024.

Kết quả: Nghiên cứu được thực hiện trên 215 bệnh nhân (54,9% nam, 45,1% nữ) với tuổi trung bình là $27,73 \pm 11,60$, độ tuổi nhỏ nhất là 4 tuổi và lớn nhất là 65 tuổi. Về phân loại, 24 bệnh nhân (11,2%) được chẩn đoán động kinh toàn thể, 140 bệnh nhân (65,1%) được chẩn đoán động kinh cục bộ, còn lại 23,7% không phân loại. Tỷ lệ đáp ứng chung sau khi phối hợp Perampanel đạt 77,2%, trong đó 19,1% người bệnh không còn cơn và 58,1% giảm số cơn. Có 47 bệnh nhân (21,9%) đánh giá tình trạng lâm

sàng không thay đổi và 2 bệnh nhân (0,9%) có cơn nặng hơn sau khi dùng thêm Perampanel. Có 155 bệnh nhân (72,1%) được khởi đầu với liều điều trị Perampanel là 2mg và 55 bệnh nhân khởi đầu điều trị với liều 4mg (25,6%) trong khi có 5 trường hợp không rõ liều khởi đầu do chuyển đến từ cơ sở điều trị khác. Có 22 bệnh nhân (9,3%) bệnh nhân ghi nhận có tác dụng phụ, trong đó thường gặp nhất là mệt mỏi (3,7%) và buồn ngủ (4,2%), tuy nhiên đa số đều ở mức độ nhẹ. Ngoài ra có thể gặp tác dụng phụ khác như ăn kém, rối loạn trí nhớ, chóng mặt, đau đầu. Có 1 bệnh nhân gặp tình trạng dị ứng thuốc với biểu hiện mẩn ngứa ngoài da và phải ngưng thuốc.

Kết luận: Perampanel có thể giúp cải thiện hiệu quả điều trị động kinh kháng thuốc khi dùng phối hợp với các thuốc chống động kinh khác. Một số tác dụng phụ thường gặp phải như mệt mỏi, buồn ngủ.

Từ khoá: Thuốc chống động kinh, động kinh, động kinh kháng thuốc, Perampanel, điều trị kết hợp.

SUMMARY

THE ROLE OF PERAMPANEL IN TREATMENT OF DRUG RESISTANT EPILEPSY PATIENTS AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL

Background: Epilepsy is a common disorder, affecting approximately 0.5% to 1% of the population¹. The estimated rate of drug-resistant epilepsy is around 30-40%¹. Perampanel is a new-generation antiepileptic drug with broad spectrum efficacy and fewer side effects.

¹Khoa Thần kinh - Đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Liệu
SĐT: 0913367330

Email: lieutk@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/7/2024

Ngày duyệt bài: 13/8/2024

Objective: Evaluate the role of Perampanel in the treatment of drug resistant epilepsy patients at Tam Anh General Hospital, Hanoi.

Method: Observational, retrospective study conducted on 215 patients who met the diagnostic criteria for drug-resistant epilepsy and were treated with Perampanel at Tam Anh General Hospital from 2020 to 2024.

Results: 215 patients (54.9% male, 45.1% female) with an average age of 27.73 ± 11.60 years, ranging from 4 to 65 years old, were included in the study. Regarding classification, 24 patients (11.2%) were diagnosed with generalized epilepsy, 140 patients (65.1%) with focal epilepsy, and the remaining 23.7% were unclassified. The overall response rate after the addition of Perampanel was 77.2%, with 19.1% of patients becoming seizure-free and 58.1% experiencing a reduction in seizure frequency. There were 47 patients (21.9%) whose clinical status remained unchanged and 2 patients (0.9%) who experienced worsened seizures after adding Perampanel. A total of 155 patients (72.1%) started treatment with an initial Perampanel dose of 2mg, and 55 patients (25.6%) began with a 4mg dose, while 5 cases had unknown initial doses due to being referred from other treatment facilities. 22 patients (9.3%) reported side effects, the most common being fatigue (3.7%) and drowsiness (4.2%), most of which were mild. Other side effects included poor appetite, memory disturbances, dizziness, and headaches. One patient experienced a drug allergy manifesting as skin rash and had to discontinue the medication.

Conclude: Perampanel can help improve the effectiveness of treatment for drug-resistant epilepsy when used in combination with other antiepileptic drugs. Some common side effects include fatigue and somnolence.

Keywords: Antiepileptic drugs; epilepsy; drug-resistant epilepsy; Perampanel; combined therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh kháng thuốc (DRE) được định nghĩa là không cải thiện tần suất cơn động kinh sau điều trị ít nhất hai nhóm thuốc chống động kinh đã được lựa chọn phù hợp và đúng liều lượng. Số liệu từ ILAE báo cáo tỷ lệ giảm cơn động kinh trong một năm với điều trị một loại thuốc động kinh là 45.7%, 2 loại thuốc là 28%, 23.6% với 3 loại thuốc và 15% với 4 loại thuốc². Hầu hết các bệnh nhân mắc động kinh mới được chẩn đoán đều kiểm soát được cơn động kinh mà không kèm theo tác dụng phụ nghiêm trọng, tuy nhiên khoảng 30-40% số bệnh nhân không đáp ứng với một hoặc nhiều loại chống động kinh³. Những bệnh nhân bị động kinh kháng thuốc thường gặp nhiều biến chứng và các bệnh lý đi kèm, như suy giảm nhận thức, rối loạn tâm thần. Do đó, những loại thuốc có khả năng dung nạp tốt hơn và hiệu quả hơn là cần thiết cho những bệnh nhân động kinh kháng thuốc. Perampanel là thuốc đối kháng thụ thể AMPA không cạnh tranh có hoạt tính bằng đường uống đầu tiên được phê duyệt để điều trị bổ trợ trong bệnh động kinh vào năm 2012 tại Hoa Kỳ và Liên minh Châu Âu. Hiệu quả, độ an toàn và khả năng dung nạp của Perampanel đã được chứng minh⁴. Tuy nhiên tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hiệu quả của Perampanel trên nhóm bệnh nhân động kinh kháng thuốc. Do vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá vai trò của Perampanel trong điều trị động kinh kháng thuốc tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ năm 2020 đến năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán động kinh kháng thuốc, được điều trị Perampanel tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh trong giai đoạn từ năm 2020 đến năm 2024.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

(1) Bệnh nhân được chẩn đoán động kinh kháng thuốc theo tiêu chuẩn của ILAE năm 2009.

Theo ILAE, bệnh nhân động kinh không đáp ứng với hai loại thuốc kháng động kinh được lựa chọn đúng và điều trị đủ liều được xem như động kinh kháng thuốc.

Đánh giá điện não đồ, chụp phim MRI sọ não, ghi nhật ký cơn động kinh.

(2) Bệnh nhân được điều trị Perampanel (Fycompa) đơn hoặc đa trị liệu (điều trị phối hợp với 1 hoặc nhiều loại thuốc chống co giật trước đó).

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đủ số liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát, hồi cứu thực hiện trên 215 bệnh nhân động kinh kháng thuốc điều trị với Perampanel tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ năm 2020 đến năm 2024. Thời gian theo dõi đánh giá hiệu quả thuốc

trung bình là 385 ngày, ít nhất là 132 ngày và dài nhất là 1212 ngày. Trong thời gian quan sát hiệu quả của Perampanel, các thuốc chống động kinh khác đang được dùng cho bệnh nhân không thay đổi. Tỷ lệ đáp ứng giảm cơn được ghi nhận dựa trên ghi nhận trong hồ sơ khám bệnh ngoại trú. Bệnh nhân giảm được > 50% số cơn động kinh được coi là có giảm cơn, giảm 0-50% được coi là không thay đổi, tăng > 50% số cơn động kinh được coi là nặng hơn. Nghiên cứu thu thập tác dụng phụ sau điều trị Perampanel thông qua thông tin được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án điện tử tại phần mềm quản lý bệnh viện, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

2.2.2. Công cụ nghiên cứu: Bệnh án nghiên cứu

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án điện tử tại phần mềm quản lý bệnh viện, bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội

2.2.4. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Thu thập số liệu đầy đủ từ bệnh án điện tử trước, trong và sau quá trình bệnh nhân được sử dụng Perampanel.

Bước 2: Làm sạch và nhập số liệu.

Bước 3: Xử lý và phân tích số liệu.

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố theo giới tính

Giới tính	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nam	118	54,9
Nữ	97	45,1
Tổng	215	100

Nhận xét: Trong số 215 bệnh nhân, có 118 bệnh nhân nam (chiếm tỷ lệ 54,9%), 97 bệnh nhân là nữ (chiếm tỷ lệ 45,1%). Độ tuổi trung bình nhóm đối tượng nghiên cứu là $27,73 \pm 11,60$; độ tuổi nhỏ nhất là 4 tuổi và lớn nhất là 65 tuổi.

3.2. Phân loại cơn động kinh trước khi điều trị Perampanel

Bảng 3.2: Phân loại cơn động kinh

Cơn lâm sàng	Tần số	Tỷ lệ %
Động kinh toàn thể co cứng co giật	24	11,2
Động kinh cục bộ	140	65,1
Không phân loại cơn	51	23,7
Tổng	215	100

Nhận xét: Trong số 215 bệnh nhân, chủ yếu là nhóm động kinh cục bộ chiếm 65,1% (140 bệnh nhân), động kinh toàn thể chiếm 11,2% (24 bệnh nhân) và 23,7% trường hợp động kinh không phân loại cơn.

3.3. Kết quả liên quan đến điều trị Perampanel

Bảng 3.3: Tình trạng kiểm soát cơn động kinh sau phối hợp Perampanel

Kiểm soát cơn động kinh	Tần số	Tỷ lệ %
Không có cơn	41	19,1
Giảm số cơn	125	58,1
Không thay đổi	47	21,9
Tăng nặng số cơn	2	0,9
Tổng	215	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng chung sau khi phối hợp Perampanel đạt 77,2 %, trong đó 19,1% người bệnh không còn cơn và 58,1 % giảm số cơn. Có 47 bệnh nhân (21,9 %) đánh

giá tình trạng lâm sàng không thay đổi và 2 bệnh nhân (0,9%) có cơn nặng hơn sau khi dùng thêm Perampanel.

3.4. Liều khởi đầu điều trị Perampanel

Bảng 3.4: Liều khởi đầu điều trị Perampanel

Liều (mg)	Tần số	Tỷ lệ %
2	155	72,1
4	55	25,6
Không rõ	5	2,3
Tổng	215	100

Nhận xét: Có 155 bệnh nhân (72,1%) được khởi đầu với liều điều trị Perampanel là 2mg và 55 bệnh nhân khởi đầu điều trị với liều 4mg (25,6%) trong khi có 5 trường hợp không rõ liều khởi đầu do chuyển đến từ cơ sở điều trị khác.

3.5. Tác dụng phụ sau phối hợp điều trị Perampanel

Bảng 3.5: Tác dụng phụ sau phối hợp điều trị Perampanel

Tác dụng phụ	Tần số	Tỷ lệ %
Không	194	90,2
Buồn ngủ	9	4,2
Mệt mỏi	8	3,7
Đau đầu	1	0,38
Chóng mặt	1	0,38

Dị ứng	1	0,38
Rối loạn trí nhớ	1	0,38
Kích động	0	0
Ăn uống kém	1	0,38
Tổng	215	100

Nhận xét: Có 22 bệnh nhân (9,3%) bệnh nhân ghi nhận có tác dụng phụ, trong đó thường gặp nhất là mệt mỏi (3,7%) và buồn ngủ (4,2%), tuy nhiên đa số đều ở mức độ nhẹ. Một số tác dụng phụ khác như ăn kém, rối loạn trí nhớ, chóng mặt, đau đầu. Có 1 bệnh nhân gặp tình trạng dị ứng thuốc với biểu hiện mẩn ngứa ngoài da và phải ngưng thuốc.

IV. BÀN LUẬN

Perampanel đã cho thấy tầm quan trọng về mặt lâm sàng như một loại thuốc bổ trợ trong điều trị bệnh nhân bị động kinh kháng thuốc. Gần đây đã được phê duyệt là thuốc chống động kinh thế hệ mới cho bệnh nhân nhi từ 4 tuổi trở lên bị co giật khởi phát cục bộ và từ 12 tuổi trở lên bị co giật co cứng-co giật toàn thể nguyên phát. Kết quả của Wrapper chứng minh Perampanel có hiệu quả và dung nạp tốt trong điều trị cho bệnh nhân mắc DRE tại Hồng Kông, sau 16 tuần tỷ lệ giảm số cơn trên 50% là 40% và 12,9% trường hợp hết cơn².

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán động kinh cục bộ chiếm ưu thế với 65,1%.

Tỷ lệ đáp ứng chung sau khi phối hợp perampanel đạt 77,2%, trong đó 19,1% người bệnh không còn cơn và 58,1% giảm số cơn. Có 47 bệnh nhân (21,9%) đánh giá tình trạng lâm sàng không thay đổi và 2 bệnh nhân (0,9%) có cơn nặng hơn sau khi dùng thêm perampanel. Theo các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ giảm cơn dao động trong khoảng 31-68%, tỷ lệ không còn cơn dao

động 9-23%⁴. Theo nghiên cứu của Jacqueline và cộng sự năm 2012, trong số 387 bệnh nhân, tỷ lệ đáp ứng giảm 50% số cơn dao động 36,1%-37,6% đối với liều 8mg và 12mg⁵. Nhóm bệnh nhân ở Bắc Mỹ, tỷ lệ đáp ứng giảm cơn có sự khác biệt giữa hai liều 8mg và 12mg. Ngược lại bệnh nhân Trung và Nam Mỹ không có sự khác biệt giữa hai nhóm⁶. Như vậy tỷ lệ giảm cơn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với trong nghiên cứu khác liên quan đến việc lựa chọn bệnh nhân và cỡ mẫu hoặc phương pháp nghiên cứu.

Liều điều trị khởi đầu từ 2-4mg, tương tự với các nghiên cứu khác, có thể dùng khoảng liều 4-12 mg/ngày mà không có tác dụng phụ hoặc ngừng điều trị⁶. Liều trung bình của Perampanel trong điều trị của Wrapper là 2mg, sau 16 tuần là 6.3mg, với liều này vẫn có sự giảm đáng kể tần suất cơn co giật². Một nghiên cứu tại Nhật Bản gồm 3808 người bệnh, tỷ lệ giảm cơn là 60,1% đối với người dưới 65 tuổi và 89% đối với người trên 65 tuổi, nhóm tuổi trên 65 tuổi có liều trung bình thấp hơn là 3mg so với 3,8mg ở độ tuổi dưới 65⁷. Còn theo nghiên cứu PERMIT, liều khởi đầu là 2mg và tăng dần liều duy trì 4-8mg/ngày, tối đa 12mg/ngày ở người lớn⁸.

Trong các nghiên cứu trước đây, tác dụng phụ thường gặp nhất là Perampanel là chóng mặt, buồn ngủ, kích động, ăn uống kém, trong số đó chóng mặt là nguyên nhân hàng đầu dẫn tới ngừng thuốc. Các tác dụng phổ biến hơn ở trẻ trên 12 tuổi so với trẻ dưới 12 tuổi. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tác dụng

phụ của thuốc thấp hơn (9,3%) so với các nghiên cứu khác (53%)⁵. Trong đó thường gặp nhất là mệt mỏi (3,7%) và buồn ngủ (4,2%), tuy nhiên đa số đều ở mức độ nhẹ. Tương tự trong nghiên cứu PERMIT, một tỷ lệ đáng kể có tác dụng phụ về tâm thần, lên tới 21%. Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác có liên quan đến việc thu thập thông tin và quản lý bệnh nhân hoặc có tỷ lệ rối loạn tâm thần kèm theo trước khi điều trị Perampanel.

V. KẾT LUẬN

Perampanel có thể giúp cải thiện hiệu quả điều trị động kinh kháng thuốc khi dùng phối hợp với các thuốc chống động kinh khác. Một số tác dụng phụ thường gặp phải như mệt mỏi, buồn ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Epilepsy**. Accessed June 25, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.
2. **Chan CCH, Leung HW**. WRAPPER study: Real-world effectiveness and tolerability of adjunctive perampanel for people with drug-resistant epilepsy in Hong Kong. *Epilepsia Open*. 2023;9(1):345-354. doi:10.1002/epi4.12882.
3. **Bresnahan R, Hill RA, Wang J**. Perampanel add-on for drug-resistant focal epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;2023(4): CD010961. doi:10.1002/14651858.CD010961.pub2.
4. **Krauss GL**. Perampanel: A Selective AMPA Antagonist for Treating Seizures. *Epilepsy Curr*. 2013;13(6):269-272. doi:10.5698/1535-7597-13.6.269.
5. **French JA, Krauss GL, Biton V, et al**. Adjunctive perampanel for refractory partial-onset seizures. *Neurology*. 2012;79(6):589-596. doi:10.1212/WNL.0b013e3182635735.
6. **Krauss GL, Serratosa JM, Villanueva V, et al**. Randomized phase III study 306: adjunctive perampanel for refractory partial-onset seizures. *Neurology*. 2012;78(18): 1408-1415. doi:10.1212/WNL.0b013e318254473a.
7. **Inoue Y, Sumitomo K, Matsutani K, Ishii M**. Evaluation of real-world effectiveness of perampanel in Japanese adults and older adults with epilepsy. *Epileptic Disord Int Epilepsy J Videotape*. 2022;24(1):123-132. doi:10.1684/epd.2021.1369.
8. **Villanueva V, D'Souza W, Goji H, et al**. PERMIT study: a global pooled analysis study of the effectiveness and tolerability of perampanel in routine clinical practice. *J Neurol*. 2022;269(4): 1957-1977. doi:10.1007/s00415-021-10751-y.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG DỰ PHÒNG TỤT HUYẾT ÁP CỦA ONDANSETRON LIỀU 8 MG TRONG GÂY TÊ TỦY SỐNG CHO PHẪU THUẬT LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Không Minh Hiếu¹, Nguyễn Quốc Kính¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Gây tê tủy sống ở sản phụ mổ lấy thai có nguy cơ gây ra tụt huyết áp và nhịp tim chậm, gây ảnh hưởng tới tính mạng sản phụ. Hiệu quả của ondansetron đối với dự phòng hạ huyết áp đối với sản phụ chưa được nghiên cứu rõ.

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả dự phòng tụt huyết áp của ondansetron liều 8 mg trong gây tê tủy sống cho phẫu thuật lấy thai

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng, tiến cứu trên 87 sản phụ mổ lấy thai có thể trạng và tiền sử bình thường. Trong đó 44 bệnh nhân nhóm Ondansetron sử dụng ondansetron 8mg tiêm tĩnh mạch trước khi gây tê tủy sống 1 phút. Nhóm chứng là 43 bệnh nhân sử dụng giả dược là nước muối sinh lý tiêm tĩnh mạch trước khi gây tê tủy sống 1 phút. Đánh giá hiệu quả can thiệp dựa vào huyết áp tâm thu, nhịp tim và các tác dụng phụ sau phẫu thuật.

Kết quả: Tại thời điểm ban đầu huyết áp tâm thu ở cả nhóm Ondansetron và nhóm đối chứng lần lượt là $120,5 \pm 6,5$ và $120,8 \pm 14,3$. Sau can thiệp, nhóm Ondansetron có huyết áp ổn định với

trung bình $111,7 \pm 18,9$, huyết áp tối đa giảm đáng kể ở nhóm đối chứng với trung bình $79,9 \pm 10,3$ ($p < 0,001$). Nhịp tim cũng tăng cao ở nhóm đối chứng với trung bình 108,6 nhịp/phút cao hơn đáng kể so với nhóm sử dụng Ondansetron với trung bình là 83,6 nhịp/phút ($p < 0,001$).

Kết luận: Ondansetron đã chứng minh được hiệu quả trong việc dự phòng tụt huyết áp ở sản phụ mổ lấy thai.

Từ khóa: Tụt huyết áp, mổ lấy thai, gây tê tủy sống, ondansetron

SUMMARY

EVALUATING THE PROPHYLACTIC EFFECT OF ONDANSETRON 8 MG ON HYPOTENSION DURING SPINAL ANESTHESIA IN CESAREAN SECTIONS AT TAM ANH HOSPITAL

Background: Women undergoing cesarean sections with spinal anesthesia are at risk of developing hypotension and bradycardia, which can endanger maternal health. The prophylactic efficacy of ondansetron for hypotension in this demographic remains inadequately explored.

Objective: This study assesses the effectiveness of an 8 mg dose of ondansetron in preventing hypotension associated with spinal anesthesia in cesarean deliveries.

Methods: This prospective, randomized controlled trial involved 87 women scheduled for cesarean sections under spinal anesthesia, who were otherwise healthy and without significant medical histories. Participants were divided into two groups: the intervention group (n=44), which

¹Khoa Gây mê hồi sức - Bệnh viện Đa Khoa Tâm Anh, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Không Minh Hiếu
SĐT: 0988985338

Email: hieukm@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 14/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 02/8/2024

Ngày duyệt bài: 08/8/2024

received 8 mg of intravenous ondansetron 5 minutes prior to anesthesia, and the control group (n=43), which received an intravenous saline placebo under the same conditions. The primary outcomes measured were systolic blood pressure, heart rate, and the incidence of postoperative side effects.

Results: Initial systolic blood pressures were comparable between the intervention (120.5 ± 6.5 mmHg) and control groups (120.8 ± 14.3 mmHg). Post-intervention, the ondansetron group maintained more stable blood pressures (111.7 ± 18.9 mmHg) compared to the control group, which exhibited a significant decrease (79.9 ± 10.3 mmHg) ($p < 0,001$). The control group also experienced a higher increase in heart rate (108.6 beats/minute) than the ondansetron group (83.6 beats/minute) ($p < 0,001$).

Conclusion: Ondansetron administration prior to spinal anesthesia in cesarean sections effectively mitigates the risk of hypotension, suggesting its utility as a prophylactic intervention.

Keywords: Hypotension, Cesarean Section, Spinal Anesthesia, Ondansetron.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô cảm trong sản khoa là vấn đề luôn được các bác sỹ gây mê hồi sức sản khoa quan tâm vì cùng một lúc phải đảm bảo an toàn cho hai đối tượng đó là sản phụ (SP) và thai nhi, nhất là khi mổ lấy thai được xem như một điều trị cấp cứu [1]. Ngày nay, ở Việt Nam cũng như trên thế giới phương pháp vô cảm trong phẫu thuật lấy thai phổ biến nhất là gây tê tủy sống (GTTS) [2]. Đây là phương pháp hữu hiệu, tránh được các tai biến gây mê trên sản phụ và sơ sinh, dễ thực hiện, tỷ lệ thành công cao, vô cảm và giãn cơ tốt trong mổ.

Mặc dù có nhiều ưu điểm, gây tê tủy sống có nhiều biến chứng nguy hiểm bao gồm hạ huyết áp, được quan sát thấy ở khoảng 40% bệnh nhân không phải sản khoa và gần 80% bệnh nhân sản khoa [3]. Hạ huyết áp động mạch có thể dẫn đến giảm lưu lượng máu và cung lượng tim, dẫn đến giảm tình trạng tưới máu toàn thân. Sau khi gây tê tủy sống, hạ huyết áp chủ yếu là do giảm sức cản mạch máu thứ phát do tắc nghẽn các sợi giao cảm và tăng trương lực phế vị [4]. Nguy hiểm hơn, nếu liên quan đến nhịp tim chậm và không được điều trị thích hợp, hạ huyết áp có thể tiến triển thành ngừng tim. Do đó cần thiết có biện pháp dự phòng để ngăn ngừa tình trạng này. Ở Việt Nam có nhiều nghiên cứu về tác dụng dự phòng buồn nôn và nôn của ondansetron sau phẫu thuật nhưng chưa có nghiên cứu nào đề cập kỹ về tác dụng dự phòng tụt huyết áp sau gây tê tủy sống của Ondansetron. Để hiểu rõ hơn về vai trò dự phòng tụt huyết áp khi gây tê tủy sống của Ondansetron chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu Đánh giá hiệu quả dự phòng tụt huyết áp của ondansetron liều 8mg khi gây tê tủy sống cho phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ tháng 01/2023 - 06/2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai có sử dụng gây tê tủy sống tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Sản phụ có chỉ định mổ lấy thai vô cảm bằng gây tê tủy sống.
- Tuổi từ 18 – 40.
- ASA I - II.
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- SP có thai đủ tháng từ 38 - 41 tuần, thai phát triển bình thường.

Tiêu chuẩn loại trừ

- SP dị ứng thuốc tê.
- Chống chỉ định gây tê tủy sống
- Chống chỉ định sử dụng thuốc ondansetron
- SP có bệnh lý cột sống: Bại liệt, gù, vẹo, nhiễm trùng tại chỗ chọc kim.
- Có các bệnh lý về tâm thần kinh.
- Có các bệnh về rối loạn đông máu hoặc đang điều trị chống đông.
- Có HATT dưới 100 mmHg hoặc trên 140 mmHg.
- Các SP có nguy cơ chảy máu, giảm khối lượng tuần hoàn như: Rau bong non, rau tiền đạo, rau cài răng lược, nghi vỡ tử cung hoặc vỡ tử cung.
- SP đang nhiễm khuẩn toàn thân.
- Thai bất thường đã được chẩn đoán trước sinh.

- SP bị tiền sản giật nặng hoặc sản giật

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng, mù đơn.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện gồm 87 sản phụ (SP) có chỉ định về mổ sản khoa chia 2 nhóm.

Quy trình nghiên cứu

- Dung dịch truyền trước và trong GTTS: dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0,9%.
- Sử dụng thuốc gây tê tủy sống bupivacain heavy 0,5% liều theo từng bệnh nhân trong khoảng liều từ 8mg phối hợp thuốc tê với fentanyl liều 0,05mg.

- Nhóm Ondansetron: 44 sản phụ được tiêm tĩnh mạch ondansetron 8mg (2ml) 5 phút trước khi gây tê tủy sống.

- Nhóm chứng: 43 sản phụ tiêm tĩnh mạch 2ml dung dịch nước muối NaCl 0.9% 5 phút trước khi chọc tê tủy sống.

- Dự phòng tụt huyết áp: truyền nhanh khoảng 200ml dung dịch NaCl 0,9% hoặc dịch cân bằng ringerfundin hoặc dịch keo voluven, tiêm ephedrin liều 10mg tĩnh mạch hoặc atropin liều 0,5 mg tiêm tĩnh mạch khi nhịp tim chậm dưới 50 lần/phút tùy theo chỉ số huyết áp, nhịp tim. Sau 2 - 3 phút khi huyết áp không cải thiện nhắc lại ephedrin 10mg hoặc thêm phenylephrin liều 100mcg tiêm tĩnh mạch, tùy theo chỉ số huyết áp.

- Tiến hành theo dõi và ghi các chỉ số nghiên cứu vào bệnh án nghiên cứu trong 15 phút.

Biến số, chỉ số nghiên cứu

Nhóm biến số về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: đơn vị tính là năm.
- Chiều cao: đơn vị tính là centimet (cm).
- Cân nặng: đơn vị tính là kilogram (kg).
- Chỉ số khối cơ thể tính bằng BMI = cân nặng (kg) / chiều cao² (m).
- Tuổi thai.

Nhóm biến số về hiệu quả can thiệp

- Tỷ lệ tụt huyết áp: huyết áp tâm thu tụt $\geq 20\%$ so với mức huyết áp nền trước khi gây tê tủy sống hoặc huyết áp tâm thu giảm xuống dưới 90 mmHg.

- Huyết áp tâm thu ghi tại các thời điểm: trước khi gây tê tủy sống, sau 1 phút, sau 5 phút và sau 10 phút can thiệp.

- Nhịp tim tại các thời điểm: trước khi gây tê tủy sống, sau 1 phút, sau 5 phút và sau 10 phút can thiệp.

Phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được thu thập theo bệnh án nghiên cứu và được phân tích và làm sạch bằng phần mềm SPSS 16.0. Mô tả biến định tính bằng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Thống kê mô tả biến định lượng bằng trung bình \bar{X} , độ lệch chuẩn (SD). Thống kê suy luận, so sánh sự khác biệt giữa 2 biến định lượng bằng T-test hoặc Mann-Whitney test. So sánh sự khác biệt giữa 2 biến định tính bằng kiểm định khi bình phương. Mức $p < 0,05$ được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. - Đánh giá hiệu quả dự phòng tụt huyết áp của thuốc Ondansetron bằng tỷ suất nguy cơ tương đối (RR - Relative Risk). Trong đó:

- RR = 1 chứng tỏ phương pháp không có hiệu quả.
- RR > 1 phương pháp làm tăng nguy cơ mắc bệnh.
- RR < 1 phương pháp làm giảm nguy cơ mắc bệnh, có hiệu quả trong dự phòng tụt huyết áp.

Đạo đức trong nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội và được phép thực hiện tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2023 - 06/2024, nghiên cứu của chúng tôi tuyển chọn được 87 người vào nghiên cứu với 44 người thuộc nhóm ondansetron, 43 người thuộc nhóm chứng. Độ tuổi trung bình là 29,1; nhỏ nhất 19 tuổi, lớn nhất là 40 tuổi. Tuổi thai của đối tượng dao động từ 38 tuần tới 40 tuần, với trung bình là 38,3 tuần. Tuổi thai trung bình của nhóm chứng là 38,6 tuổi, nhóm Ondansetron là 38,3 tuổi. BMI khi mổ của nhóm Ondansetron trung bình là 26,7; ở nhóm chứng là 25,6. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các đặc điểm của 2 nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 1. Thay đổi huyết áp tâm thu (mmHg) tại các thời điểm sau khi gây tê tủy sống

HA tâm thu (mmHg)		Nhóm chứng (n= 43)	Nhóm ondansetron (n=44)	p
Trước khi gây tê	$\bar{X} \pm SD$	120,56 (6,53)	120,84 (14,35)	0,906
	Min – Max	110 - 136	95 - 188	
1 phút sau tiêm	$\bar{X} \pm SD$	107 (6,71)	114,48 (11,76)	0,181
	Min – Max	100 - 115	90 - 150	
5 phút sau tiêm	$\bar{X} \pm SD$	80,0 (4,2)	104,56 (9,77)	0,021
	Min – Max	80 - 91	88 - 120	
10 phút sau tiêm	$\bar{X} \pm SD$	79,93 (3,34)	111,67 (18,94)	<0,001
	Min – Max	75 - 85	72 - 143	

Tại thời điểm trước khi gây tê tủy sống, huyết áp tâm thu ở cả nhóm Ondansetron và nhóm đối chứng lần lượt là $120,5 \pm 6,5$ và $120,8 \pm 14,3$. Sau can thiệp 10 phút, nhóm Ondansetron có huyết áp ổn định với trung bình $111,7 \pm 18,9$, huyết áp tối đa giảm đáng kể ở nhóm đối chứng với trung bình $79,9 \pm 10,3$ ($p < 0,001$).

Bảng 2. Thay đổi nhịp tim tại các thời điểm sau khi gây tê tủy sống.

Nhịp tim (lần/phút)		Nhóm chứng (n= 43)	Nhóm ondansetron (n=44)	P
Trước khi gây tê	$\bar{X} \pm SD$	90,65 (6,42)	90,17 (9,56)	0,906
	Min – Max	76,6 - 109,0	56,0 - 110,0	
1 phút sau tiêm	$\bar{X} \pm SD$	124,67 (25,40)	85,68 (13,71)	< 0,001
	Min – Max	110,0 - 154,0	54,0 - 104,0	
5 phút sau tiêm	$\bar{X} \pm SD$	122,00 (2,83)	87,20 (12,60)	0,001
	Min – Max	120,0 - 124,0	60,0 - 110,0	
10 phút sau tiêm	$\bar{X} \pm SD$	108,65 (6,77)	83,64 (12,47)	< 0,001
	Min – Max	95,0 - 120,0	67,0 - 110,0	

Tại thời điểm ban đầu nhịp tim ở cả nhóm Ondansetron và nhóm đối chứng lần lượt là $90,65 \pm 6,42$ và $90,17 \pm 9,56$ ($P > 0,05$). Sau 10 phút can thiệp, nhịp tim tăng cao ở nhóm đối chứng với trung bình 108,6 nhịp/phút cao hơn đáng kể so với nhóm sử dụng Ondansetron với trung bình là 83,6 nhịp/phút. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Hiệu quả can thiệp đối với tỷ lệ tụt huyết áp

Đặc điểm	Nhóm nghiên cứu		P	RR (95%KTC)
	Nhóm chứng (n= 43)	Nhóm ondansetron (n=44)		
Không tụt huyết áp	21 (48,9%)	34 (77,3%)	0,006	1
Tụt huyết áp	22 (51,2%)	10 (22,7%)		0,44 (0,23 – 0,82)

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau can thiệp, tỷ lệ tụt huyết áp ở nhóm sử dụng Ondansetron là 22,7% thấp hơn so với nhóm chứng là 51,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$. Phân tích mối liên quan cho thấy, nhóm sử dụng Ondansetron giúp làm giảm nguy cơ tụt huyết áp 56% so với nhóm chứng (RR = 0,44; 95% KTC: 0,23-0,82).

IV. BÀN LUẬN

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của ondansetron trong sản phụ mổ lấy thai [1, 5, 6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm sử dụng Ondansetron giúp làm giảm nguy cơ tụt huyết áp bằng 0,44 lần so với nhóm chứng (RR = 0,44; 95% KTC:

0,23-0,82). Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng ngẫu nhiên (RCT) của tác giả Mendonca (2021) trên 144 bệnh nhân chia thành 2 nhóm nhằm đánh giá hiệu quả dự phòng tụt huyết áp của Ondansetron. Tác giả cho thấy hạ huyết áp xảy ra ở 20 trong số 72 bệnh nhân (27,8%) trong nhóm ondansetron và 36 và 72 bệnh nhân (50%) trong nhóm giả dược. Nhóm ondansetron làm giảm nguy cơ tụt huyết áp thấp hơn 0,62 lần so với nhóm chứng (OR = 0,38; 95%KTC: 0,19 đến 0,77; $p = 0,007$) [5]. Tổng quan hệ thống và phân tích gộp của tác giả Xiao-Min Hou (2022) trên 25 nghiên cứu can thiệp. Kết quả phân tích gộp cho thấy ondansetron làm giảm đáng kể tỷ lệ hạ huyết

áp (RR = 0,65, KTC 95% 0,53–0,80, $p < 0,01$, I2 = 64%) và tỷ lệ nhịp tim chậm [7]. Ngoài ra, những bệnh nhân được điều trị bằng ondansetron đã giảm nhu cầu sử dụng thuốc vận mạch.

Cơ chế tác dụng dự phòng tụt huyết áp của ondansetron còn chưa rõ ràng. Giả thuyết được các tác giả đưa ra nhiều nhất là nó có tác dụng đối kháng lên phản xạ Bezold-Jarisch. Tê tủy sống có tác dụng ức chế hệ thần kinh giao cảm gây lên phản xạ Bezold-Jarisch giãn mạch ngoại vi, tụt huyết áp. Trên các thí nghiệm trên động vật, các tác giả đã cho rằng thụ thể 5-HT3 tại tim là nơi kích hoạt phản xạ Bezold-Jarisch [4]. Do đó thuốc Ondansetron là chất đối kháng chọn lọc thụ thể 5-HT3 (thụ thể serotonin nhóm 3) được chứng minh là có tác dụng phòng ngừa hạ huyết áp và nhịp tim chậm ở bệnh nhân gây tê tủy sống.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau can thiệp, tỷ lệ tụt huyết áp ở nhóm sử dụng Ondansetron là 22,7% thấp hơn so với nhóm chứng là 51,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$. Khi so sánh hiệu quả điều trị đối với các tác giả ở Việt Nam, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự ưu việt của thuốc Ondansetron. Tác giả Lê Tịnh (2020) thực hiện nghiên cứu ở 60 sản phụ chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm 30 sản phụ. 1 phút trước khi GTTS nhóm Ondansetron được truyền hỗn hợp 7 mg bupivacain ưu tỷ trọng 0,5% với 20 mcg fentanyl, trong khi ở nhóm chứng được tiêm tĩnh mạch 5 ml nước cất. Kết quả cho thấy tỷ lệ sản phụ tụt huyết áp và nhịp tim chậm ở nhóm Ondansetron (23,3% và 6,7%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với Nhóm C (53,3% và 33,3%) với $p <$

0,05 [6]. Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên của tác giả Nguyễn Văn Trà trên 100 sản phụ được gây tê tủy sống để mổ lấy thai, chia thành 2 nhóm bằng nhau: Nhóm HES, truyền tĩnh mạch voluven 6% liều 7ml/kg; nhóm RL, truyền tĩnh mạch Ringer lactat liều 15ml/kg ngay khi bắt đầu tiêm thuốc tê khi gây tê tủy sống. Nhóm HES, truyền tĩnh mạch voluven 6% liều 7ml/kg; nhóm RL, truyền tĩnh mạch Ringer lactat liều 15ml/kg ngay khi bắt đầu tiêm thuốc tê khi gây tê tủy sống. Kết quả cho thấy mức độ tụt huyết áp của nhóm HES và nhóm RL tương ứng là 16% và 46% [8].

V. KẾT LUẬN

Ondansetron làm giảm nguy cơ tụt huyết áp bằng 0,44 lần so với nhóm chứng trong gây tê tủy sống cho phẫu thuật lấy thai.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần xây dựng khuyến nghị và áp dụng phác đồ sử dụng Ondansetron trong dự phòng tụt huyết áp ở sản phụ được gây tê tủy sống cho phẫu thuật lấy thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Xiao, F., C. Wei, X. Chang, et al.** (2019). A prospective, randomized, double-blinded study of the effect of intravenous ondansetron on the effective dose in 50% of subjects of prophylactic phenylephrine infusions for preventing spinal anesthesia-induced hypotension during cesarean delivery. *Anesthesia & Analgesia*, 131(2), 564-569.
2. **Trần Đình Tú** (2013). Gây mê và gây tê cho mổ lấy thai. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. **Liu, S.S. ,S.B. McDonald** (2001). Current issues in spinal anesthesia. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 94(5), 888-906.
4. **Göthert, M., H. Bönisch, B. Malinowska, et al.** (2020). Serotonin discovery and stepwise disclosure of 5-HT receptor complexity over four decades. Part II. Some contributions of Manfred Göthert. *Pharmacological Reports*, 72, 271-284.
5. **Mendonça, F.T., L.C. Crepaldi Junior, R.C. Gersanti, et al.** (2021). Effect of ondansetron on spinal anesthesia-induced hypotension in non-obstetric surgeries: a randomised, double-blind and placebo-controlled trial. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 71, 233-240.
6. **Lê Tịnh, Trần Đắc Tiệp, Nguyễn Ngọc Thạch, et al.** (2020). Tác dụng dự phòng tụt huyết áp và nhịp tim chậm của ondansetron sau gây tê tủy sống mổ lấy thai. *Tạp chí Y - dược học quân sự*, 8, 87 - 92.
7. **Hou, X.-M., Y.-J. Chen, L. Lai, et al.** (2022). Ondansetron Reduces the Incidence of Hypotension after Spinal Anaesthesia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmaceuticals*, 15(12), 1588.
8. **Nguyễn Văn Trà, Nguyễn Đức Lam** (2018). So sánh tác dụng dự phòng tụt huyết áp của dung dịch voluven 6% với Ringer lactat khi gây tê tủy sống để mổ lấy thai. *Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy*.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CHÓNG MẶT TƯ THẾ KỊCH PHÁT LÀNH TÍNH**Trần Nguyễn Uyên Dung¹, Thân Thị Minh Trung¹, Nguyễn Thị Minh Đức¹****TÓM TẮT.**

Đặt vấn đề: Chóng mặt là triệu chứng rất phổ biến, thường được mô tả là cảm giác nhận thức về bản thân hoặc môi trường quay xung quanh. Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV) là nguyên nhân phổ biến nhất trong chóng mặt ngoại biên. BPPV được mô tả là tình trạng xoay vòng đột ngột do cử động đầu nhanh hoặc xoay người nhanh. Sinh lý bệnh liên quan sự dịch chuyển của sỏi tai trong ống bán khuyên. Chóng mặt ngoại biên tăng dần theo tuổi và thường gặp ở nữ hơn nam gần gấp 3 lần. BPPV cũng tăng dần theo tuổi, thường xảy ra trong độ tuổi 50-70, 70% là nữ giới. Chóng mặt ngoại biên và đặc biệt là BPPV không những gây ra khó khăn, hạn chế vận động ảnh hưởng đến hiệu quả sinh hoạt hằng ngày, suy giảm chất lượng cuộc sống, mà còn làm tăng nguy cơ té ngã dẫn đến chấn thương không mong muốn.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dân số, lâm sàng của chóng mặt ngoại biên và chóng mặt tư thế kịch phát lành tính tại phòng khám Nội thần kinh Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: Nghiên cứu 350 bệnh nhân chóng mặt ngoại biên, chúng tôi đã thu được kết quả như sau: dân số nghiên cứu có tỉ lệ nữ/ nam là 2,4; thường gặp trong độ tuổi 51-60 với tuổi trung bình là 54. Tỉ lệ BPPV là 58%. BPPV

thường gặp trên bệnh nhân tăng huyết áp với tỉ lệ 26,6%. Buồn nôn, nôn ói là triệu chứng kèm theo thường gặp với tỉ lệ lần lượt là: 60,1%; 32%. Cường độ chóng mặt thường ở mức trung bình. Thời gian chóng mặt trung bình từ lúc có triệu chứng đến lúc khám là 5 ngày. Về khám lâm sàng tỉ lệ nghiệm pháp Dix-Hallpike dương tính là 67,5% và đo chức năng tiền đình giúp hỗ trợ chẩn đoán BPPV. BPPV ống bán khuyên sau thường gặp chiếm tỉ lệ 77,7%, ống bán khuyên ngang có tỉ lệ 8,86%, hai ống bán khuyên có tỉ lệ 13,3%. Trong đó, BPPV ống bán khuyên sau phải thường gặp hơn ống bán khuyên sau trái với tỉ lệ lần lượt là: 42,2%; 35,5%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi thường gặp BPPV ống bán khuyên sau là 51-60. Tỉ lệ tái phát BPPV là 48%. Số lần tái phát BPPV thường gặp hơn ở nữ.

Kết luận: Đặc điểm dân số, lâm sàng có vai trò hỗ trợ chẩn đoán chóng mặt tư thế kịch phát lành tính.

Từ khóa: chóng mặt ngoại biên, chóng mặt tư thế kịch phát lành tính

SUMMARY**CLINICAL FEATURES OF BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO**

Background: Vertigo is a very common symptom, often described as a feeling of awareness of oneself or the surrounding environment. Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) is the most common cause of peripheral vertigo. BPPV is described as a sudden rotation caused by rapid head movements or rapid body rotation. The pathophysiology is related to the displacement of otoliths in the semicircular canal. Peripheral vertigo increases

¹Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Đức
SĐT: 0917731990

Email: minhducdongthap@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 13/7/2024

Ngày duyệt bài: 08/8/2024

with age and is nearly 3 times more common in women than in men. BPPV also increases with age, usually occurring between the ages of 50 and 70, 70% of whom are women. Peripheral vertigo and especially BPPV not only cause difficulty, limit movement, affect the efficiency of daily activities, reduce quality of life, but also increase the risk of falls leading to unwanted injuries.

Objectives: Describe the demographic and clinical characteristics of peripheral vertigo and benign paroxysmal positional vertigo at the Neurology Clinic of Tam Anh General Hospital, Ho Chi Minh City.

Results: Studying 350 patients with peripheral vertigo, we obtained the following results: the study population had a female/male ratio of 2.4, commonly occurring in the age group of 51-60 with an average age of 54. The rate of BPPV was 58%. BPPV is common in hypertensive patients with a rate of 26.6%. Nausea and vomiting are common accompanying symptoms with rates of 60.1%; 32%, respectively. The intensity of vertigo is usually moderate. The average duration of vertigo from symptom onset to examination is 5 days. Regarding clinical examination, the positive rate of Dix-Hallpike test was 67.5% and vestibular function measurement helps support the diagnosis of BPPV. BPPV of the posterior semicircular canal is common with a rate of 77.7%, the horizontal semicircular canal has a rate of 8.86%, and the two semicircular canals has a rate of 13.3%. In which, right posterior semicircular canal BPPV is more common than left posterior semicircular canal with the rates of: 42.2%; 35.5% respectively. In our study, the age group most commonly affected by posterior semicircular canal BPPV is 51-60. The recurrence rate of BPPV is 48%. The number of BPPV recurrences is more common in women.

Conclusion: Demographic, clinical characteristics play a role in supporting the diagnosis of benign paroxysmal positional vertigo.

Keywords: Peripheral vertigo, Benign paroxysmal positional vertigo.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chóng mặt là nhận thức về chuyển động, thường được mô tả là cảm giác quay tròn hoặc mất thăng bằng. Khoảng 80% là chóng mặt ngoại biên, trong khi chỉ khoảng 20% có nguồn gốc trung ương. Trong số 80% này, chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV) là nguyên nhân phổ biến nhất (3). Các nghiên cứu (NC) cho thấy BPPV chiếm khoảng 25% trong tất cả các loại chóng mặt và 60% trong chóng mặt ngoại biên. BPPV xảy ra do sự dịch chuyển của các tinh thể canxi-cacbonat trong các ống bán khuyên của tai trong. BPPV có thể liên quan đến các ống bán khuyên một bên hoặc hai bên và thường gặp ở ống bán khuyên sau và ngang. BPPV xảy ra ở ống bán khuyên sau trong 60–90% trường hợp và ở ống bán khuyên ngang trong 5–30%, ống bán khuyên trước hiếm khi bị ảnh hưởng (1). BPPV có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp ở độ tuổi từ 50 đến 70. Một nghiên cứu cắt ngang về BPPV ở Châu Âu cho thấy tỉ lệ BPPV ở nữ gấp 2 lần nam (3,2%: 1,6%). Tỷ lệ tái phát BPPV rất khác nhau, một NC báo cáo tỷ lệ tái phát 15% hàng năm và 50% sau 40 tháng điều trị. Nghiên cứu của Shichang Li cho thấy các yếu tố nguy cơ tái phát BPPV bao gồm giới tính nữ, tuổi (65 tuổi), tăng lipid máu, đái tháo đường, tăng huyết áp, loãng xương, chấn thương đầu, viêm tai giữa (3). Chóng mặt ngoại biên và trong đó BPPV là bệnh thường gặp nhưng ít có báo cáo về đặc điểm dân số, lâm sàng và cũng để giúp các bác sĩ lâm sàng có thêm kiến thức về chẩn đoán và

điều trị giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục đích mô tả đặc điểm dân số, lâm sàng của chóng mặt ngoại biên và trong đó BPPV là nguyên nhân thường gặp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

- Đối tượng nghiên cứu:

• Tiêu chuẩn chọn bệnh: tất cả người bệnh đến khám tại phòng khám Nội thần kinh Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. HCM vì chóng mặt.

• Tiêu chuẩn loại trừ: có thai, dưới 18 tuổi, chóng mặt do nguyên nhân trung ương, không thể đo chức năng tiền đình.

- Nghiệm pháp được sử dụng trong nghiên cứu: tất cả bệnh nhân chóng mặt ngoại biên đều được thực hiện nghiệm pháp Dix – Hallpike.

- Cách thức thực hiện nghiên cứu: người bệnh đến khám tại phòng khám Nội Thần Kinh Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. HCM vì chóng mặt và không có tiêu chuẩn loại trừ sẽ được nhận vào nghiên cứu. Tất cả người bệnh sẽ được thực hiện nghiệm pháp Dix – Hallpike và đo chức năng tiền đình. Nghiên

cứ viên sẽ thu thập các dữ liệu theo phiếu thu thập thông tin nghiên cứu. Số liệu sẽ được xử lý và phân tích. Viết báo cáo dựa trên kết quả xử lý và phân tích.

- Cách thu thập số liệu: nghiên cứu viên sẽ thu thập tất cả các dữ liệu về đặc điểm dân số (tuổi, giới), bệnh lý đi kèm (tăng huyết áp, đái tháo đường, tai biến mạch máu não), lâm sàng (thời gian, cường độ, số lần chóng mặt, té ngã, triệu chứng kèm theo), dấu hiệu Nystamus, nghiệm pháp Dix – Hallpike khi khám lâm sàng và kết quả đo chức năng tiền đình theo phiếu thu thập thông tin nghiên cứu dựa trên thông tin khám bệnh trên phần mềm khám bệnh ngoại trú của bệnh viện Tâm Anh TP. HCM.

- Xử lý và phân tích số liệu: số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê R version 3.6.1. Thống kê mô tả chung cho các biến số nghiên cứu. Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến liên tục có phân phối chuẩn. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Với các biến số định tính: dùng phép kiểm χ^2 hoặc phép kiểm chính xác Fisher (khi tần số kỳ vọng trong bất kỳ một ô nào < 5).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số, lâm sàng chóng mặt ngoại biên và chóng mặt tư thế kịch phát lành tính

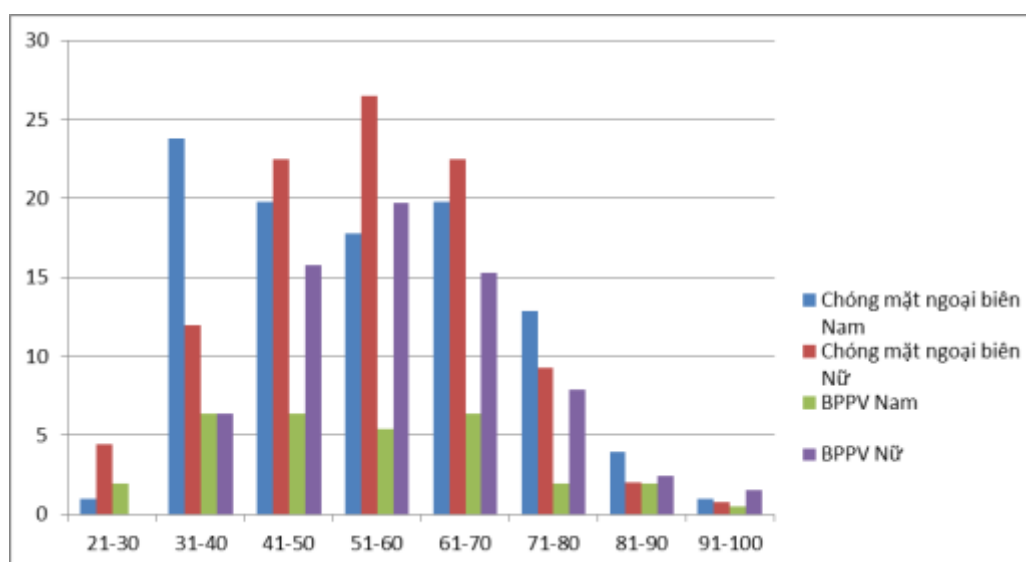
Bảng 1: Đặc điểm dân số, lâm sàng của chóng mặt ngoại biên và BPPV

Đặc điểm	Chóng mặt ngoại biên	Chóng mặt ngoại biên khác	Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính	Giá trị p
Tuổi	54	53	54	0,112
Giới nữ	71,1%	71,4%	70,9%	0,920
Tăng huyết áp	22,0%	15,6%	26,6%	0,015
Buồn nôn	49,7%	35,4%	60,1%	<0,001
Nôn ói	24,6%	14,3%	32,0%	<0,001
Té ngã	9,43%	2,72%	14,3%	<0,001
Cường độ	Trung bình	Trung bình	Trung bình	

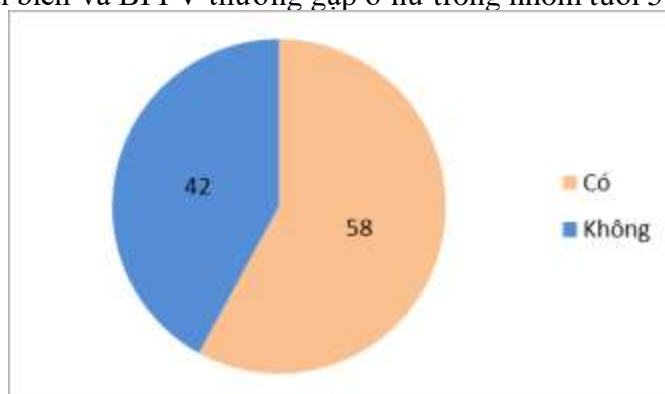
Thời gian chóng mặt trung bình	5 ngày	5 ngày	5 ngày	
Nystamus	4,29%	0,00%	7,39%	0,001
Dix – Hallpike	41,1%	4,76%	67,5%	< 0,001
Đo chức năng tiền đình	58,0%	0,00%	100%	< 0,001

Chóng mặt ngoại biên và BPPV có tuổi trung bình là 54 tuổi, thường gặp ở nữ hơn nam với tỉ lệ nữ/ nam là 2,4. Cường độ chóng mặt là trung bình. Thời gian trung bình từ lúc khởi phát đến lúc khám là 5 ngày. Buồn nôn, nôn ói là hai triệu chứng kèm theo thường gặp và gặp ở BPPV nhiều hơn với tỉ lệ các triệu chứng này ở BPPV và chóng mặt

ngoại biên lần lượt là 60,1%; 32%, 49,7%; 29,6%. Tỉ lệ BPPV và chóng mặt ngoại biên trên bệnh nhân tăng huyết áp là 26,6%, 22%. Dấu hiệu Nystamus và nghiệm pháp Dix – Hallpike dương tính gặp ở bệnh nhân BPPV là 7,39%; 67,5%. Đo chức năng tiền đình có giá trị cao giúp hỗ trợ chẩn đoán BPPV.



Biểu đồ 1: Tỉ lệ chóng mặt ngoại biên và BPPV giữa hai giới theo tuổi
Chóng mặt ngoại biên và BPPV thường gặp ở nữ trong nhóm tuổi 51-60.

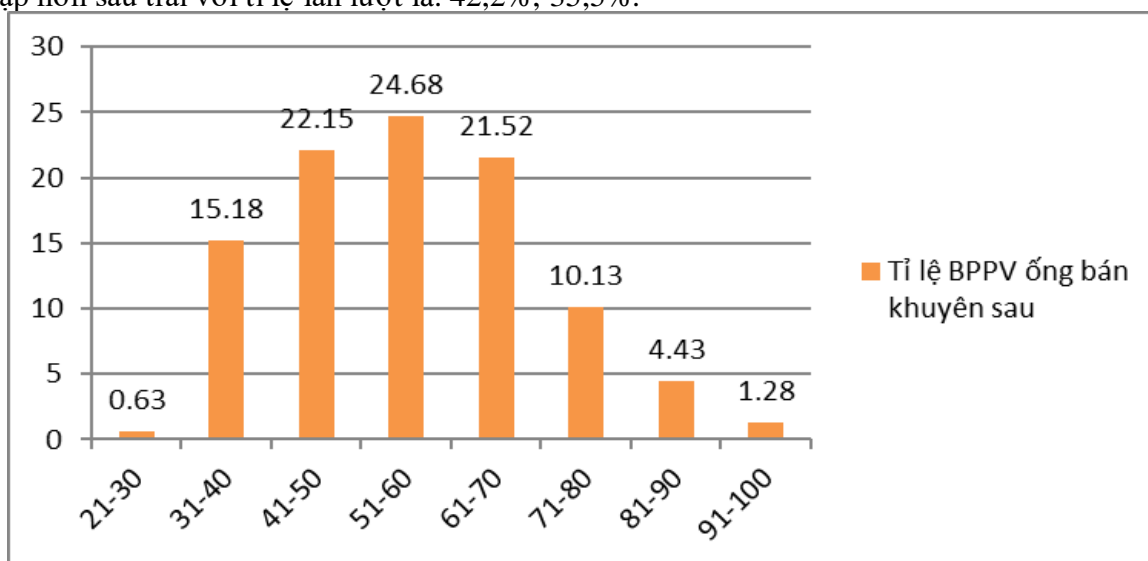


Biểu đồ 2: Tỉ lệ chóng mặt tư thế kịch phát lành tính
Tỉ lệ chóng mặt tư thế kịch phát lành tính là 58%.

Bảng 2: Tỷ lệ chóng mặt tư thế kịch phát lành tính giữa các ống bán khuyên

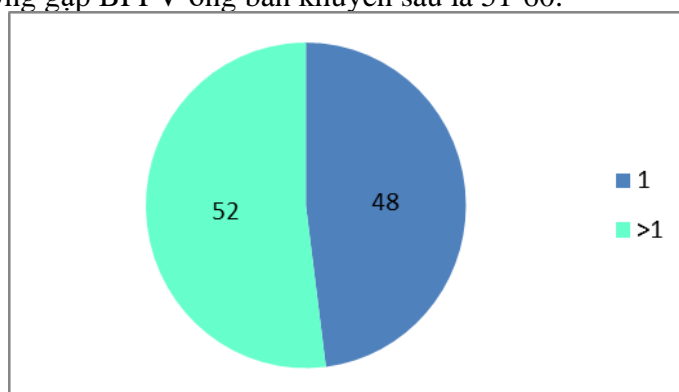
Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính		Tỷ lệ
Ống bán khuyên ngang		8,86%
Ống bán khuyên sau	Sau phải	42,2%
	Sau trái	35,5%
Hai ống bán khuyên		13,3%

BPPV ống bán khuyên sau thường gặp với tỷ lệ 77,9%, ống bán khuyên ngang có tỷ lệ 8.86%, hai ống bán khuyên có tỷ lệ 13,3%. Trong đó, BPPV ống bán khuyên sau phải thường gặp hơn sau trái với tỷ lệ lần lượt là: 42,2%; 35,5%.



Biểu đồ 3: Tỷ lệ BPPV ống bán khuyên sau theo tuổi

Nhóm tuổi thường gặp BPPV ống bán khuyên sau là 51-60.



Biểu đồ 4: Tỷ lệ tái phát BPPV

Tỷ lệ tái phát BPPV là 48%.

Bảng 3: Mối liên quan giữa số lần tái phát BPPV và giới

	Nam	Nữ	Giá trị p
Số lần tái phát BPPV	1,00 [1,00; 5,00]	2,00 [1,00; 10,0]	0,043

Số lần tái phát của BPPV thường gặp hơn ở nữ hơn nam giới.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số, lâm sàng chóng mặt ngoại biên và chóng mặt tư thế kịch phát lành tính

Trong 350 bệnh nhân trong nghiên cứu (NC) của chúng tôi có tuổi trung bình là 54, gần tương đồng NC của Berit và cộng sự có tuổi trung bình của bệnh nhân chóng mặt ngoại biên là 60,1 (2). Tỷ lệ nữ giới bị chóng mặt ngoại biên cao hơn nam giới trong NC của chúng tôi với tỷ lệ nữ/ nam là 2,4. NC của Sam Agus, nữ thường gặp hơn nam với nữ/ nam là 1,9. Trong NC của chúng tôi, chóng mặt ngoại biên thường gặp ở nữ trong nhóm tuổi 51-60. Điều này gần tương đồng NC của Berit với nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là 55-64 và nữ thường gặp hơn nam (2). Buồn nôn, nôn ói là hai triệu chứng kèm theo thường gặp với tỷ lệ lần lượt là 49,7%; 29,6%. Trong NC của Nina Božanić cho thấy tỷ lệ buồn nôn cũng hơn 50%. Tỷ lệ bệnh nhân chóng mặt ngoại biên trên bệnh nhân tăng huyết áp là 22%, tỷ lệ này gần tương đồng NC VA Parfenov là 20%.

Tỷ lệ BPPV trong NC của chúng tôi là 58%. Tỷ lệ này gần tương đồng NC của Hemant Mehar với tỷ lệ là 53% (6). Tuổi trung bình của BPPV là 54, gần tương đồng với NC của Linda với tuổi trung bình là 51,81. Nữ giới có tỷ lệ BPPV cao hơn nam giới với tỷ lệ nữ/ nam là 2,4, điều này cũng gần tương đồng NC của Ciorba cộng sự với tỷ lệ nữ giới chiếm 77% (1) và NC của Hemant Mehar với tỷ lệ nữ và nam là 2,2:1 (6). BPPV thường gặp ở nữ trong nhóm tuổi 51-60 trong NC của chúng tôi. Trong NC của Anirban, BPPV cũng thường gặp ở nữ trong độ tuổi từ 41-60. Buồn nôn, nôn ói là hai triệu chứng kèm theo thường gặp trên bệnh nhân BPPV trong NC của chúng tôi với tỷ lệ là 60,1%; 32% và cường độ chóng mặt ở

mức trung bình, điều này gần tương đồng NC của D. G. Balatsouras mức độ chóng mặt trung bình là thường gặp với tỷ lệ 74,6% và NC của Mohammad, có tỷ lệ nôn ói trên bệnh nhân BPPV là 31,6%. Trong NC của chúng tôi, tỷ lệ BPPV trên bệnh nhân tăng huyết áp là 26,6% thấp hơn NC của V. Sreenivas là 45,1%. Nghiệm pháp Dix – Hallpike dương tính gặp ở bệnh nhân BPPV trong NC của chúng tôi là 67,5%. Trong NC của Ronald H Labuguen có tỷ lệ Dix – Hallpike dương tính là 83%. Tỷ lệ BPPV ống bán khuyên sau trong NC của chúng tôi là 77,7% gần tương đồng NC của Linda là 72%, gần tương đồng NC Anirban là 73%. BPPV ống bán khuyên ngang có tỷ lệ 8,86%, hai ống bán khuyên có tỷ lệ 13,3%. Trong NC của Jaskaran Singh có tỷ lệ BPPV ống bán khuyên ngang là 12,3% (8). Trong đó, BPPV ống bán khuyên sau phải thường gặp hơn ống bán khuyên sau trái với tỷ lệ lần lượt là: 42,2%; 35,5%. Trong NC của Andrea Ciorba, cũng cho thấy BPPV ống bán khuyên sau phải cũng thường gặp hơn ống bán khuyên sau trái ở nhiều nhóm tuổi khác nhau (1). Trong NC của chúng tôi, nhóm tuổi thường gặp BPPV ống bán khuyên sau là 51-60. Trong NC của DG Balatsouras, tuổi trung bình của BPPV ống bán khuyên sau là 58. Tỷ lệ tái phát BPPV là 52% trong NC của chúng tôi. Trong NC của Ioanna, tỷ lệ tái phát của BPPV dao động trong khoảng 13,3-65% (7). Trong NC của chúng tôi, số lần tái phát của BPPV thường gặp hơn ở nữ. Đã có báo cáo cho rằng BPPV thường gặp ở nữ giới có thể liên quan với thay đổi nội tiết tố, loãng xương và tình trạng thiếu xương ngày càng tăng ở phụ nữ đặc biệt giai đoạn mãn kinh. Sự giảm chuyển hóa canxi có thể là một trong những cơ chế bệnh sinh dẫn đến giảm sự tổng hợp sỏi tai. Theo một phân tích tổng hợp cho thấy tỷ lệ tái phát

cao hơn ở nữ với tỷ lệ nữ/nam là 3:2 (7). Phần lớn BPPV đều liên quan ống bán khuyên sau. Giải thích cho điều này là do vị trí giải phẫu của ống bán khuyên. Do hầu hết sỏi tai có xu hướng bị rơi vào ống bán khuyên sau, là phần phụ thuộc vào trọng lực nhất của mê đạo tiền đình ở cả tư thế thẳng đứng và nằm ngửa. BPPV thường liên quan ống bán khuyên sau phải, một số tài liệu cho thấy rằng vị trí đầu trong khi ngủ có liên quan đến bên bị ảnh hưởng bởi BPPV. NC của Von Brevern đã báo cáo rằng hầu hết các bệnh nhân BPPV được đánh giá đều có thói quen ngủ nghiêng về bên phải (7).

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính là nguyên nhân thường gặp trong chóng mặt ngoại biên, thường gặp ở nữ trong nhóm tuổi 51-60. Buồn nôn, nôn ói là hai triệu chứng kèm theo thường gặp. BPPV thường gặp trên bệnh nhân tăng huyết áp và thường liên quan ống bán khuyên sau, đặc biệt là ống bán khuyên sau phải. Tỷ lệ tái phát cao hơn cũng thường gặp ở nữ giới. Nghiệm pháp Dix-Hallpike và đo chức năng tiền đình có vai trò hỗ trợ cao trong chẩn đoán BPPV. Việc nhận biết các đặc điểm lâm sàng, khám lâm sàng và đo chức năng tiền đình có vai trò hỗ trợ trong chẩn đoán và điều trị BPPV. Do đó chúng tôi nghĩ rằng ngoài việc hỏi bệnh sử, khám lâm sàng nên thực hiện đo chức năng tiền đình ở bệnh nhân chóng mặt ngoại biên để giúp hỗ trợ chẩn đoán và điều trị hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andrea Ciorba et al.** Clinical features of benign paroxysmal positional vertigo of the posterior semicircular canal, 2019; 16 (10): 930 – 931.
2. **Berit Hackenberg et al.** Vertigo and its burden of disease—Results from a population-based cohort study, 2023; 8 (6):1624-1630.
3. **Brett Baumgartner et al.** Peripheral Vertigo, 2023.
4. **Ding-Hao Liu et al.** Age-Related Increases in Benign Paroxysmal Positional Vertigo Are Reversed in Women Taking Estrogen Replacement Therapy: A Population-Based Study in Taiwan, 2017; 9: 404.
5. **Heidemarie Zach MD et al.** Seasonality of benign paroxysmal positional vertigo : A retrospective study from Central Europe, 2024; 136(1-2):25-31.
6. **Hemant Mehar et al.** Demographic and etiological analysis of peripheral vertigo, as a common public health problem, 2022, 8 (9):716-721.
7. **Ioanna Sfakianaki et al.** Risk Factors for Recurrence of Benign Paroxysmal Positional Vertigo. A Clinical Review, 2021; 10 (19): 4372.
8. **Jaskaran Singh et al.** Lateral Semicircular Canal BPPV...Are We Still Ignorant?, 2020; 72(2): 175–183.

HIỆU QUẢ CỦA PERAMPANEL TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH KHÁNG THUỐC Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI: NGHIÊN CỨU TRÊN 39 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Văn Liệu¹, Vũ Thị Hình¹, Nguyễn Thu Thảo¹
Nguyễn Thu Hà¹, Kiều Thị Hậu¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Perampanel là một thuốc chống động kinh thế hệ mới với cơ chế tác động chọn lọc lên thụ thể AMPA. Hiện nay những dữ liệu về việc sử dụng Perampanel trong điều trị động kinh ở trẻ em vẫn còn hạn chế. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và tác dụng phụ của Perampanel trong điều trị động kinh kháng thuốc ở trẻ em. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát, hồi cứu thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội, trên nhóm bệnh nhân động kinh kháng thuốc ở trẻ em từ 18 tuổi trở xuống được điều trị với Perampanel và theo dõi tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ năm 2020 đến năm 2024. **Kết quả:** Có tổng cộng 39 bệnh nhân (21 nam, 18 nữ) với tuổi trung bình là $14,18 \pm 3,66$, nhỏ nhất là 4 tuổi và lớn nhất là 18 tuổi. Về phân loại, 3 bệnh nhân (chiếm 10,3%) được chẩn đoán động kinh toàn thể, 26 bệnh nhân (66,7%) được chẩn đoán động kinh cục bộ, còn lại 10 bệnh nhân (chiếm 25,6%) không rõ phân loại chẩn đoán. Số loại thuốc kháng động kinh trung bình được sử dụng trước khi phối hợp Perampanel là $3,08 \pm 1,42$ loại. Tỷ

lệ đáp ứng chung sau khi phối hợp Perampanel: 15,4% người bệnh không có cơn và 61,5% giảm số cơn. Có 9 bệnh nhân (23,1%) không thay đổi tình trạng lâm sàng sau khi dùng thêm Perampanel. Đa số bệnh nhân (84,6%) được khởi đầu với liều Perampanel 2mg. Có 7 bệnh nhân (17,9%) có tác dụng phụ, trong đó thường gặp nhất là mệt mỏi (3 bệnh nhân) và buồn ngủ (3 bệnh nhân), tuy nhiên đều ở mức độ nhẹ. **Kết luận:** Perampanel có thể giúp cải thiện hiệu quả điều trị động kinh ở trẻ em. Các tác dụng phụ thường gặp là mệt mỏi, buồn ngủ.

Từ khóa: Động kinh, trẻ em, thuốc chống động kinh, Perampanel

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF PERAMPANEL IN TREATMENT OF DRUG-RESISTANT EPILEPSY IN CHILDREN AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL, HANOI: STUDY ON 39 CASES

Objective: Perampanel is a new generation antiepileptic drug with a selective mechanism of action on AMPA receptors. Currently, data on the use of Perampanel in the treatment of epilepsy in children are still limited. We conducted this study to evaluate the effectiveness and side effects of Perampanel in the treatment of drug-resistant epilepsy in children. **Methods:** Observational, retrospective study conducted at Tam Anh General Hospital, Hanoi, on a group of drug-resistant epilepsy patients in children aged 18 years and younger treated with Perampanel

¹Khoa Thần kinh - Đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Liệu
SĐT: 0913367330

Email: lieutk@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 05/8/2024

Ngày duyệt bài: 13/8/2024

and monitored at the Hospital. Tam Anh General Hospital from 2020 to 2024. The effectiveness and side effects after using Perampanel are recorded. **Results:** There were 39 patients (21 men, 18 women) with an average age of 14.18 ± 3.66 years, the youngest being 4 years old and the oldest being 18 years old. Regarding classification, 3 patients (accounting for 10.3%) were diagnosed with generalized epilepsy, 26 patients (66.7%) were diagnosed with partial epilepsy, and the remaining 10 patients (accounting for 25.6%) had unknown diagnostic classification. The average number of antiepileptic drugs used before combining Perampanel was 3.08 ± 1.42 types. Overall response rate after combining Perampanel: 15.4% of patients had no attacks and 61.5% reduced the number of attacks. There were 9 patients (23.1%) whose clinical condition did not change after adding Perampanel. The majority of patients (84.6%) were started with a 2mg dose of Perampanel. There were 7 patients (17.9%) with side effects, of which the most common were fatigue (3 patients) and drowsiness (3 patients), but all were mild. **Conclusion:** Perampanel may help improve the effectiveness of epilepsy treatment in children. Common side effects are fatigue and drowsiness.

Keywords: Epilepsy, children, antiepileptic drugs, Perampanel

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ động kinh ở trẻ em ước tính là 41-187/100 000 và cao hơn ở những nước đang phát triển (3.6-44/1000).¹ Theo nghiên cứu, khoảng 20-40% tổng số bệnh nhân động kinh mới được chẩn đoán sẽ trở thành động kinh kháng trị.² Mặc dù trong vòng 20 năm qua đã có nhiều thuốc kháng động kinh được nghiên cứu và sử dụng, số bệnh nhân không được kiểm soát cơn động kinh và tỉ lệ kháng thuốc

vẫn cao³. Trong số các thuốc kháng động kinh thế hệ mới, Perampanel là thuốc đầu tiên trong nhóm với cơ chế tác động đối kháng chọn lọc, không cạnh tranh lên thụ thể AMPA glutamate ở màng sau synap³. Tại hơn 40 quốc gia trên toàn thế giới, Perampanel đã được phê duyệt để sử dụng điều trị hỗ trợ cho động kinh khởi phát cục bộ có hoặc không có toàn thể hoá với bệnh nhân từ 12 tuổi trở nên và gần đây là đối với cả động kinh toàn thể nguyên phát³. Gần đây, Perampanel cũng được nghiên cứu trên những bệnh nhân dưới 12 tuổi⁴. Hiện nay những dữ liệu về việc sử dụng Perampanel trong điều trị động kinh nói chung và ở trẻ em nói riêng tại Việt Nam vẫn còn rất hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và tác dụng phụ của Perampanel trong điều trị động kinh kháng thuốc ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở xuống.
- Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán động kinh dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán động kinh của ILAE năm 1981.

- Bệnh nhân được điều trị Perampanel.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có đủ số liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát, hồi cứu thực hiện trên các bệnh nhân trẻ em dưới 18 tuổi được chẩn đoán động kinh và điều trị với Perampanel tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ năm 2020 đến năm 2024. Trong thời gian quan sát hiệu quả của Perampanel, các thuốc chống động kinh khác đang được dùng cho bệnh nhân không thay đổi. Nghiên cứu thu thập tác dụng phụ sau điều trị Perampanel

thông qua thông tin được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án điện tử tại phần mềm quản lý bệnh viện, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

2.2.2. Công cụ nghiên cứu

- Bệnh án nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án điện tử tại phần mềm quản lý bệnh viện, bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

Bệnh nhân giảm được > 50% số cơn động kinh được coi là có giảm cơn, giảm 0 - 50% được coi là không thay đổi, tăng > 50% số cơn động kinh được coi là nặng hơn.

2.2.4. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Thu thập số liệu đầy đủ từ bệnh án điện tử trước, trong và sau quá trình bệnh

nhân được sử dụng Perampanel.

Bước 2: Làm sạch và nhập số liệu.

Bước 3: Xử lý và phân tích số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 29.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng chúng tôi ghi nhận được 39 bệnh nhân trong độ tuổi từ 4 đến 18 tuổi, thỏa mãn điều kiện chọn vào nghiên cứu và phân tích kết quả. Tỷ lệ nam chiếm 53,8%, nữ chiếm 46,2%. Thời gian theo dõi trung bình là 426 ngày, ít nhất là 132 ngày và dài nhất là 1247 ngày.

3.1. Phân loại cơn động kinh

Bảng 1: Phân loại cơn động kinh

Cơn lâm sàng	Tần số	Tỷ lệ %
Động kinh toàn thể co cứng co giật	3	7,7
Động kinh cục bộ	26	66,7
Không rõ cơn	10	25,6
Tổng	39	100

Nhận xét: Động kinh cục bộ chiếm tỷ lệ cao hơn (66,7%) so với động kinh toàn thể (7,7%)

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2: Liều khởi đầu Perampanel

Liều khởi đầu	Tần số	Tỷ lệ %
2mg	34	87,2
4mg	5	12,8
Tổng	39	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được khởi đầu với liều Perampanel 2mg (87,2%)

Bảng 3: Kết quả điều trị sau phối hợp Perampanel

Tình trạng	Tần số	Tỷ lệ %
Không có cơn	6	15,4
Giảm số cơn	24	61,5
Không thay đổi	9	23,1
Tổng	39	100

Nhận xét: Tỷ lệ có đáp ứng sau điều trị phối hợp Perampanel đạt 76,9%, cụ thể có 15,4% bệnh nhân không còn cơn động kinh; 61,5% bệnh nhân giảm số cơn.

3.3. Tác dụng phụ

Số loại thuốc kháng động kinh trung bình được sử dụng trước khi phối hợp Perampanel là 3,08 loại

Bảng 4: Tác dụng phụ sau điều trị Perampanel

Tác dụng phụ	Tần số	Tỷ lệ %
Buồn ngủ	3	7,7
Mệt mỏi	3	7,7
Ăn kém	2	5,1

Nhận xét: Các tác dụng phụ thường gặp nhất là buồn ngủ và mệt mỏi. Tuy nhiên đều ở mức độ nhẹ và dung nạp được.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân loại động kinh

Mặc dù đã được FDA phê duyệt trong điều trị cả động kinh khởi phát cục bộ và động kinh co cứng co giật toàn thể, các nghiên cứu chứng minh hiệu quả của Perampanel hiện nay chủ yếu được thực hiện trên nhóm động kinh khởi phát cục bộ^{5,6}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, động kinh khởi phát cục bộ chiếm tỷ lệ cao hơn so với động kinh toàn thể co cứng co giật (tương ứng 66,7% và 7,7%). Tỷ lệ bệnh nhân không rõ phân loại cơn được ghi nhận là 25,6%. Tất cả bệnh nhân đều được chẩn đoán là động kinh kháng thuốc trước khi bắt đầu điều trị phối hợp với Perampanel. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của tác giả De Liso và cộng sự (tỷ lệ động kinh khởi phát cục bộ chiếm 62,9%)³. Trong nghiên cứu khác của Eli Heyman và cộng sự, tỷ lệ động kinh toàn thể chỉ chiếm 20% trong nhóm trẻ em dưới 12 tuổi và chiếm 11,1% trong nhóm từ 12 tuổi trở lên, còn lại là động kinh khởi phát cục bộ⁷.

4.2. Kết quả điều trị

Hiệu quả

Từ khi Perampanel được chấp thuận trong điều trị động kinh, đã có một số nghiên cứu báo cáo về kinh nghiệm lâm sàng sử dụng Perampanel ở trẻ em chủ yếu ở nhóm tuổi trên 12. Tuy nhiên, những nghiên cứu trên nhóm trẻ em dưới 12 tuổi thì ít hơn. Nhìn chung, các nghiên cứu đều cho thấy hiệu quả của Perampanel trong kiểm soát cơn động kinh^{4,8}. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kết quả tương đồng với các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ giảm số cơn đạt 61,5% trong khi 15,4% bệnh nhân không còn cơn. Không có trường hợp nào tăng nặng hơn sau khi dùng thuốc. Liều khởi đầu chúng tôi sử dụng thường là 2mg theo khuyến cáo của nhà sản xuất (chiếm tỷ lệ 87,2%). Đây là mức liều an toàn để khởi đầu và theo dõi đáp ứng cũng như các tác dụng phụ. Theo nghiên cứu của nhóm tác giả Rui Qu và cộng sự năm 2022 trên tổng số 96 bệnh nhân động kinh kháng thuốc trong độ tuổi 2-14 được sử dụng Perampanel, tỷ lệ đáp ứng giảm 50% số cơn và cắt cơn hoàn toàn tương ứng là 46,9% và 20,8% sau 6 tháng, và 51,2% và 27,4% sau 12 tháng⁹. Trong một nghiên cứu quan sát tiến cứu đa trung tâm tại Italia bao gồm 62 bệnh nhân (8 bệnh nhân dưới 12 tuổi), Perampanel được lựa chọn là thuốc điều trị bổ sung và theo dõi trong thời gian trung bình 6,6 tháng; kết quả cho thấy tỷ lệ đáp ứng là 50%, 16% có tỷ lệ giảm tần suất

> 75% số cơn động kinh và 5% cắt cơn hoàn toàn³. Hiệu quả của Perampanel có sự thay đổi ở những khoảng thời gian khác nhau. Theo kết quả nghiên cứu của N.Swidarska và cộng sự, 18 (19%) và 15 (19%) bệnh nhân được phân loại có đáp ứng ở thời điểm sau 6 và 12 tháng. 1 bệnh nhân trong số đó có đáp ứng ở thời điểm 6 tháng nhưng không duy trì hiệu quả được đến 12 tháng⁸.

Tác dụng phụ

Cũng như nhiều loại thuốc chống kinh khác, Perampanel cũng đi kèm với một số tác dụng phụ. Nghiên cứu của tác giả Rui Qu và cộng sự báo cáo có 22 bệnh nhân (22,9%) gặp tác dụng phụ, trong đó thường gặp nhất là kích động, buồn ngủ và chóng mặt⁹. Buồn ngủ, mệt mỏi là 2 trong số 3 tác dụng phụ thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (cùng chiếm tỉ lệ 7,7%). Ngoài ra chúng tôi ghi nhận có 2 trường hợp ăn kém (5,1%). Không có trường hợp nào phải dừng thuốc Perampanel do ảnh hưởng của tác dụng phụ cho thấy các tác dụng phụ gặp phải thường ở mức độ nhẹ và có thể dung nạp được. Các tác dụng phụ thường diễn ra trong vòng 2 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị Perampanel, và các triệu chứng cải thiện ngay khi giảm liều hoặc ngưng thuốc¹⁰. Tuy nhiên cũng có báo cáo về trường hợp tác dụng phụ suy hô hấp và yêu cầu thông khí cơ học⁴. Nghiên cứu của Eli Heyman và cộng sự cho thấy tỉ lệ gặp tác dụng phụ gặp nhiều hơn ở nhóm trẻ từ 12 tuổi trở lên so với nhóm nhỏ hơn, và chủ yếu liên quan rối loạn hành vi⁷.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm hạn chế như sau. Thứ nhất, đây là một

nghiên cứu hồi cứu quan sát với cỡ mẫu nhỏ. Thứ hai, những đánh giá về tần suất cơn chủ yếu được thực hiện dựa trên ghi nhận của người nhà và người chăm sóc, do đó không tránh khỏi những sai sót nhớ lại. Cuối cùng, kinh nghiệm điều trị phối hợp Perampanel với các thuốc chống động kinh khác cũng như việc tăng, giảm liều có sự khác biệt giữa các bác sĩ.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, qua nghiên cứu này, chúng tôi chứng minh vai trò của Perampanel có thể giúp cải thiện hiệu quả điều trị động kinh ở trẻ em từ 18 tuổi trở xuống. Một số tác dụng phụ thường gặp là mệt mỏi, buồn ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Incidence, prevalence and aetiology of seizures and epilepsy in children - Camfield - 2015 - Epileptic Disorders - Wiley Online Library. Accessed June 20, 2024. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1684/epd.2015.0736>.**
- 2. French JA.** Refractory Epilepsy: Clinical Overview. *Epilepsia*. 2007;48(s1):3-7. doi:10.1111/j.1528-1167.2007.00992.x.
- 3. De Liso P, Vigeveno F, Specchio N, et al.** Effectiveness and tolerability of perampanel in children and adolescents with refractory epilepsies—An Italian observational multicenter study. *Epilepsy Research*. 2016;127: 93-100. doi:10.1016/j.eplepsyres.2016.08.021.
- 4. Yun Y, Kim D, Lee YJ, Kwon S, Hwang SK.** Efficacy and tolerability of adjunctive perampanel treatment in children under 12

- years of age with refractory epilepsy. *Korean J Pediatr.* 2019;62(7):269-273. doi:10.3345/kjp.2018.06863.
5. **Juhl S, Rubboli G.** Add-on perampanel and aggressive behaviour in severe drug-resistant focal epilepsies. *Funct Neurol.* 2018;32(4): 215-220.
 6. **Kim SY, Kim WJ, Kim H, et al.** Clinical Experience with Perampanel in Intractable Focal Epilepsy Over 12 Months of Follow-Up. *J Epilepsy Res.* 2018;8(2):61-65. doi: 10.14581/jer.18010.
 7. **Heyman E, Lahat E, Levin N, et al.** Tolerability and efficacy of perampanel in children with refractory epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology.* 2017;59(4): 441-444. doi:10.1111/dmcn.13362.
 8. **Swiderska N, Tan HJ, Rajai A, Silwal A, Desurkar A, Martland T.** Effectiveness and tolerability of Perampanel in children, adolescents and young adults with refractory epilepsy: A UK national multicentre study. *Seizure.* 2017;52:63-70. doi: 10.1016/j.seizure.2017.08.014.
 9. **Qu R, Dai Y, Chen X, Li R, Liu M, Zhu Y.** Effectiveness and safety of perampanel in Chinese paediatric patients (2-14 years) with refractory epilepsy: a retrospective, observational study. *Epileptic Disorders.* 2021;23(6): 854-864. doi:10.1684/epd.2021.1342.
 10. **Chang FM, Fan PC, Weng WC, Chang CH, Lee WT.** The efficacy of perampanel in young children with drug-resistant epilepsy. *Seizure.* 2020;75: 82-86. doi:10.1016/j.seizure.2019.12.024.

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG HÓA TRỊ TÂN BỔ TRỢ SARCOMA XƯƠNG: BÁO CÁO KINH NGHIỆM TỪ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Lương Việt Bằng¹, Nguyễn Thị Lam¹, Ngô Thị Thu Hà¹,
Phạm Văn Tuấn¹, Phạm Thị Thảo Phương¹,
Đồng Thị Thanh¹, Nguyễn Mạnh Hùng¹, Trịnh Tuấn Dũng¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Hóa trị tân bổ trợ kết hợp cắt bỏ u bảo tồn chi là một phương pháp thường được lựa chọn trong điều trị Sarcoma xương. Mức độ đáp ứng điều trị của u trên giải phẫu bệnh là một yếu tố quan trọng cần đánh giá sau phẫu thuật.

Mục tiêu: Báo cáo kinh nghiệm đánh giá đáp ứng điều trị của Sarcoma xương trên giải phẫu bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Phương pháp nghiên cứu: Các đặc điểm vi thể của Sarcoma xương sau hóa trị tân bổ trợ được đánh giá theo quy trình của Hội Giải phẫu bệnh Hoa Kỳ. Mức độ đáp ứng điều trị trên giải phẫu bệnh được đánh giá theo thang điểm Huvos. Lượng vật tư tiêu hao và thời gian trả kết quả được thống kê.

Kết quả: Từ năm 2021 đến 2023 tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh có 49 trường hợp phẫu thuật Sarcoma xương sau hóa trị tân bổ trợ. Vị trí thường gặp nhất là xương đùi (57,2%) và biến thể thường gặp nhất là biến thể sinh xương (69,5%). Tỷ lệ đáp ứng tốt sau điều trị (Huvos 3-4) là 32,6%. Số lượng tiêu bản trung bình mỗi ca là 24,2 và thời gian trả kết quả trung bình là 7,7 ngày.

Kết luận: Việc đánh giá mức độ đáp ứng điều trị của Sarcoma xương trên giải phẫu bệnh là một công việc đòi hỏi nhiều thời gian, công sức cũng như quy trình thực hành và trang thiết bị đặc thù.

Từ khóa: sarcoma xương, hóa trị tân bổ trợ, đáp ứng trên mô bệnh học.

SUMMARY

EVALUATING HISTOPATHOLOGICAL RESPONSE OF POST-NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY OSTEOSARCOMA: EXPERIENCE FROM TAM ANH GENERAL HOSPITAL

Introduction: Neoadjuvant chemotherapy combined with limb-sparing surgery is a widely accepted treatment method for osteosarcoma. Tumor histopathological response is an important factor to assess post-surgery.

Objectives: Report the experience in evaluating histopathological response of post-neoadjuvant chemotherapy osteosarcoma in Tam Anh General Hospital.

Materials and Methods: Microscopic features of post-neoadjuvant chemotherapy osteosarcoma were assessed according to College of American Pathologists protocol. Tumor histopathological response was graded by Huvos grading. The amount of consumable materials and turnaround time was also documented.

Results: There were 49 cases of post-neoadjuvant chemotherapy osteosarcoma from

¹Khoa Giải phẫu bệnh - Tế bào, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Việt Bằng
SĐT: 0386055269

Email: banglv@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 28/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 02/8/2024

Ngày duyệt bài: 05/8/2024

2021 to 2023 in Tam Anh General Hospital. The most common tumor site was femoral (57,2%) and the most common variant was osteoblastic (69,5%). The rate of good response (Huvos 3-4) was 32,6%. The average number of slides per case was 24,2 and the average turnaround time was 7,7 days.

Conclusion: Evaluating histopathological response of post-neoadjuvant chemotherapy osteosarcoma is a meticulous and time-consuming task that required particular standard operating procedure and equipment.

Keywords: osteosarcoma, neoadjuvant chemotherapy, histopathological response.

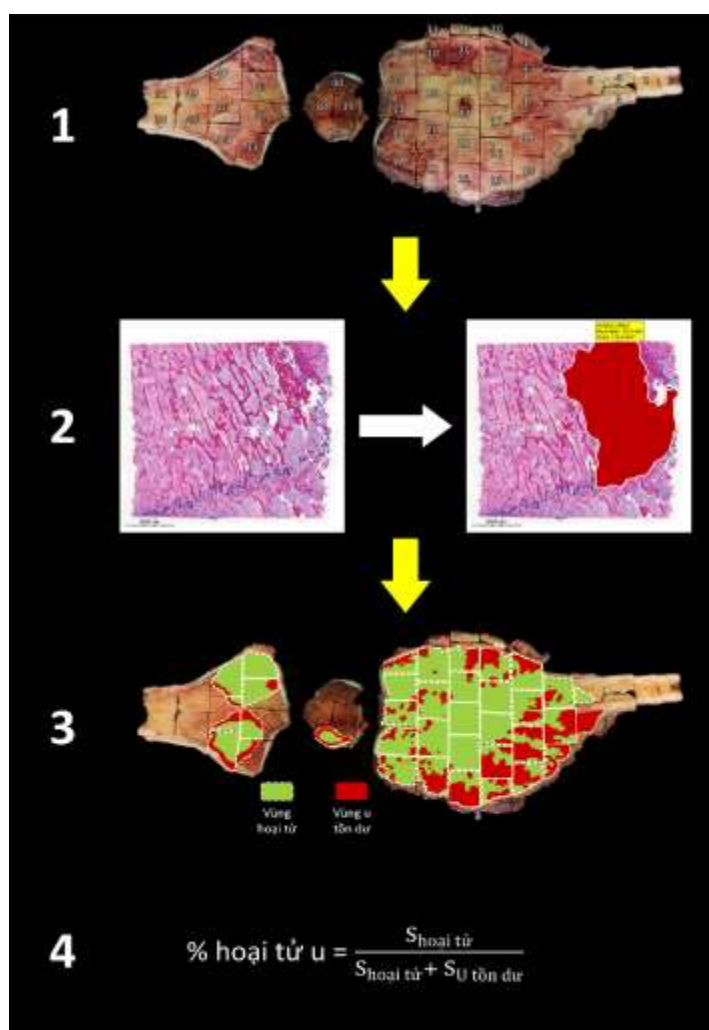
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcoma xương là loại u nguyên phát ác tính thường gặp nhất của xương¹. Bệnh có hai đỉnh tuổi phân bố với đỉnh chính từ 14-18 tuổi và đỉnh phụ sau 65 tuổi². Đa số các trường hợp u nằm ở đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày và đầu trên xương cánh tay³. Sarcoma xương là một ung thư có tiên lượng xấu do tính chất xâm lấn mạnh và dễ di căn xa². Với yêu cầu ngày càng cao hơn về đảm bảo chất lượng cuộc sống, hóa trị tân bổ trợ kết hợp với phẫu thuật cắt bỏ u bảo tồn chi đã trở thành phương pháp điều trị được ưu tiên với các trường hợp Sarcoma xương ở chi^{3,4}. Hóa trị tân bổ trợ giúp thu nhỏ kích thước u, tạo thuận lợi cho phẫu thuật cắt bỏ u, đồng thời có thể tiêu diệt các ổ vi di căn tiềm tàng⁴. Mức độ đáp ứng điều trị của khối u trên giải phẫu bệnh là yếu tố cần đánh giá nhất sau phẫu thuật, giúp tiên lượng bệnh nhân và quyết định phương án điều trị tiếp theo³⁻⁶.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm báo cáo kết quả và kinh nghiệm thực hiện đánh giá đáp ứng hóa trị tân bổ trợ Sarcoma xương tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các trường hợp Sarcoma xương sau hóa trị tân bổ trợ được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh hoặc được gửi mẫu bệnh phẩm phẫu thuật đến Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh đều được đưa vào nghiên cứu. Bệnh phẩm xương được phẫu tích theo hướng dẫn của Hội Giải phẫu bệnh Hoa Kỳ (CAP), trong đó bác sĩ giải phẫu bệnh sẽ cưa đôi bệnh phẩm và lấy một lát cắt dày 4 mm chứa thiết diện lớn nhất của khối u⁷. Lát cắt này sẽ được cắt thành các mảnh nhỏ vừa với cassette, sắp xếp lại theo vị trí ban đầu, chụp ảnh, lập bản đồ và toàn bộ được đem đi xử lý mô. Các mảnh cắt chứa xương được khử calci bằng dung dịch acid formic 10%. Kiểm tra kết thúc khử calci được thực hiện 3 lần/ngày bằng phương pháp cơ học. Các đặc điểm giải phẫu bệnh của khối u được đánh giá theo quy trình của CAP cho ung thư xương⁸. Mức độ đáp ứng điều trị của u được tính theo thang điểm Huvos. Bác sĩ giải phẫu bệnh xác định vùng hoại tử và vùng u tồn dư trên mỗi tiêu bản, đo diện tích từng vùng, và tính tỷ lệ hoại tử u bằng diện tích vùng hoại tử chia cho tổng diện tích vùng hoại tử và vùng u tồn dư trên tất cả các tiêu bản (hình 1). Kết quả giải phẫu bệnh được đọc bởi bác sĩ phẫu tích bệnh phẩm và được duyệt bởi trưởng khoa trước khi phát hành.



Hình 1: Các bước đánh giá mức độ đáp ứng điều trị trên vi thể. (1) Lập bản đồ các mảnh cắt; (2) Xác định và đo diện tích vùng u tồn dư và vùng hoại tử trên mỗi mảnh cắt; (3) Đánh dấu vùng u tồn dư và vùng hoại tử trên bản đồ mảnh cắt; (4) Tính tỷ lệ % hoại tử u bằng chia diện tích vùng hoại tử cho tổng diện tích vùng hoại tử và vùng u tồn dư

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

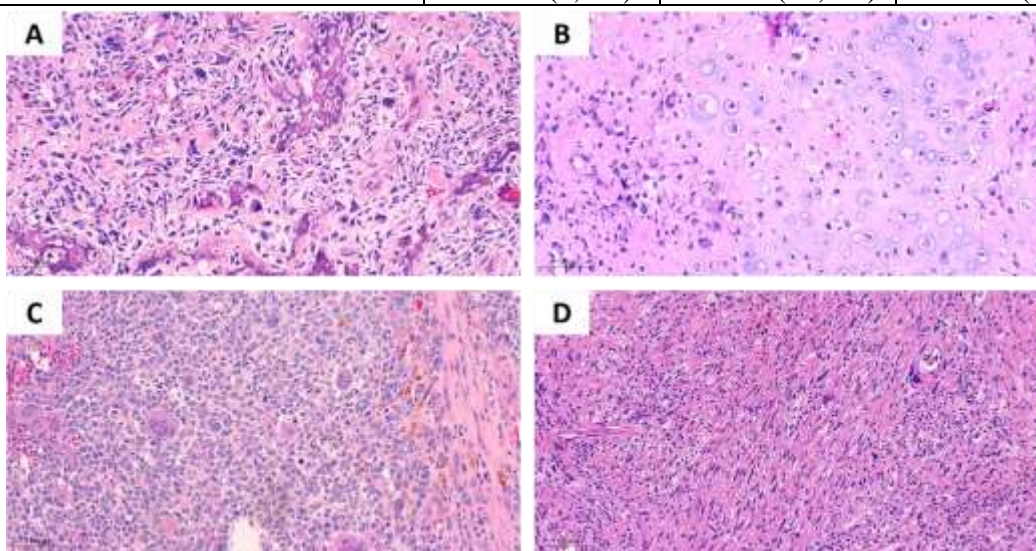
Trong 3 năm từ 2021 đến 2023, chúng tôi đã thực hiện đánh giá đáp ứng hóa trị tân bổ trợ trên 49 trường hợp Sarcoma xương, gồm 30 nam và 19 nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,58. Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $18,7 \pm 20,8$.

Các đặc điểm giải phẫu bệnh của mẫu nghiên cứu được thể hiện trong bảng 1. Kích thước u trung bình là $11,4 \pm 7,8$ cm. Vị trí u

thường gặp nhất là xương đùi với 28 ca, chiếm 57,2%. Các biến thể mô học chính trong mẫu nghiên cứu là thể sinh xương, thể sinh sụn, thể xơ và thể giàu tế bào khổng lồ, trong đó tỷ lệ cao nhất là thể sinh xương với 34 trường hợp, chiếm 69,5% (hình 2). 4 ca có tình trạng diện cắt dương tính (8,2%) và 14 ca có hình ảnh xâm nhập mạch (28,6%). Số ca thuộc phân độ Huvos 3-4 là 26, chiếm 32,6%.

Bảng 1. Đặc điểm giải phẫu bệnh của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm giải phẫu bệnh	Nam		Nữ		Chung	
Kích thước u trung bình (cm)	12,3 ± 6,2		10,1 ± 9,4		11,4 ± 7,8	
Vị trí u						
Xương đùi	16	(53,3%)	12	(63,2%)	28	(57,2%)
Xương chày	9	(30,0%)	5	(26,3%)	14	(28,6%)
Xương cánh tay	3	(10,0%)	2	(10,5%)	5	(10,2%)
Khác	2	(6,7%)	0	(0%)	2	(4,0%)
Biến thể mô học						
Thể sinh xương	22	(73,3%)	12	(63,2%)	34	(69,5%)
Thể sinh sụn	2	(6,7%)	2	(10,5%)	4	(8,2%)
Thể xơ	2	(6,7%)	0	(0%)	2	(4,0%)
Thể giàu tế bào khổng lồ	1	(3,3%)	1	(5,3%)	2	(4,0%)
Khác	2	(6,7%)	2	(10,5%)	4	(8,2%)
Không còn u nguyên phát	1	(3,3%)	2	(10,5%)	3	(6,1%)
Tình trạng diện cắt						
Dương tính	2	(6,7%)	2	(10,5%)	4	(8,2%)
Âm tính	28	(93,3%)	17	(89,5%)	45	(91,8%)
Xâm nhập mạch						
Có	7	(23,3%)	7	(36,8%)	14	(28,6%)
Không	23	(76,7%)	12	(63,2%)	35	(71,4%)
Phân độ Huvos						
1	7	(23,3%)	6	(31,6%)	13	(26,5%)
2	13	(43,3%)	7	(36,8%)	20	(40,9%)
3	9	(30,0%)	4	(21,1%)	13	(26,5%)
4	1	(3,3%)	2	(10,5%)	3	(6,1%)



Hình 2: Các biến thể mô học chính gặp trong mẫu nghiên cứu. A – biến thể sinh xương; B – biến thể sinh sụn; C – biến thể giàu tế bào khổng lồ; D – biến thể sinh xơ

Lượng vật tư tiêu hao cho mỗi ca được chúng tôi thống kê bao gồm số lượng tiêu bản và lượng dung dịch khử calci sử dụng. Số lượng tiêu bản trung bình mỗi ca là $24,2 \pm 18,7$. Lượng dung dịch khử calci trung bình mỗi ca là $1229,6 \pm 755,8$ ml. Thời gian trả kết quả trung bình là $7,7 \pm 5,7$ ngày.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu tích bệnh phẩm:

Xương là loại bệnh phẩm cứng chắc, phải dùng cưa để xẻ lát bệnh phẩm. Các mảnh cắt phải có độ dày từ 3-5 mm cho vừa với cassette và để thuận lợi cho quá trình khử calci tiếp theo^{9,10}. Sử dụng cưa cầm tay để cưa xương rất tốn sức, tốc độ chậm, và chiều dày lát cắt không đều. Một số loại cưa máy chuyên dụng cho phẫu tích bệnh phẩm xương được khuyến cáo như cưa Buehler Isomet Low Speed Saws (Buehler Ltd, Hoa Kỳ)⁹. Tại Việt Nam, các loại cưa chuyên dụng cho phẫu tích bệnh phẩm xương không có sẵn, chúng tôi khuyến nghị có thể sử dụng máy cưa vòng để bàn dùng trong chế biến thực phẩm để thay thế. Lưỡi cưa của máy nên có bề rộng 0,5 cm và mật độ răng từ 12 đến 16 TPI (Teeth per inch – số răng trên 1 inch chiều dài)⁹.

Khử calci:

Quá trình khử calci để loại bỏ calci trong bệnh phẩm, giúp cho mảnh cắt sau khi xử lý mô có thể cắt lát mỏng bằng microtome. Khử

calci quá ngắn hoặc quá dài đều ảnh hưởng đến chất lượng tiêu bản và gây khó khăn cho việc đánh giá vi thể. Một quá trình khử calci tốt phụ thuộc vào các yếu tố là (1) kích thước mảnh cắt, (2) cố định bệnh phẩm, (3) loại chất khử calci và (4) thời điểm kết thúc khử calci¹⁰. Mảnh cắt phải có độ dày từ 3-5 mm và được cố định bằng dung dịch formol trung tính 10% từ 24 đến 48h trước khi khử calci. Dung dịch khử calci được khuyến cáo sử dụng thường quy là dung dịch acid formic 5-10% do ít hủy hoại mô và tốc độ khử không quá chậm^{9,10}. Việc kiểm tra kết thúc khử calci có thể thực hiện bằng phương pháp X-quang, phương pháp hóa học (calcium oxalate test) và phương pháp cơ học^{9,10}. Mặc dù độ chính xác không cao bằng hai phương pháp đầu tiên, chúng tôi sử dụng phương pháp cơ học vì có thể lặp lại nhiều lần trong ngày mà không phát sinh thêm chi phí. Chúng tôi kiểm tra bệnh phẩm 3 lần/ngày bằng phương pháp này, sử dụng một kim nhọn đâm vào phần xương cứng nhất trên mảnh cắt. Quá trình khử calci hoàn thành khi kim xuyên qua được toàn bộ chiều dày mảnh cắt.

Đánh giá mức độ đáp ứng điều trị:

Có ít nhất 4 hệ thống đánh giá mức độ đáp ứng điều trị của Sarcoma xương trên giải phẫu bệnh (bảng 2) là phân loại Huvos 1977, phân loại Salzer-Kuntschik 1983, phân loại Picci 1985 và phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 2020^{1,11-13}.

Bảng 2. Các hệ thống đánh giá đáp ứng điều trị Sarcoma xương trên giải phẫu bệnh

Salzer-Kuntschik		Picci		Huvos		WHO 2020	
I	Không có tế bào u tồn dư	Đáp ứng hoàn toàn	Không có tế bào u tồn dư	IV	Không có tế bào u tồn dư	Đáp ứng tốt	U hoại tử \geq 90%
II	Còn các tế bào u đơn lẻ hoặc cụm nhỏ < 0,5cm	Đáp ứng tốt	U hoại tử 90→99%	III	Mô u chủ yếu là mô xơ, chất dạng xương, hoặc hoại tử do điều trị, rải rác các ổ tế bào u tồn dư (Hoại tử 90-99%)		
III	Mô u tồn dư <10%						
IV	Mô u tồn dư 10-50%	Đáp ứng vừa	U hoại tử 60→89%	II	Có các vùng u tồn dư xen lẫn các vùng mô xơ, chất dạng xương, hoặc hoại tử (Hoại tử 50-89%)	Kém đáp ứng	U hoại tử < 90%
V	Mô u tồn dư > 50%	Đáp ứng kém	U hoại tử < 60%	I	Điều trị tiền phẫu ít hoặc không có tác dụng (Hoại tử <50%)		
VI	Điều trị tiền phẫu không có tác dụng (Mô u còn nguyên vẹn)						

Với phân loại Huvos, mức độ đáp ứng điều trị được chia làm 4 độ theo mức độ hoại tử u so với phần u tồn dư¹¹. Phân loại Salzer-Kuntschik 1983 chia mức độ đáp ứng điều trị làm 6 độ theo mức độ u tồn dư¹². Phân loại Picci 1985 cũng dựa vào mức độ u tồn dư và gồm 4 độ¹³. Phân loại của WHO dựa vào mức độ hoại tử u và chỉ gồm 2 độ: đáp ứng tốt - u hoại tử \geq 90% và kém đáp ứng - u hoại tử < 90%¹.

Chúng tôi sử dụng phân loại Huvos trong nghiên cứu vì đây là phân loại được sử dụng phổ biến, quen thuộc với các bác sĩ lâm sàng, phân nhóm đáp ứng hợp lý và dễ đánh giá. Các phân loại Salzer-Kuntschik và Picci ít phổ biến hơn và khó sử dụng hơn do mức độ đáp ứng điều trị được căn cứ vào phạm vi của những vùng u tồn dư – điều khó đánh giá chính xác do mô u bị biến đổi hình thái sau

hóa trị cũng như có thể nhầm lẫn với những vùng mô đệm phản ứng. Phân loại của WHO chỉ có hai mức độ đáp ứng, được xây dựng dựa trên cơ sở nghiên cứu của Cates và cộng sự năm 2018 với kết quả cho thấy việc lấy mốc hoại tử u \geq 90% làm mốc đáp ứng tốt là có ý nghĩa thống kê và ý nghĩa lâm sàng¹⁴. Phân loại này tuy rất đơn giản nhưng phạm vi của nhóm kém đáp ứng (hoại tử u < 90%) quá rộng và không có phân tầng nguy cơ sâu hơn.

Vật tư tiêu hao và thời gian trả kết quả:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mỗi ca có trung bình 24,2 tiêu bản, sử dụng trung bình 1229,6 ml dung dịch acid formic 10% và thời gian trả kết quả trung bình là 7,7 ngày. Trong khi đó theo thống kê năm 2023 của Khoa Giải phẫu bệnh – Tế bào Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, một bệnh phẩm phẫu thuật ung thư không phải u xương và không

có điều trị tân bổ trợ chỉ có trung bình 13,4 tiêu bản và thời gian trả kết quả trung bình là 3,1 ngày. Sự chênh lệch này có thể giải thích được do các bệnh phẩm phẫu thuật đánh giá đáp ứng điều trị tân bổ trợ nói chung có vùng mô phải khảo sát rộng, số lượng mảnh cắt phải lấy nhiều, dẫn tới số lượng tiêu bản lớn. Đối với bệnh phẩm xương thì các mảnh cắt còn thêm công đoạn khử calci nên thời gian sản xuất tiêu bản bị kéo dài cũng như phát sinh thêm chi phí. Số lượng tiêu bản lớn, phải xác định chính xác những vùng u tồn dư và phải tính toán tỷ lệ % u hoại tử nên thời gian đọc tiêu bản lâu hơn. Do chi phí cho vật tư tiêu hao, hóa chất, cũng như công của bác sĩ giải phẫu bệnh và kỹ thuật viên lớn hơn nhiều so với các bệnh phẩm phẫu thuật khác, các phòng xét nghiệm giải phẫu bệnh cần xây dựng gói dịch vụ riêng cho loại bệnh phẩm phẫu thuật Sarcoma xương có đánh giá đáp ứng hóa trị tân bổ trợ.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá đáp ứng điều trị của khối u trên giải phẫu bệnh có vai trò đặc biệt quan trọng với các trường hợp Sarcoma xương sau hóa trị tân bổ trợ. Đây là một công việc đòi hỏi nhiều thời gian và công sức của bác sĩ giải phẫu bệnh cũng như phải có quy trình thực hành và các phương tiện đặc thù.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baumhoer D, Hogendoorn P, Bohling T, et al.** Osteosarcoma. In: WHO Classification of Tumours: Soft Tissue and Bone Tumours. 5th ed. WHO classification of Tumours. OMS; 2020:403-409.
2. **Prabowo Y, Setiawan I, Kamal AF, Kodrat E, Labib Zufar ML.** Correlation between Prognostic Factors and the Histopathological Response to Neoadjuvant Chemotherapy in Osteosarcoma: A Retrospective Study. *Int J Surg Oncol.* 2021;2021: 8843325. doi:10.1155/2021/8843325.
3. **Jing S, Ding F, Yuan Y, An J, He Q.** Efficacy of Neoadjuvant Chemotherapy plus Limb-Sparing Surgery for Osteosarcoma and Its Impact on Long-Term Quality of Life. Wang TJ, ed. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.* 2022;2022:1-6. doi:10.1155/2022/1693824.
4. **Yuan G, Chen J, Wu D, Gao C.** Neoadjuvant chemotherapy combined with limb salvage surgery in patients with limb osteosarcoma of Enneking stage II: a retrospective study. *OTT.* 2017;Volume 10:2745-2750. doi:10.2147/OTT.S136621.
5. **Hiraga H, Ozaki T.** Adjuvant and neoadjuvant chemotherapy for osteosarcoma: JCOG Bone and Soft Tissue Tumor Study Group. *Japanese Journal of Clinical Oncology.* 2021;51(10):1493-1497. doi:10.1093/jjco/hyab120.
6. **Jetley S, Jairajpuri ZS, Rana S, et al.** Tumor histopathological response to neoadjuvant chemotherapy in bone sarcomas: A single-institutional experience. *International Journal of Health & Allied Sciences.* 2020;9(3):240. doi:10.4103/ijhas.IJHAS_119_19.
7. **Wei S, Bui M M.** Section XII: Soft Tissue and Bone. In: *Grossing, Staging, and Reporting: An Integrated Manual of Modern Surgical Pathology.* College of American Pathologists; 2021:535-549.
8. **Laurini A J.** Protocol for the Examination of Resection Specimens From Patients With

- Primary Tumors of Bone. Published online 2021. https://documents.cap.org/protocols/Bone_4.1.1.0.REL_CAPCP.pdf?_gl=1*ksqr2*_ga*MTU1MjY0MTQwMi4xNjcwMTI5NDM2*_ga_97ZFJSQQ0X*MTcxMTczMjc zNy40Ny4xLjE3MTE3MzI4MTQuMC4wLjA.
9. **Sterchi DL.** Chapter 17: Bone. In: Bancroft's Theory and Practice of Histological Techniques. 8th edition. Elsevier; 2019:280-305.
 10. **Dey P.** Chapter 4: Decalcification of Bony and Hard Tissue for Histopathology Processing. In: Basic and Advanced Laboratory Techniques in Histopathology and Cytology. 1st edition. Springer Singapore; 2018:35-39. <http://link.springer.com/10.1007/978-981-10-8252-8>.
 11. **Huvos AG, Rosen G, Marcove RC.** Primary osteogenic sarcoma: pathologic aspects in 20 patients after treatment with chemotherapy en bloc resection, and prosthetic bone replacement. Arch Pathol Lab Med. 1977;101(1):14-18.
 12. **Salzer-Kuntschik M, Delling G, Beron G, Sigmund R.** Morphological grades of regression in osteosarcoma after polychemotherapy - study COSS 80. J Cancer Res Clin Oncol. 1983;106 Suppl:21-24. doi:10.1007/BF00625047.
 13. **Picci P, Bacci G, Campanacci M, et al.** Histologic evaluation of necrosis in osteosarcoma induced by chemotherapy. Regional mapping of viable and nonviable tumor. Cancer. 1985;56(7):1515-1521. doi:10.1002/1097-0142(19851001)56:7<1515::aid-cnrcr2820560707>3.0.co;2-6
 14. **Cates JMM.** Modeling Continuous Prognostic Factors in Survival Analysis: Implications for Tumor Staging and Assessing Chemotherapy Effect in Osteosarcoma. Am J Surg Pathol. 2018;42(4): 485-491. doi:10.1097/PAS.0000000000000995.

KHẢO SÁT SỰ TUÂN THỦ VỆ SINH TAY THƯỜNG QUY CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH TP. HỒ CHÍ MINH NĂM 2023

Bùi Thị Nga¹, Trần Thị Kim Hậu¹, Nguyễn Thị Hương Giang¹,
Vũ Thị Phụng¹, Nguyễn Thị Thu Hồng¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn bệnh viện là nguyên nhân hàng đầu đe dọa sự an toàn của người bệnh, kéo dài thời gian nằm viện, gây ra nhiều biến chứng như: tàn phế, tăng khả năng đề kháng kháng sinh của vi sinh vật gây bệnh, là gánh nặng tài chính cho người bệnh và gia đình, tăng tỷ lệ tử vong. Vệ sinh tay là việc làm đơn giản, cổ điển nhất và đem lại hiệu quả cao nhất để phòng ngừa và giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện.

Mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng vệ sinh tay của nhân viên y tế tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh năm 2023; (2) Mô tả mức độ sử dụng dung dịch vệ sinh tay của nhân viên y tế tại các đơn vị nội trú.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Thống kê số liệu trên phần mềm Hsoft.

Kết quả: Trong 8049 cơ hội quan sát, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thường quy chung là 85,6%. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thường quy cao nhất ở khoa NICU (92,6%); thấp nhất ở khoa Cấp cứu (67,3%). Nữ hộ sinh có tỷ lệ cao nhất (88,5%); thấp nhất là bác sỹ (66,7%). Trước tiếp xúc người bệnh và sau khi tiếp xúc người bệnh có tỷ lệ cao nhất (87,5%). Sau khi tiếp xúc với môi trường

xung quanh người bệnh có tỷ lệ thấp nhất (76,9%). Tỷ suất sử dụng dung dịch vệ sinh tay tại các đơn vị nội trú là 34,3 lít/1000 người bệnh-ngày.

Kết luận: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thường quy chung là 85,6%. Tỷ suất sử dụng dung dịch vệ sinh tay tại các đơn vị nội trú đạt theo khuyến cáo WHO.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn bệnh viện, vệ sinh tay, nhân viên y tế.

SUMMARY

SURVEY OF HAND HYGIENE COMPLIANCE AMONG HEALTHCARE PERSONNEL AT TAM ANH HOSPITAL, HO CHI MINH CITY, 2023

Introduction: Hospital-acquired infections stand as the foremost threat to patient safety, prolonging hospitalization durations, inducing various complications such as disability, exacerbating microbial resistance to antibiotics, imposing significant financial burdens on patients and their families, and elevating mortality rates. Hand hygiene represents the simplest, most fundamental practice with the highest efficacy in preventing and mitigating hospital-acquired infections.

Objectives: (1) To describe the status of hand hygiene among healthcare personnel at Tam Anh, Ho Chi Minh city, 2023. (2) To describe the level of hand hygiene solution usage among healthcare personnel in inpatient units.

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Nga

SĐT: 0973878823

Email: buinga.ycc@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 02/8/2024

Ngày duyệt bài: 08/8/2024

Method: Cross-sectional descriptive study. Data were statistically analyzed using the Hsoft software platform.

Results: Out of 8049 observation opportunities, the overall hand hygiene compliance rate was 85.6%. The highest compliance rate was found in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) at 92.6%, while the lowest was in the Emergency Department at 67.3%. Midwives exhibited the highest hand hygiene compliance rate at 88.5%, whereas physicians had the lowest rate at 66.7%. The highest compliance rate was observed before and after patient contact (87.5%). Conversely, the lowest compliance rate was noted after contact with the patient's surroundings (76.9%). The rate of hand hygiene solution usage in inpatient units was 34.3 liters per 1000 patient-days.

Conclusion: The overall hand hygiene compliance rate was 85.6%. The rate of hand hygiene solution usage in inpatient units adhered to the WHO recommendations.

Keywords: Hospital-acquired infections, hand hygiene, healthcare personnel

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vệ sinh tay (VST) là việc làm đơn giản, cổ điển nhất và đem lại hiệu quả cao nhất để phòng ngừa và giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV), việc thực hiện tốt VST làm giảm 30-50% NKBV^[3]. Đã có rất nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng hệ vi khuẩn vãng lai trên bàn tay – phổ tác nhân chính gây NKBV có thể dễ dàng bị loại bỏ bằng biện pháp cơ học thông thường như VST với nước và xà phòng...^[3].

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh là bệnh viện đa khoa, thực hiện nhiều kỹ thuật chuyên khoa sâu về phẫu thuật, thủ thuật Tim mạch, Chấn thương, Sản phụ khoa... nên vấn đề phòng ngừa và kiểm soát

NKBV đang ngày càng trở nên cấp thiết với bệnh viện. Chính vì vậy việc VST thường quy của nhân viên y tế (NVYT), đặc biệt là NVYT ở các khoa lâm sàng có vai trò hết sức quan trọng trong việc kiểm soát NKBV. Để có bằng chứng cụ thể nhằm đưa ra giải pháp góp phần cải thiện tỷ lệ VST tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, nhằm đạt các mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng VST thường quy của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh năm 2023.

2. Mô tả mức độ sử dụng dung dịch VST của nhân viên y tế tại các đơn vị nội trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 01/01/2023 đến 31/12/2023, tại các đơn vị lâm sàng và cận lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh.

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Dân số chọn mẫu: tất cả cán bộ, nhân viên y tế tại các đơn vị lâm sàng và cận lâm sàng, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh.

Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ của dân số:

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

Trong đó:

α : xác suất sai lầm loại I, độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$.

Z: hệ số giá trị tin cậy ($Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$)

d: là độ chính xác (sai số cho phép), chọn $d = 0,01$.

p: là tỷ lệ ước tính nhân viên y tế tuân thủ VST thường quy.

Để đảm bảo cỡ mẫu đủ lớn và tương đồng nhất với nghiên cứu, chúng tôi chọn cỡ mẫu $p = 0,67$ theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh (2020) tại bệnh viện E^[1].

Tính ra cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi tối thiểu là 4334 cơ hội quan sát.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả cán bộ, nhân viên y tế trực tiếp làm công tác chăm sóc và điều trị tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Nhân viên y tế không có mặt tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu vì các lý do như: nghỉ ốm, nghỉ sinh, công tác, cử đi học.

Kỹ thuật chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện tất cả các nhân viên y tế của 25 đơn vị (Ngoại Thần kinh, Sơ sinh, Hồi sức tích cực, Nội Tổng hợp, Cấp cứu, Sản nội trú, Chấn thương chỉnh hình, Hỗ trợ sinh sản, Phẫu thuật Nội soi tiêu hóa, Đơn vị Nội soi tiêu hóa, Đơn vị Thận nhân tạo, Tim mạch, Nội Thần kinh, Tai mũi họng, Khám bệnh, Ngoại vú, Phòng sinh, Tiết niệu Thận học, Nhi, Gây mê hồi sức, Ung bướu, Vật lý trị liệu, Chẩn đoán hình ảnh, Hỗ trợ chăm sóc, Vệ sinh) đưa vào nghiên cứu, đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Dựa vào tỷ lệ từng đối tượng để tính được số cơ hội tối thiểu cần quan sát của mỗi đối tượng ở mỗi đơn vị.

2.4. Thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu

Quan sát trực tiếp tại tất cả các đơn vị và/hoặc quan sát qua camera tại một số đơn vị có gắn camera (ICU, Gây mê hồi sức, Thận nhân tạo) vào một thời điểm bất kỳ mà không thông báo trước.

Nhập dữ liệu quan sát vào Phiếu giám sát tuân thủ VST thường quy được thiết kế trên

phần mềm Appsheet và được cài đặt trên điện thoại của mỗi quan sát viên (là nhân viên giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn).

Thống kê số liệu liên quan hàng tháng trên phần mềm Hsoft, lấy số lượng dung dịch VST sử dụng trên NVYT và điền vào Phiếu thu thập số liệu sử dụng để tính tỷ suất sử dụng dung dịch VST của NVYT/1000 người bệnh-ngày.

Công cụ thu thập dữ liệu

Phiếu đánh giá tuân thủ VST thường quy được xây dựng dựa trên phiếu giám sát tuân thủ thời điểm VST được ban hành theo Hướng dẫn vệ sinh tay trong quyết định 3916/QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 2017^[3] và được thiết kế trên phần mềm Appsheet, cài đặt vào điện thoại của mỗi quan sát viên.

Phiếu thu thập số liệu các đơn vị nội trú trong bệnh viện được xây dựng để tính tỷ suất sử dụng dung dịch VST của NVYT/1000 NB-ngày.

2.5. Biến số nghiên cứu

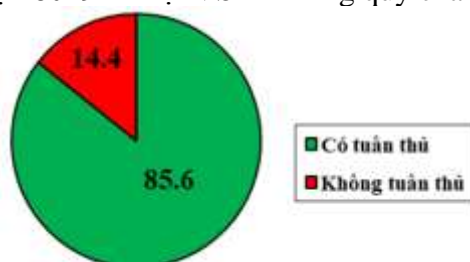
- Biến số nền: đối tượng (bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh, hỗ trợ chăm sóc, nhân viên vệ sinh) và đơn vị (25 đơn vị lâm sàng và cận lâm sàng)

- Biến số tuân thủ VST: cơ hội (5 thời điểm VST), hành động (phương pháp VST thường quy: VST với xà phòng và nước, VST với dung dịch sát khuẩn tay nhanh), 7 bước VST (7 bước VST thường quy theo quy định của Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh), tuân thủ (Là thực hiện đúng kỹ thuật và đủ 5 lần mỗi bước của tất cả 7 bước VST thường quy theo quy định của Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh)

2.6. Phân tích dữ liệu: Sử dụng phần mềm Excel và phương pháp thống kê mô tả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 8049 cơ hội VST thường quy của NVYT.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình VST thường quy chung của NVYT

Tỷ lệ tuân thủ VST thường quy của NVYT toàn Bệnh viện chiếm 85,6%.

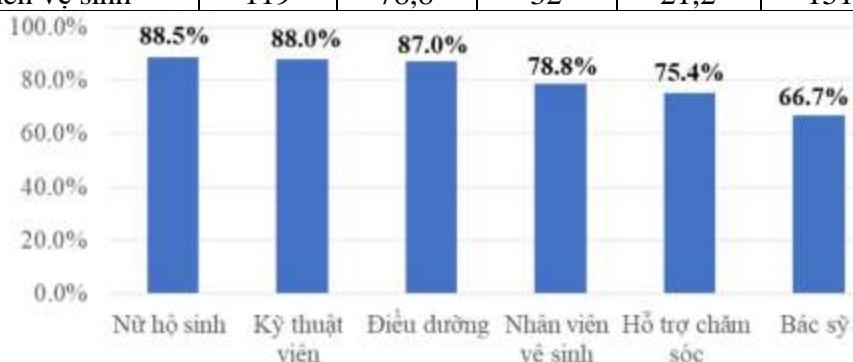
Bảng 1. Tỷ lệ tuân thủ VST thường quy theo đơn vị

Đơn vị	Có tuân thủ		Không tuân thủ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Ngoại Thần kinh	226	85,0	40	15,0	266	100
Sơ sinh (NICU)	324	92,6	26	7,4	350	100
Hồi sức tích cực (ICU)	393	80,5	95	19,5	488	100
Nội Tổng hợp	295	88,9	37	11,1	332	100
Chẩn đoán hình ảnh	308	87,0	46	13,0	354	100
Cấp cứu	235	67,3	114	32,7	349	100
Sản nội trú	343	88,9	43	11,1	386	100
Chấn thương chỉnh hình	350	87,7	49	12,3	399	100
Hỗ trợ sinh sản (IVF)	270	87,4	39	12,6	309	100
Phẫu thuật Nội soi tiêu hóa	224	86,5	35	13,5	259	100
Đơn vị Nội soi tiêu hóa	288	88,3	38	11,7	326	100
Đơn vị Thận nhân tạo	256	85,9	42	14,1	298	100
Tim mạch	450	84,4	83	15,6	533	100
Nội Thần kinh	264	88,3	35	11,7	299	100
Tai mũi họng	231	83,4	46	16,6	277	100
Khám bệnh	495	90,8	50	9,2	545	100
Ngoại vú	217	86,1	35	13,9	252	100
Phòng sinh	192	88,9	24	11,1	216	100
Hỗ trợ chăm sóc	233	74,9	78	25,1	311	100
Tiết niệu Thận học	264	88,9	33	11,1	297	100
Nhi	242	88,6	31	11,4	273	100
Gây mê hồi sức	238	77,5	69	22,5	307	100
Ung bướu	181	90,5	19	9,5	200	100
Vật lý trị liệu	194	92,4	16	7,6	210	100
Vệ sinh (HK)	118	79,2	31	20,8	149	100

NICU, Vật lý trị liệu, Khám bệnh và Ung bướu là các đơn vị có tỷ lệ tuân thủ VST thường quy cao nhất, lần lượt là 92,6%; 92,4%; 90,8% và 90,5%. Cấp cứu, Hỗ trợ chăm sóc, Gây mê hồi sức và HK là các đơn vị có tỷ lệ tuân thủ VST thấp nhất, lần lượt là 67,3%; 74,9%; 77,5% và 79,2%.

Bảng 2. Tỷ lệ tuân thủ VST thường quy theo đối tượng

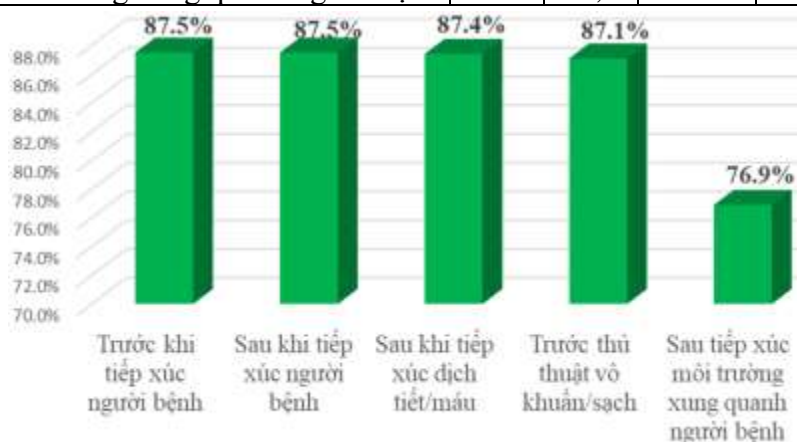
Đối tượng	Có tuân thủ		Không tuân thủ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Bác sỹ	287	66,7	143	33,3	430	100
Điều dưỡng	5017	87,0	747	13,0	5764	100
Nữ hộ sinh	686	88,5	89	11,5	775	100
Kỹ thuật viên	542	88,0	74	12,0	616	100
Hỗ trợ chăm sóc	236	75,4	77	24,6	313	100
Nhân viên vệ sinh	119	78,8	32	21,2	151	100

**Biểu đồ 2. Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình VST thường quy của NVYT theo đối tượng**

Nữ hộ sinh là đối tượng có tỷ lệ tuân thủ VST thường quy cao nhất chiếm 88,5%, tiếp đến là Kỹ thuật viên (88,0%) và Điều dưỡng (87,0%). Bác sỹ là đối tượng tuân thủ VST thấp nhất (66,7%).

Bảng 3. Tỷ lệ tuân thủ VST thường quy theo 5 thời điểm

Thời điểm VST	Có tuân thủ		Không tuân thủ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Trước khi tiếp xúc người bệnh	1687	87,5	241	12,5	1928	100
Trước thủ thuật vô khuẩn/sạch	1182	87,1	175	12,9	1357	100
Sau khi tiếp xúc dịch tiết/máu	1191	87,4	171	12,6	1362	100
Sau khi tiếp xúc người bệnh	1745	87,5	250	12,5	1995	100
Sau tiếp xúc môi trường xung quanh người bệnh	1082	76,9	325	23,1	1407	100

**Biểu đồ 3. Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình VST thường quy của NVYT theo 5 thời điểm**

Trước tiếp xúc người bệnh và sau khi tiếp xúc người bệnh (NB) là thời điểm có tỷ lệ tuân thủ VST thường quy cao nhất (87,5%), sau khi tiếp xúc dịch tiết/máu chiếm 87,4%, trước thủ thuật vô khuẩn/sạch chiếm 87,1%. Sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh NB là thời điểm có tỷ lệ tuân thủ VST thấp nhất (76,9%).

Bảng 4. Tỷ suất sử dụng dung dịch VST của NVYT tại các đơn vị nội trú

Đơn vị	Số lít/1000 NB-ngày
Hồi sức tích cực (ICU)	127,4
Ngoại vú	74,8
Tai mũi họng	72,5
Ngoại Thần kinh	64,0
Sơ sinh	56,2
Nội tổng hợp	39,3
Nội Thần kinh	33,5
Chấn thương chỉnh hình	27,2
Sản nội trú	25,0
Nội tiết	24,5
Tiết niệu Thận học	24,4
Tim mạch	22,3
Phẫu thuật Nội soi tiêu hóa	20,7
Nhi	16,6
Tổng số	34,3

Các đơn vị nội trú đã sử dụng số lượng dung dịch VST với tỷ suất chung là 34,3 lít/1000 NB-ngày. Trong đó, ICU có tỷ suất cao nhất (127,4 lít/1000 NB-ngày). Nhi có tỷ suất sử dụng thấp nhất và chưa đạt số lượng khuyến cáo (16,6 lít/1000 NB-ngày).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ tuân thủ VST thường quy của NVYT

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ tuân thủ VST thường quy chung của NVYT Bệnh viện là 85,6%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh^[1] là 66,67%, sự không tương đồng này cũng tìm được trong nhiều nghiên cứu khác. Lý giải điều này có thể do Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh là Bệnh viện tổ chức tập huấn VST thường xuyên cho NVYT và

triển khai giám sát, kiểm tra, nhắc nhở thường xuyên. Bệnh viện cũng trang bị đầy đủ các phương tiện VST. Điều này khiến cho sự tuân thủ VST dần trở thành thói quen cho NVYT Bệnh viện.

NICU, Vật lý trị liệu, Khám bệnh và Ung bướu là các đơn vị có tỷ lệ tuân thủ VST thường quy cao nhất, lần lượt là 92,6%; 92,4%; 90,8% và 90,5%. Cấp cứu, Hỗ trợ chăm sóc, Gây mê hồi sức và HK là các đơn vị có tỷ lệ tuân thủ VST thường quy thấp nhất, lần lượt là 67,3%; 74,9%; 77,5% và 79,2%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Dương Văn Ghi tại Bệnh viện Quân y 121 (Hồi sức tích cực và chống độc là 91,7%)^[4], nhưng cao hơn so với nghiên cứu khác tại bệnh viện E (Tỷ lệ cao nhất là khoa Hồi sức tích cực chiếm 83,97%, thấp nhất là Ngoại chấn thương và Ngoại tổng hợp chiếm

lần lượt là 45,48% và 46,41%)^[1]. Tỷ lệ này có sự khác biệt với các nghiên cứu được tìm thấy là do các nghiên cứu được tiến hành ở các địa điểm và thời gian khác nhau. Hơn nữa, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. HCM luôn chú trọng đến việc tuân thủ VST của NVYT. Hóa chất sát khuẩn tay nhanh được trang bị ở các khu vực công cộng như thang máy và cả các khu vực chuyên môn lâm sàng và cận lâm sàng, trước và trong cả phòng bệnh, giúp tạo điều kiện thúc đẩy việc tuân thủ VST của NVYT.

Nữ hộ sinh là đối tượng có tỷ lệ tuân thủ VST thường quy cao nhất chiếm 88,5%, tiếp đến là Kỹ thuật viên (88,0%), Điều dưỡng (87,0%). Bác sỹ là đối tượng tuân thủ VST thấp nhất (66,7%). Kết quả này đồng nhất với các kết quả của nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Cụ thể, nghiên cứu tại bệnh viện E năm 2020, nhóm điều dưỡng tuân thủ VST thường quy cao gấp 1,9 lần so với nhóm bác sỹ^[1]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bình và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh, tỷ lệ tuân thủ VST cao nhất là điều dưỡng với 74,7%; bác sỹ 28,8%^[2]. Theo nghiên cứu của Pamela A.Lipsett và Sandra M.Swoboda, điều dưỡng cũng là đối tượng có tỷ lệ tuân thủ VST cao hơn so với các bác sỹ (87% so với 15%)^[6].

Trước tiếp xúc người bệnh và sau khi tiếp xúc người bệnh là thời điểm có tỷ lệ tuân thủ VST thường quy cao nhất (87,5%). Sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh người bệnh là thời điểm có tỷ lệ tuân thủ VST thường quy thấp nhất (76,9%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh tại bệnh viện E (2020) và nghiên cứu của bệnh viện Trung Vương (2016). Có kết quả này là do tỷ lệ tuân thủ VST toàn bệnh viện của Bệnh viện là 85,6%, cao hơn so với Bệnh

viện E (66,67%) và Bệnh viện Trung Vương (57,83%)^{[1], [5]}.

4.2. Tỷ suất sử dụng dung dịch VST tại các đơn vị nội trú

Tại các đơn vị nội trú đã sử dụng số lượng dung dịch VST với tỷ suất chung là 34,3 lít/1000 NB-ngày, đảm bảo quy định theo khuyến cáo của WHO (ít nhất 20 lít/1000 NB-ngày)^[8]. Tỷ suất này của Bệnh viện là cao hơn so với một số nghiên cứu. Nghiên cứu của Pro Didier Pittet MD năm 2000 cho kết quả, lượng dung dịch rửa tay sử dụng cho 1000 NB-ngày tăng từ 3,5 lít năm 1994 lên 15,4 lít năm 1997^[7]. Điều này có thể lý giải, nghiên cứu của Pro Didier Pittet MD đã diễn ra từ 1994 đến 1997 nên tỷ suất còn thấp. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ suất sử dụng số lượng dung dịch VST cao là do tỷ lệ tuân thủ VST cao (85,6%), đồng nghĩa với việc NVYT cần phải sử dụng lượng lớn dung dịch VST bởi số lượng bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện ngày càng đông. Đồng thời, với tiêu chuẩn chất lượng 5 sao, Bệnh viện luôn đầu tư, chú trọng đến sự an toàn người bệnh, coi việc tuân thủ VST là một trong những nhiệm vụ hàng đầu của NVYT. Vì vậy, cần sử dụng dung dịch nhiều hơn để đảm bảo đúng 5 thời điểm VST.

ICU có tỷ suất cao nhất (127,4 lít/1000 NB-ngày). Đây là khoa trọng điểm, bệnh nhân nặng, tần suất chăm sóc liên tục, vì vậy dung dịch VST được NVYT sử dụng nhiều nhất. Nhi có tỷ suất sử dụng thấp nhất và chưa đạt số lượng khuyến cáo (16,6 lít/1000 NB-ngày). Tuy nhiên tỷ lệ tuân thủ VST của khoa Nhi là đạt mục tiêu (88,6%), vì vậy lý giải điều này có thể do NVYT lấy chưa đủ lượng dung dịch VST mỗi lần VST, khoa Nhi tần suất chăm sóc NB ít hơn do có thân nhân chăm sóc liên tục nên cơ hội VST không nhiều. Ngoài ra, có thể có tình trạng

một số khoa lạm dụng lấy quá nhiều dung dịch VST hoặc sử dụng dung dịch VST cho mục đích khác gây lãng phí.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ tuân thủ VST thường quy chung của NVYT toàn Bệnh viện là 85,6%.

- Tỷ lệ tuân thủ VST thường quy cao nhất ở khoa NICU, Vật lý trị liệu, Khám bệnh và Ung bướu lần lượt là 92,6%; 92,4%; 90,8% và 90,5%. Cấp cứu, Hỗ trợ chăm sóc, Gây mê hồi sức và HK là các đơn vị có tỷ lệ tuân thủ VST thấp nhất, lần lượt là 67,3%; 74,9%; 77,5% và 79,2%.

- Nữ hộ sinh là đối tượng có tỷ lệ tuân thủ VST thường quy cao nhất chiếm 88,5%, tiếp đến là Kỹ thuật viên (88,0%) và Điều dưỡng (87,0%). Bác sỹ là đối tượng tuân thủ VST thấp nhất (66,7%).

- Thời điểm trước tiếp xúc người bệnh và sau khi tiếp xúc người bệnh có tỷ lệ tuân thủ VST thường quy cao nhất (87,5%). Sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh người bệnh là thời điểm có tỷ lệ tuân thủ VST thường quy thấp nhất (76,9%).

- Tỷ suất sử dụng dung dịch VST tại các đơn vị nội trú là 34,3 lít/1000 NB-ngày.

VI. KIẾN NGHỊ

- Tiếp tục duy trì và tổ chức tập huấn nâng cao kiến thức, thực hành VST cho mạng lưới KSNK, toàn bộ NVYT, đặc biệt là đối tượng nhóm đối tượng có tỷ lệ tuân thủ VST chưa cao: Bác sỹ, Hỗ trợ chăm sóc và HK.

- Tăng cường giám sát VST, lưu ý vấn đề sử dụng dung dịch VST phù hợp, đảm bảo lấy đủ lượng dung dịch (3-5ml/lần), tránh lấy quá ít không đủ tiêu diệt vi khuẩn, tránh lấy quá nhiều hoặc sử dụng không đúng mục đích gây lãng phí.

- Tăng cường đội ngũ mạng lưới KSNK giám sát chéo giữa các đơn vị trong Bệnh viện.

- Đề xuất gắn camera và giám sát qua camera tại khoa có tỷ lệ tuân thủ VST thấp nhất (Cấp cứu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Vân Anh**, Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay thường quy trong chăm sóc người bệnh của nhân viên y tế ở các khoa lâm sàng tại Bệnh viện E năm 2020, Khóa luận tốt nghiệp Đại học ngành Y Đa khoa Đại học Quốc gia Hà Nội trường Đại học Y Dược, 2021.
2. **Nguyễn Thị Bình và cộng sự**, Nhận thức và thái độ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế năm 2016, Tạp chí Y học thực hành 2016, số 11(1028), 2016, pp.31-33.
3. **Bộ Y tế**, Quyết định 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 về phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Bộ Y tế, 2017.
4. **Dương Văn Ghi**, Đánh giá kiến thức và sự tuân thủ vệ sinh tay của điều dưỡng tại Bệnh viện Quân y 121 năm 2018, Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 15(DB11), 2018, pp. 292-297.
5. **Hồ Thị Hoà**, Tỷ lệ tuân thủ rửa tay và tiêm an toàn của nhân viên y tế Bệnh viện Trung Vương năm 2016, Tạp chí Y học thực hành, (857(1), 2016, pp.61-63.
6. **Pamela A. Lipsett and Sandra M.Swoboda** (2004), "Hand-washing Compliance Depends on Professional Status", Surgical Infection, 2(3), pp.241-245.
7. **Pro Didier Pittet MD, et al** (2000), "Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene", the lancet, 356 (9238), pp.1307-1312.
8. **WHO**. hhsa-framework-october-2010.pdf. 2010.

VAI TRÒ CỦA GEN SCN1A TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH KHÁNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN TÂM ANH

Nguyễn Văn Liệu¹, Diêm Thị Huyền¹,
Nguyễn Thu Hà¹, Kiều Thị Hậu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gen SCN1A mã hóa cho tiểu đơn vị alpha 1 là một phần của kênh Natri (NaV1.1). Đột biến gen SCN1A gây thay đổi cấu trúc kênh Natri, liên quan đến động kinh kháng thuốc với phổ bệnh đa dạng, đặc biệt trong hội chứng Dravet gặp hơn 80% có đột biến gen SCN1A.¹ Với nhóm động kinh kháng thuốc có đột biến gen SCN1A có thêm gợi ý lựa chọn thuốc điều trị là acid valproic, levetiracetam, topiramate và tránh dùng phenytoin, carbamazepine, lamotrigine²⁻⁵.

Mục tiêu: Phân tích vai trò của gen SCN1A trong điều trị người bệnh động kinh kháng thuốc tại bệnh viện Tâm Anh.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang và theo dõi dọc được thực hiện trên 64 người bệnh động kinh kháng thuốc có đột biến gen SCN1A khám và điều trị tại Khoa Thần kinh và Đột quy - Bệnh viện Tâm Anh. Kỹ thuật real-time PCR Taqman LNA probe và kỹ thuật giải trình tự gen Sanger được sử dụng để phát hiện các đa hình rs3812718 (G>A; IVS5-91) và rs2298771 (G>A; p.Ala1067Thr) của gen SCN1A.

Kết quả: Trong quần thể nghiên cứu, tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 4,7 ± 4,5 tuổi và tỷ lệ nam/nữ là 1,2. Với đa hình

rs3812718 (G>A) của gen SCN1A, tỷ lệ kiểu gen AA đồng hợp tử là 83,9%, tỷ lệ kiểu gen GA dị hợp tử là 16,1%. Với đa hình rs2298771 (G>A) của gen SCN1A, tỷ lệ kiểu gen AA đồng hợp tử là 57,8%, tỷ lệ kiểu gen GA dị hợp tử là 42,2%. Theo gợi ý lựa chọn thuốc kháng động kinh là acid valproic, levetiracetam và topiramate khi phát hiện đột biến gen SCN1A, tỷ lệ đáp ứng với thuốc (giảm tần suất cơn giật ít nhất 50%) là 51,6%, tỷ lệ không đáp ứng là 18,8%, và nhóm không rõ đáp ứng là 29,7%.

Kết luận: Việc phát hiện đột biến gen SCN1A đem lại hiệu quả trong điều trị cho người bệnh động kinh kháng thuốc, với tỷ lệ đáp ứng với thuốc theo gợi ý lựa chọn thuốc chống động kinh là tương đối cao. Ngoài ra, còn nhiều yếu tố khác ảnh hưởng đến việc không đáp ứng với thuốc hoặc gây nên tình trạng động kinh kháng thuốc.

Từ khóa: Động kinh kháng thuốc, gen SCN1A.

SUMMARY

THE ROLE OF SCN1A GENE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DRUG-RESISTANT EPILEPSY AT TAM ANH HOSPITAL

Background: The SCN1A gene encodes the alpha 1 subunit of the sodium channel (NaV1.1). SCN1A gene mutations cause changes in sodium channel structure and are associated with drug-resistant epilepsy with a diverse spectrum of diseases, especially more than 80% of Dravet syndrome patients carry SCN1A gene mutations. For drug-resistant epilepsy groups with SCN1A gene mutations, there are suggestions to choose antiepileptic drugs such as valproic acid,

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Liệu

SĐT: 0913367330

Email: lieutk@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/7/2024

Ngày duyệt bài: 06/8/2024

levetiracetam, and topiramate and to avoid using phenytoin, carbamazepine, and lamotrigine.

Objectives: Analyze the role of SCN1A gene in the treatment of drug-resistant epilepsy at Tam Anh hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive and longitudinal follow-up study was conducted on 64 patients with drug-resistant epilepsy and SCN1A gene mutations who were examined and treated at the Department of Neurology and Stroke, Tam Anh Hospital. Real-time PCR TaqMan LNA probe technique and Sanger gene sequencing technique were used to detect rs3812718 (G>A; IVS5-91) and rs2298771 (G>A; p.Ala1067Thr) polymorphisms of the SCN1A gene.

Results: In the study population, the average age was $4,7 \pm 4.5$ years, and the male/female ratio was 1,2. For the rs3812718 (G>A) polymorphism of the SCN1A gene, the rate of the homozygous AA genotype was 83.9%, and the rate of the heterozygous GA genotype was 16.1%. For the rs2298771 (G>A) polymorphism of the SCN1A gene, the rate of the homozygous AA genotype was 57.8%, and the rate of the heterozygous GA genotype was 42.2%. According to suggestions for choosing antiepileptic drugs such as valproic acid, levetiracetam and topiramate when detecting SCN1A gene mutations, the drug response rate (reducing seizure frequency by at least 50%) was 51.6%, the drug non-response rate was 18.8%, and the drug unknown response group was 29.7%.

Conclusions: Detection of SCN1A gene mutations is effective in the treatment of patients with drug-resistant epilepsy, and the drug response rate according to the suggestions for choosing antiepileptic drugs was relatively high. Additionally, there are many other factors that affect the drug non-response rate and drug-resistant epilepsy.

Keywords: Drug-resistant epilepsy, SCN1A gene.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một trong những bệnh lý thần kinh khá thường gặp trên lâm sàng. Theo Hiệp hội Quốc tế Chống động kinh (ILAE), tỷ lệ hiện mắc động kinh dao động ở mức 0,5%⁶. Năm 2005, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính có khoảng 50 triệu người mắc bệnh động kinh trên toàn thế giới, trong đó hơn một nửa không được điều trị đầy đủ hoặc hoàn toàn không được điều trị⁷. Trong số những người bệnh mắc động kinh, có khoảng 1/3 trường hợp là động kinh kháng thuốc bao gồm các bất thường rõ ràng về cấu trúc não, ngoài ra động kinh kháng thuốc còn liên quan đến vai trò của một số đột biến gen. Điều đó đặt ra thách thức trong việc lựa chọn thuốc kháng động kinh để kiểm soát cơn. Việc xác định đột biến gen liên quan đến động kinh kháng thuốc mang lại gợi ý trong việc lựa chọn thuốc chống động kinh hiệu quả. Với gen SCN1A mã hóa cho tiểu đơn vị alpha 1 là một phần của kênh Natri (NaV1.1), đột biến gen SCN1A gây thay đổi cấu trúc kênh Natri, liên quan đến động kinh kháng thuốc với phổ bệnh đa dạng, đặc biệt trong hội chứng Dravet gặp hơn 80% có đột biến gen SCN1A¹. Với nhóm động kinh có đột biến gen SCN1A có thể dùng thuốc điều trị là acid valproic, levetiracetam, topiramate và tránh dùng phenytoin, carbamazepine, lamotrigine²⁻⁵. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu “Vai trò của gen SCN1A trong điều trị bệnh nhân động kinh kháng thuốc tại bệnh viện Tâm Anh” để từ đó đánh giá kết quả điều trị động kinh theo gợi ý lựa chọn thuốc khi phát hiện đột biến gen SCN1A và có thêm dữ liệu trong việc lựa chọn thuốc chống động kinh hiệu quả cho người bệnh động kinh kháng thuốc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 64 người bệnh động kinh kháng thuốc có đột biến gen SCN1A khám và điều trị tại Khoa Thần kinh và Đột quy - Bệnh viện Tâm Anh từ năm 2021 đến năm 2023.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Người bệnh được chẩn đoán động kinh kháng thuốc dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán động kinh kháng thuốc của Liên hội Quốc tế Chống động kinh.

+ Người bệnh được làm xét nghiệm gen phát hiện có đột biến gen SCN1A.

+ Người bệnh được điều trị thuốc kháng động kinh theo gợi ý lựa chọn thuốc kháng động kinh là acid valproic, levetiracetam, topiramate và tránh dùng phenytoin, carbamazepine, lamotrigine khi phát hiện đột biến gen SCN1A trong thời gian nghiên cứu từ năm 2021 đến năm 2023.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Người bệnh động kinh kháng thuốc sau chấn thương sọ não, đột quy, u não, phẫu

thuật não, nhiễm khuẩn nội sọ, dị dạng động tĩnh mạch não, ngạt sau sinh, bệnh lý nhiễm độc và rối loạn chuyển hóa.

+ Người bệnh không đủ xét nghiệm cần thiết cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và theo dõi dọc được thực hiện trên 64 người bệnh động kinh kháng thuốc có đột biến gen SCN1A khám và điều trị tại Khoa Thần kinh và Đột quy - Bệnh viện Tâm Anh từ năm 2021 đến năm 2023. Kỹ thuật real-time PCR Taqman LNA probe và kỹ thuật giải trình tự gen Sanger được sử dụng để phát hiện các đa hình rs3812718 (G>A; IVS5-91) và rs2298771 (G>A; p.Ala1067Thr) của gen SCN1A.

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu

Trực tiếp hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm cận lâm sàng, thu thập các thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu; xét nghiệm phân tích các đa hình rs3812718 và rs2298771 trên gen SCN1A.

Bảng 2.1. Thông tin của các đa hình được lựa chọn để sàng lọc gen

Gen	Đa hình	Nhiễm sắc thể	Vị trí trên gen	Hoạt động
SCN1A	rs3812718 (G>A)	2	Intron IVS5-91	Điểm cắt nối intron
	rs2298771 (G>A)	2	Exon c.3199	Ala1067Thr

Kỹ thuật sinh học phân tử xác định các đa hình rs3812718 và rs2298771: sử dụng kỹ thuật real-time PCR Taqman LNA probe và giải trình tự gen theo nguyên lý DNA Sanger sequencing.

Các trang thiết bị sử dụng trong nghiên cứu: Hệ thống trang thiết bị dùng trong sinh học phân tử: Bộ kit Qiamp DNA minikit (Qiagen, Đức), máy real-time PCR LightCycler 96 (Roche Diagnostics, Đức),

máy PCR (SimpliAmp – Thermo Scientific). Giải trình tự theo nguyên lý Sanger được thực hiện thông qua việc gửi dịch vụ giải trình tự gen tại hãng Macrogen (Hàn Quốc) và sử dụng các phần mềm online (SnapGene, ApE) để phân tích trình tự.

2.3. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi- Giới tính		Nam n=35 (54,7%)	Nữ n=29 (45,3%)	Chung n=64 (100%)
Tuổi trung bình (khoảng tuổi)		4,1 ± 4,2 (5 tháng – 20 tuổi)	5,5 ± 4,7 (7 tháng – 22 tuổi)	4,7 ± 4,5 (5 tháng – 22tuổi)
Phân bố theo nhóm tuổi	≤ 2	17 (26,6%)	9 (14,1%)	26 (40,6%)
	3 – 10	15 (23,4%)	16 (25,0%)	31 (48,4%)
	11 – 20	3 (4,7%)	3 (4,7%)	6 (9,4%)
	>20	0 (0%)	1 (1,6%)	1 (1,6%)

Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 64 người bệnh động kinh kháng thuốc. Tuổi trung bình là 4,7 ± 4,5 tuổi, tuổi nhỏ nhất của đối tượng nghiên cứu là 5 tháng tuổi có một người bệnh, tuổi lớn nhất là 22 tuổi có một người bệnh. Tuổi trung bình ở giới nam là 4,1 ± 4,2 thấp hơn tuổi trung bình ở

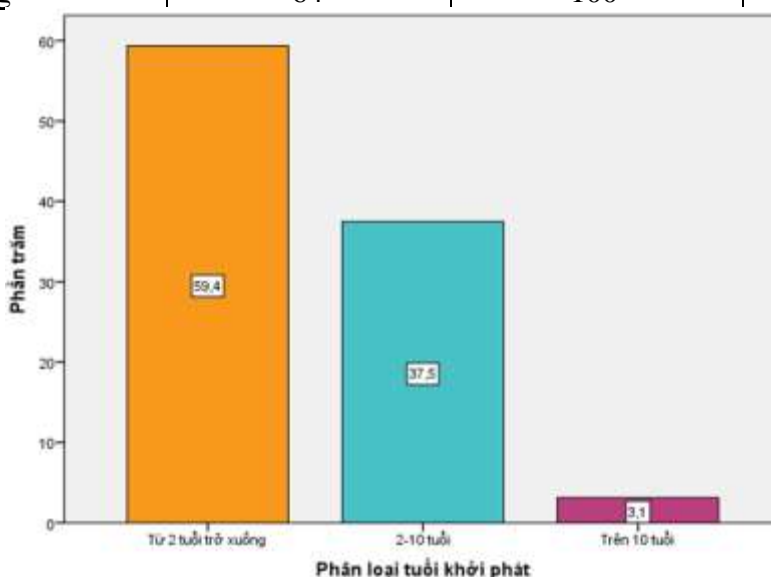
giới nữ 5,5 ± 4,7. Độ tuổi phổ biến là từ 10 tuổi trở xuống chiếm 89,1%. Tỷ lệ động kinh kháng thuốc ở nam và nữ là tương đương nhau với tỷ lệ nam/nữ là 1,2.

3.2. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Tuổi khởi phát động kinh

Bảng 3.2. Phân bố người bệnh theo tuổi khởi phát động kinh

Tuổi	Số người bệnh	Tỷ lệ %	p
Từ 2 tuổi trở xuống	38	59,4	0,000
2 – 10	24	37,5	
Trên 10 tuổi	2	3,1	
Tổng	64	100	



Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo tuổi khởi phát động kinh

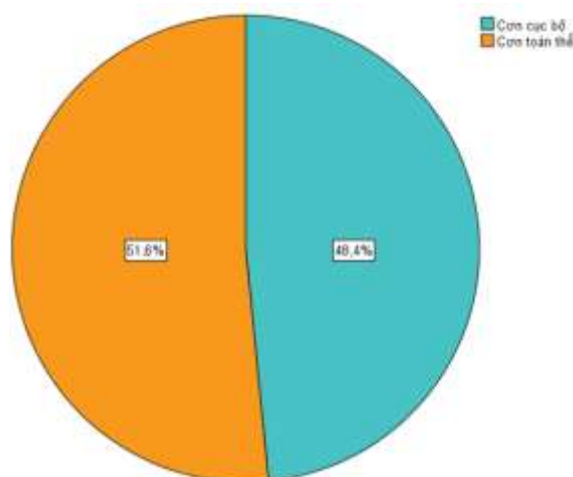
Nhận xét: Tuổi khởi phát động kinh trung bình trong nhóm nghiên cứu là $2,5 \pm 3,2$. Tuổi khởi phát động kinh sớm nhất là trong thời gian sơ sinh, tuổi khởi phát muộn nhất là 15 tuổi. Tuổi khởi phát bệnh động kinh ở nhóm tuổi từ 2 tuổi trở xuống chiếm

tỷ lệ cao nhất là 59,4%. Tuổi khởi phát bệnh động kinh ở nhóm trên 10 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3,1%.

3.2.2. Phân loại cơn động kinh (theo phân loại động kinh ILAE 1981)

Bảng 3.3. Phân loại cơn động kinh

Loại cơn động kinh		Số người bệnh	Tỷ lệ %
Cơn cục bộ	Đơn giản	8	12,5
	Phức tạp	2	3,1
	Toàn thể hóa	21	32,8
	Tổng số	31	48,4
Cơn toàn thể		33	51,6
Tổng		64	100



Biểu đồ 3.2. Phân loại cơn động kinh

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có cơn động kinh toàn thể là 51,6% cao hơn tỷ lệ cơn cục bộ là 48,4%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với mức ý nghĩa 95% ($p=0,803 > 0,05$). Trong nhóm cơn cục bộ, cơn cục bộ

toàn thể hóa chiếm tỷ lệ cao nhất 32,8%, cơn cục bộ phức tạp chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,1%.

3.3. Tỷ lệ các đa hình gen SCN1A ở người bệnh động kinh kháng thuốc

Bảng 3.4. Tỷ lệ các đa hình gen SCN1A ở người bệnh động kinh kháng thuốc

Đa hình gen SCN1A		Số người bệnh	Tỷ lệ %
rs3812718 (G>A)	AA	26	40,6
	GA	5	7,8
	GG	33	51,6

rs2298771 (G>A)	AA	36	56,3
	GA	27	42,2
	GG	1	1,6

Nhận xét: Kiểu gen AA + GA của đa hình rs3812718 trên gen SCN1A chiếm tỷ lệ là 48,4%, trong đó tỷ lệ kiểu gen AA đồng hợp tử là 40,6% cao hơn tỷ lệ kiểu gen GA dị hợp tử (7,8%). Kiểu gen AA + GA của đa hình rs2298771 trên gen SCN1A có tỷ lệ là 98,4%, trong đó tỷ lệ kiểu gen AA đồng hợp

tử là 56,3% cao hơn tỷ lệ kiểu gen GA dị hợp tử (42,2%). Tỷ lệ người bệnh mang cả hai đa hình rs3812718 (biến thể A) và rs2298771 (biến thể A) của gen SCN1A là 48,4%.

3.4. Kết quả điều trị thuốc chống động kinh theo gợi ý lựa chọn thuốc khi phát hiện đột biến gen SCN1A

Bảng 3.5. Kết quả điều trị thuốc chống động kinh

Kết quả điều trị	Số người bệnh	Tỷ lệ %
Đáp ứng	33	51,6
Không đáp ứng	12	18,8
Không rõ đáp ứng	19	29,7
Tổng	64	100

Nhận xét: Theo gợi ý lựa chọn thuốc kháng động kinh là acid valproic, levetiracetam, topiramate và tránh dùng phenytoin, carbamazepine, lamotrigine khi phát hiện đột biến gen SCN1A, tỷ lệ đáp ứng với thuốc (giảm tần suất cơn giật ít nhất 50%) là 51,6%, tỷ lệ không đáp ứng là 18,8%, và nhóm không rõ đáp ứng là 29,7%.

dùng phenytoin, carbamazepine, lamotrigine khi phát hiện đột biến gen SCN1A.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, quần thể người bệnh động kinh kháng thuốc có đột biến gen SCN1A có tuổi khởi phát động kinh trung bình là $2,5 \pm 3,2$ tuổi, tuổi khởi phát nhỏ nhất là trong thời gian sơ sinh, lớn nhất là 15 tuổi. Cả hai nhóm cơn động kinh cục bộ và cơn động kinh toàn thể đều được phân tích, trong đó tỷ lệ người bệnh có cơn động kinh toàn thể là 51,6% cao hơn tỷ lệ người bệnh có cơn cục bộ (48,4%).

IV. BÀN LUẬN

Trong quần thể nghiên cứu gồm 64 người bệnh động kinh kháng thuốc có đột biến gen SCN1A tại Khoa Thần kinh và Đột quy Bệnh viện đa khoa Tâm Anh, chúng tôi tiến hành phân tích một số đặc điểm lâm sàng, và đánh giá kết quả điều trị thuốc chống động kinh theo gợi ý lựa chọn thuốc điều trị là acid valproic, levetiracetam, topiramate và tránh

Gen SCN1A mã hóa kênh NaV1.1, kênh này biểu hiện chủ yếu ở thân neuron thuộc hệ (GABA)ergic, kiểm soát sự hưng phấn của tế bào thần kinh⁸. Các kênh NaV1.1 biểu lộ nhiều ở vỏ não, nhân đuôi, chất đen, thân não⁹. Hai đa hình chúng tôi tiến hành khảo sát là rs3812718 và rs2298771 của gen

SCN1A đều là sự thay thế của một nucleotide duy nhất, với vị trí nằm trên các đoạn intron và exon của nhiễm sắc thể số 2. Với mỗi đa hình có hai kiểu gen đồng hợp tử và dị hợp tử. Cả hai đa hình rs3812718 (biến thể A) và rs2298771 (biến thể A) của gen SCN1A đều có tỷ lệ kiểu gen đồng hợp tử AA lớn hơn tỷ lệ kiểu gen dị hợp tử GA. Tỷ lệ người bệnh xuất hiện cả hai đa hình rs3812718 (biến thể A) và rs2298771 (biến thể A) của gen SCN1A là 48,4%.

Từ các nghiên cứu đã có trước đó, người bệnh động kinh có đột biến gen SCN1A đáp ứng với thuốc kháng động kinh là acid valproic, levetiracetam, topiramate và tránh dùng phenytoin, carbamazepine, lamotrigine²⁻⁵. Người bệnh trong nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi được điều trị thuốc kháng động kinh theo gợi ý lựa chọn thuốc từ kết quả của các nghiên cứu đã có trước đó, cho thấy tỷ lệ đáp ứng với thuốc (giảm tần suất cơn giật ít nhất 50%) là 51,6%, tỷ lệ không đáp ứng là 18,8%, và nhóm không rõ đáp ứng là 29,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đáp ứng với thuốc theo gợi ý lựa chọn thuốc chống động kinh khi phát hiện đột biến gen SCN1A là tương đối cao, từ đó cho thấy vai trò của việc phát hiện đột biến gen SCN1A mang lại hiệu quả trong điều trị cho người bệnh động kinh kháng thuốc. Ngoài ra, còn nhiều yếu tố khác ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu có thể làm thay đổi tỷ lệ đáp ứng với thuốc kháng động kinh, nhóm không rõ đáp ứng với thuốc có thể do thời gian theo dõi điều trị không đủ dài hoặc người bệnh không tiếp tục theo dõi và điều trị theo phác đồ tại cơ sở của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 64 người bệnh động kinh kháng thuốc có đột biến gen SCN1A tại Khoa Thần kinh và Đột quy - Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh: Theo gợi ý lựa chọn thuốc kháng động kinh là acid valproic, levetiracetam, topiramate và tránh dùng phenytoin, carbamazepine, lamotrigine khi phát hiện đột biến gen SCN1A, tỷ lệ đáp ứng với thuốc (giảm tần suất cơn giật ít nhất 50%) là 51,6%, tỷ lệ không đáp ứng là 18,8%, và nhóm không rõ đáp ứng là 29,7%. Từ đó cho thấy việc phát hiện đột biến gen SCN1A đem lại hiệu quả trong điều trị cho người bệnh động kinh kháng thuốc, với tỷ lệ đáp ứng với thuốc theo gợi ý lựa chọn thuốc chống động kinh là tương đối cao. Ngoài ra, còn nhiều yếu tố khác ảnh hưởng đến việc không đáp ứng với thuốc hoặc gây nên tình trạng động kinh kháng thuốc.

VI. LỜI CẢM ƠN

Tập thể nghiên cứu cảm ơn sự hỗ trợ của các bác sĩ và điều dưỡng của Khoa Thần kinh và Đột quy - Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh trong việc thu thập các số liệu lâm sàng và mẫu máu, sự hỗ trợ kỹ thuật trong phân tích đa hình gen của các thành viên thuộc Trường Đại học Khoa học Tự nhiên - ĐHQG Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ding J, Li X, Tian H, et al. SCN1A Mutation-Beyond Dravet Syndrome: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Front Neurol.* 2021;12:743726. doi:10.3389/fneur.2021.743726.
2. Hirose S, Scheffer IE, Marini C, et al. SCN1A testing for epilepsy: application in

- clinical practice. *Epilepsia*. 2013;54(5):946-952. doi:10.1111/epi.12168.
3. **Poduri A.** When Should Genetic Testing Be Performed in Epilepsy Patients? *Epilepsy Curr*. 2017;17(1):16-22. doi:10.5698/1535-7511-17.1.16.
 4. **Shi L, Zhu M, Li H, et al.** SCN1A and SCN2A polymorphisms are associated with response to valproic acid in Chinese epilepsy patients. *Eur J Clin Pharmacol*. 2019;75(5):655-663. doi:10.1007/s00228-019-02633-0
 5. **Chiron C, Dulac O.** The pharmacologic treatment of Dravet syndrome. *Epilepsia*. 2011;52 Suppl 2:72-75. doi:10.1111/j.1528-1167.2011.03007.x.
 6. **Lê Quang Cường.** Động Kinh. Nhà xuất bản y học; 2005.
 7. **Global Campaign against Epilepsy, International Bureau of Epilepsy, International League against Epilepsy, eds.** Atlas: Epilepsy Care in the World. Programme for Neurological Diseases and Neuroscience, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization; 2005.
 8. **Yu FH, Catterall WA.** Overview of the voltage-gated sodium channel family. *Genome Biol*. 2003;4(3):207. doi:10.1186/gb-2003-4-3-207.
 9. **B G, Kj R, Z BA, Js T.** Type I and type II Na(+) channel alpha-subunit polypeptides exhibit distinct spatial and temporal patterning, and association with auxiliary subunits in rat brain. *The Journal of comparative neurology*. 1999;412(2). Accessed July 18, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10441760/>.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG TEO HỒNG TRÀNG Ở SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH TP HỒ CHÍ MINH: CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN, CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÀ THÁCH THỨC HIỆN TẠI

Nguyễn Đỗ Trọng¹, Nguyễn Thanh Sơn Vũ¹,
Trần Lâm Khoa¹, Cam Ngọc Phượng¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Nghiên cứu này trình bày một trường hợp điều trị thành công teo hồng tràng ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh. Mục tiêu là phân tích quy trình chẩn đoán tiền sản, xem xét các phương pháp điều trị hiện có và đánh giá các thách thức hiện tại trong quản lý tình trạng này.

Phương pháp: Phương pháp nghiên cứu bao gồm việc sử dụng siêu âm tiền sản kết hợp với các kỹ thuật hình ảnh học nâng cao như MRI để chẩn đoán teo ruột non sớm. Điều trị bao gồm phẫu thuật kịp thời, chăm sóc dinh dưỡng và hỗ trợ chức năng sinh lý nhằm giảm thiểu biến chứng và cải thiện tỷ lệ sống sót.

Kết quả: Bệnh nhi được phẫu thuật kịp thời và chăm sóc hậu phẫu bởi một đội ngũ chuyên khoa đa ngành, bao gồm bác sĩ ngoại nhi, bác sĩ dinh dưỡng và bác sĩ hồi sức sơ sinh. Kết quả cho thấy tỷ lệ sống sót cao và ít biến chứng.

Kết luận: Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của sự hợp tác đa ngành trong việc cải thiện kết quả lâm sàng cho trẻ sơ sinh mắc teo hồng tràng. Đồng thời, nghiên cứu cũng kêu gọi

tiếp tục nghiên cứu để phát triển các chiến lược can thiệp mới và hiệu quả hơn.

Từ khóa: Teo hồng tràng, chẩn đoán tiền sản, phẫu thuật sơ sinh, hỗ trợ dinh dưỡng, chăm sóc sơ sinh.

SUMMARY

REPORT A CASE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF NEONATE WITH JEJUNUM ATRESIA AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL, HO CHI MINH CITY: PRENATAL DIAGNOSIS, TREATMENT METHODS AND CURRENT CHALLENGES

Objective: This study presents a case of successful treatment of neonatal jejunal atresia at Tam Anh General Hospital Ho Chi Minh City. The aim is to analyze the prenatal diagnostic process, review current treatment methods, and assess current challenges in managing this condition.

Methods: The research method includes the use of prenatal ultrasound combined with advanced imaging techniques such as MRI to diagnose early jejunal atresia. Treatment involves timely surgery, nutritional care, and physiological support to minimize complications and improve survival rates.

Results: The neonate underwent timely surgery and postoperative care by a multidisciplinary team, including pediatric surgeons, nutritionists, and neonatologists. The

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đỗ Trọng

SĐT: 0989770234

Email: dotrong2002@yahoo.com

Ngày nhận bài: 28/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/7/2024

Ngày duyệt bài: 18/7/2024

results showed a high survival rate and minimal complications.

Conclusion: The study emphasizes the importance of multidisciplinary cooperation in improving clinical outcomes for neonates with jejunal atresia. It also calls for further research to develop new and more effective intervention strategies.

Keywords: Jejunal atresia, prenatal diagnosis, neonatal surgery, nutritional support, neonatal care.

I. GIỚI THIỆU

Teo hồng tràng ở trẻ sơ sinh là một tình trạng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng, đòi hỏi sự chẩn đoán sớm và can thiệp y tế chính xác để đảm bảo tỷ lệ sống sót cao và giảm thiểu biến chứng. Tình trạng này thường được phát hiện qua siêu âm tiền sản và cộng hưởng từ [1]. Bệnh nhân mắc teo hồng tràng thường cần được phẫu thuật ngay sau khi sinh để giải quyết tình trạng tắc nghẽn ruột và khôi phục chức năng tiêu hóa bình thường [2].

Một trong những thách thức lớn nhất trong việc quản lý teo hồng tràng là khả năng chẩn đoán chính xác trước sinh. Các dấu hiệu lâm sàng có thể không rõ ràng và dễ bị nhầm lẫn với các tình trạng khác. Việc sử dụng các phương pháp hình ảnh học hiện đại, như siêu âm và MRI, đã cải thiện đáng kể khả năng chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị trước sinh, tuy nhiên, vẫn còn nhiều khó khăn và hạn chế.

Bài viết này trình bày một trường hợp lâm sàng về điều trị thành công teo hồng tràng ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh, nhằm mục tiêu phân tích sâu về quy trình chẩn đoán tiền sản, xem xét các phương pháp điều trị hiện có, đánh giá các thách thức hiện tại trong việc quản lý tình trạng này. Nghiên cứu này cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của sự hợp

tác đa ngành trong việc cải thiện kết quả lâm sàng cho trẻ sơ sinh mắc teo ruột non [3].

II. TRÌNH BÀY CA BỆNH

Bệnh nhi nữ, 1 ngày tuổi siêu âm và chụp MRI tiền sản tại BV Tâm Anh TP HCM phát hiện xoắn ruột. Sản phụ trước đó đã thăm khám ở nhiều cơ sở y tế, có nơi đề nghị bỏ thai. Sau sanh trưởng bụng, ọc dịch xanh, không đi tiêu, suy hô hấp nặng phải đặt nội khí quản giúp thở.

X quang ngực bụng ghi nhận dẫn chương hơi các quai ruột non tập trung quanh rốn, không hơi tự do. Nghi tắc ruột.

Bệnh nhi được phẫu thuật cấp cứu vào giờ thứ 8 sau sinh. Trong mổ ghi nhận: teo ruột non 3 đoạn (type 4) đoạn ruột non hồng tràng trên dẫn to, xoắn hoại tử đoạn giữa, đoạn ruột non dưới thôn nhỏ, chân mạc treo còn, chênh lệch khẩu kính ruột trên dưới 4:1.

Xử trí: làm hậu môn tạm hồi tràng kiểu Santulli, cắt đoạn ruột non hoại tử ở giữa, sinh thiết đoạn hồi tràng dưới và khung đại tràng.

Trẻ được nuôi ăn tĩnh mạch toàn phần tại trung tâm hồi sức sơ sinh, cho tập ăn lại ngày thứ 4. Nhưng trẻ mất dịch và điện giải qua hậu môn tạm nhiều, có biểu hiện như hội chứng ruột ngắn. Hậu phẫu ngày 12 bệnh nhi được phẫu thuật đóng hậu môn tạm hồng tràng, đặt sonde nuôi ăn xuyên miệng nối ruột, kháng sinh tĩnh mạch. Trẻ được nuôi ăn tĩnh mạch toàn phần, sau đó nuôi ăn tĩnh mạch một phần kèm bơm Glucose 10% sau đó là sữa mẹ qua sonde hồng tràng. Theo dõi trẻ ăn tiêu, đi tiêu được. Tăng dần sữa qua sonde nuôi ăn hồng tràng kết hợp qua sonde dạ dày đến khi trẻ đủ nhu cầu. Khi đó ngưng việc nuôi ăn tĩnh mạch. Sau 2 tháng, trẻ ăn đường miệng hoàn toàn, tiêu phân vàng, cân nặng đúng chuẩn theo tuổi. Trẻ được rút sonde hồng tràng và xuất viện an toàn.

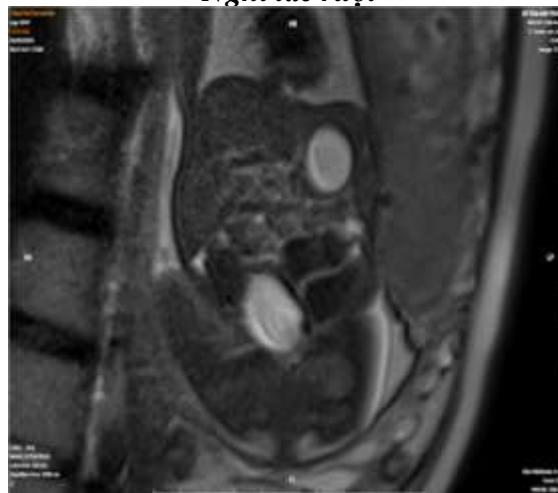
III. BÀN LUẬN

Chẩn đoán tiền sản teo hồng tràng được thực hiện bằng siêu âm và cộng hưởng từ (MRI). Siêu âm tiền sản giúp phát hiện các dấu hiệu của teo hồng tràng như giãn ruột non và đa ối, cung cấp cơ sở để tiến

hành các đánh giá chi tiết hơn bằng MRI [1]. Theo nghiên cứu của Smith (2020), việc sử dụng cộng hưởng từ trong chẩn đoán tiền sản giúp cải thiện độ chính xác của chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị trước sinh.



Hình 1: Xquang ngực bụng trước phẫu thuật: giãn nở các quai ruột non. Nghi tắc ruột



Hình 2: MRI thai nhi cho ghi nhận xoắn ruột gây dẫn hồi tràng và đại tràng, đại tràng sigma và trực tràng kích thước nhỏ



Hình 3: Ghi nhận trong phẫu thuật: teo ruột non 3 đoạn (type 4), chênh lệch khẩu kính ruột trên dưới 4:1



Hình 4: Phẫu thuật lần 2 đóng hậu môn tạm hồi tràng. Đặt ống nuôi ăn xuyên miệng nối

Các dấu hiệu teo hồng tràng trên siêu âm bao gồm: 1, Giãn ruột non: Đây là dấu hiệu chính của teo hồng tràng. Ruột non giãn có thể được nhìn thấy rõ ràng trên siêu âm, thường xuất hiện như các vòng ruột giãn lớn hơn bình thường. 2, Đa ối: tình trạng lượng nước ối nhiều hơn bình thường và thường đi kèm với các dị tật đường tiêu hóa như teo hồng tràng. Nguyên nhân là do thai nhi không thể nuốt và hấp thụ nước ối một cách bình thường. 3, Bong bóng đôi: Trong một

số trường hợp, hình ảnh của một bong bóng đôi có thể được quan sát, tuy nhiên, đây là dấu hiệu thường liên quan đến teo tá tràng hơn là teo hồng tràng. 4, Không thấy hoặc giảm kích thước dạ dày: Một số trường hợp có thể quan sát thấy dạ dày nhỏ hoặc không thấy dạ dày trên siêu âm, điều này có thể gợi ý tình trạng tắc nghẽn ở phần sau dạ dày [1], [6].

Cộng hưởng từ tiền sản là một công cụ bổ sung quan trọng giúp cung cấp hình ảnh chi tiết và chính xác hơn về cấu trúc giải

phẫu của thai nhi, đặc biệt hữu ích khi siêu âm không cung cấp đủ thông tin. Các dấu hiệu chính của teo hồng tràng trên MRI bao gồm: 1, Giãn ruột non rõ ràng: Giống như siêu âm, giãn ruột non cũng là một dấu hiệu chính trên MRI. Tuy nhiên, MRI cung cấp hình ảnh chi tiết hơn về mức độ và vị trí chính xác của sự giãn nở này. 2, Tình trạng ruột trước và sau chỗ tắc nghẽn: MRI có thể cho thấy rõ sự khác biệt giữa phần ruột bị giãn và phần ruột bình thường sau chỗ tắc nghẽn, giúp xác định vị trí tắc nghẽn cụ thể. 3, Đánh giá tổng thể các cơ quan khác: MRI cho phép đánh giá toàn diện hơn các cơ quan khác của thai nhi để phát hiện các dị tật liên quan hoặc các vấn đề khác có thể đi kèm. 4, Hình ảnh nước ối: MRI có thể cung cấp thông tin chi tiết về lượng nước ối, giúp xác định tình trạng đa ối một cách chính xác hơn [1].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính cho teo hồng tràng, với mục tiêu khôi phục sự lưu thông của đường tiêu hóa và ngăn ngừa các biến chứng như nhiễm trùng và suy dinh dưỡng. Quá trình phẫu thuật thường bao gồm việc cắt bỏ đoạn ruột bị teo và nối lại hai đầu ruột bình thường. Điều này giúp khôi phục sự lưu thông trong ruột, cho phép tiêu hóa và hấp thụ thức ăn diễn ra bình thường. Brown và Adams (2019) đã chỉ ra rằng phẫu thuật sớm kết hợp với chăm sóc dinh dưỡng chuyên sâu là yếu tố quyết định đến sự thành công của quá trình điều trị [2]. Họ nhấn mạnh rằng thời gian thực hiện phẫu thuật là rất quan trọng; phẫu thuật càng được thực hiện sớm sau khi sinh thì tỷ lệ sống sót và chất lượng cuộc sống của bệnh nhi càng cao. Điều này là do việc trì hoãn phẫu thuật có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như nhiễm trùng, suy dinh dưỡng và suy giảm chức năng ruột. Trong nghiên cứu này, bệnh nhi được phẫu thuật kịp thời và chăm

sóc hậu phẫu bởi một đội ngũ chuyên khoa đa ngành, bao gồm bác sĩ ngoại nhi, bác sĩ dinh dưỡng và bác sĩ hồi sức sơ sinh [7], [8], [9].

Chăm sóc dinh dưỡng chuyên sâu: Sau phẫu thuật, bệnh nhi cần được chăm sóc dinh dưỡng đặc biệt để đảm bảo sự phục hồi nhanh chóng và tránh tình trạng suy dinh dưỡng. Bác sĩ dinh dưỡng sẽ lập kế hoạch cung cấp dinh dưỡng đầy đủ và phù hợp với nhu cầu của trẻ, bao gồm dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch trong những ngày đầu sau phẫu thuật và chuyển dần sang dinh dưỡng qua đường miệng khi ruột bắt đầu hoạt động trở lại [4].

Chăm sóc hồi sức sơ sinh: Bác sĩ hồi sức sơ sinh đóng vai trò quan trọng trong việc quản lý các chức năng sống còn của trẻ trong suốt quá trình phẫu thuật và hậu phẫu. Việc duy trì các chức năng hô hấp, tuần hoàn và điều chỉnh cân bằng điện giải là rất quan trọng để đảm bảo sự phục hồi toàn diện của trẻ.

Sự phối hợp nhịp nhàng giữa các chuyên khoa này đã giúp tối ưu hóa quá trình điều trị và cải thiện đáng kể kết quả lâm sàng cho bệnh nhi. Nghiên cứu này cho thấy rằng việc điều trị teo hồng tràng không chỉ dựa vào kỹ thuật phẫu thuật mà còn phụ thuộc rất nhiều vào sự chăm sóc hậu phẫu chuyên nghiệp và toàn diện [3].

IV. THÁCH THỨC

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong việc chẩn đoán và điều trị teo hồng tràng, vẫn còn nhiều thách thức cần phải đối mặt trong quá trình quản lý tình trạng này. Một trong những thách thức lớn nhất là việc chẩn đoán trước sinh.

Chẩn đoán trước sinh: Chẩn đoán trước sinh của teo hồng tràng chủ yếu dựa vào siêu âm và cộng hưởng từ (MRI). Tuy nhiên, các kỹ thuật hình ảnh này không phải lúc nào

cũng đưa ra kết quả rõ ràng và có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Các dấu hiệu lâm sàng của teo hồng tràng có thể biến đổi và không đặc hiệu, làm cho việc chẩn đoán trở nên khó khăn hơn. Ví dụ, giãn ruột non có thể là dấu hiệu của nhiều tình trạng khác nhau, không chỉ riêng teo hồng tràng, và đa ối cũng có thể liên quan đến nhiều bất thường khác của thai nhi [5].

Lâm sàng biến đổi đa dạng: Các dấu hiệu lâm sàng của teo hồng tràng có thể biến đổi trong suốt thai kỳ, làm phức tạp quá trình chẩn đoán. Ví dụ, mức độ giãn của ruột non có thể thay đổi, và không phải lúc nào cũng rõ ràng trên hình ảnh siêu âm. Các yếu tố này đòi hỏi bác sĩ phải có kinh nghiệm và kiến thức sâu rộng để phân biệt giữa các tình trạng khác nhau và đưa ra chẩn đoán chính xác [13].

Kỹ thuật hình ảnh học: Mặc dù MRI có thể cung cấp hình ảnh chi tiết hơn về cấu trúc giải phẫu của thai nhi, nhưng việc sử dụng MRI tiền sản vẫn còn hạn chế ở nhiều cơ sở y tế do chi phí cao và yêu cầu kỹ thuật phức tạp. Hơn nữa, ngay cả khi sử dụng MRI, việc xác định chính xác vị trí và mức độ của teo hồng tràng vẫn có thể gặp khó khăn.

Vai trò của sự hợp tác đa ngành: Lee và Kim (2018) đã nhấn mạnh rằng sự hợp tác đa ngành là rất quan trọng trong việc quản lý teo hồng tràng. Điều này bao gồm sự phối hợp giữa các bác sĩ sản khoa, bác sĩ ngoại nhi, bác sĩ hình ảnh học và các chuyên gia dinh dưỡng. Sự hợp tác này giúp đảm bảo rằng mọi khía cạnh của chẩn đoán và điều trị được xem xét một cách toàn diện, từ việc chẩn đoán trước sinh, lập kế hoạch phẫu thuật, đến chăm sóc hậu phẫu và hỗ trợ dinh dưỡng [3].

Phát triển các phương pháp chẩn đoán mới: Cùng với sự hợp tác đa ngành, việc

phát triển các phương pháp chẩn đoán mới là rất cần thiết để cải thiện kết quả điều trị. Nghiên cứu và ứng dụng các công nghệ mới như siêu âm 3D/4D, kỹ thuật hình ảnh phân tử và các phương pháp sinh học phân tử có thể giúp cải thiện độ chính xác của chẩn đoán trước sinh và giúp xác định sớm các bất thường đường tiêu hóa.

Quản lý dinh dưỡng sau phẫu thuật:

Sau phẫu thuật, bệnh nhi cần được cung cấp dinh dưỡng đầy đủ và cân đối để hỗ trợ quá trình hồi phục và tăng cường sức đề kháng. Quản lý dinh dưỡng sau phẫu thuật bao gồm cả dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch và dinh dưỡng qua đường miệng. Giai đoạn đầu sau phẫu thuật, trẻ thường không thể tiêu hóa thức ăn qua đường miệng, do đó, dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch (TPN - Total Parenteral Nutrition) được sử dụng để đảm bảo cung cấp đủ các dưỡng chất cần thiết [10].

Sự phối hợp giữa các phương pháp hỗ trợ dinh dưỡng: Martinez và Wilson (2021) đã nghiên cứu và phát triển các chiến lược hỗ trợ dinh dưỡng sau phẫu thuật cho trẻ mắc teo hồng tràng [4]. Họ kết luận rằng sự phối hợp giữa các phương pháp hỗ trợ dinh dưỡng là cần thiết để đạt được hiệu quả tốt nhất. Các phương pháp này bao gồm: 1, Dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch: là phương pháp cung cấp dưỡng chất trực tiếp vào hệ tuần hoàn của trẻ, bao gồm các loại dưỡng chất cần thiết như protein, carbohydrate, chất béo, vitamin và khoáng chất. TPN giúp duy trì tình trạng dinh dưỡng của trẻ trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật khi chức năng ruột chưa được khôi phục hoàn toàn. 2, Dinh dưỡng qua đường miệng hoặc ống thông dạ dày: Khi chức năng tiêu hóa của ruột bắt đầu hồi phục, dinh dưỡng qua đường miệng hoặc qua ống thông dạ dày được giới thiệu dần dần. Việc này giúp kích thích chức năng tiêu hóa

của ruột và chuẩn bị cho quá trình nuôi ăn hoàn toàn qua đường miệng. 3, Theo dõi và điều chỉnh dinh dưỡng: Bác sĩ dinh dưỡng sẽ theo dõi sát sao tình trạng dinh dưỡng của trẻ, bao gồm cân nặng, chiều cao và các chỉ số sinh hóa để điều chỉnh kế hoạch dinh dưỡng phù hợp. Điều này đảm bảo rằng trẻ nhận đủ các dưỡng chất cần thiết để phát triển và hồi phục.

Chăm sóc toàn diện: Việc quản lý dinh dưỡng cần được kết hợp với chăm sóc toàn diện, bao gồm hỗ trợ tâm lý, theo dõi y tế và phục hồi chức năng. Sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên gia y tế, bao gồm bác sĩ ngoại nhi, bác sĩ dinh dưỡng, bác sĩ hồi sức và điều dưỡng, giúp đảm bảo rằng mọi khía cạnh của chăm sóc bệnh nhi đều được quan tâm [12].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này trình bày một trường hợp thành công trong việc điều trị teo hồng tràng ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh. Qua việc chẩn đoán và điều trị kịp thời, cùng với sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên gia y tế, bệnh nhi đã hồi phục tốt và đạt được kết quả lâm sàng khả quan.

Teo hồng tràng là một tình trạng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng, đòi hỏi phải có sự chẩn đoán sớm và can thiệp y tế chính xác. Siêu âm và cộng hưởng từ (MRI) tiền sản đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện và chẩn đoán trước sinh, giúp lập kế hoạch điều trị hiệu quả. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu, với mục tiêu khôi phục sự lưu thông của đường tiêu hóa và ngăn ngừa các biến chứng nguy hiểm.

Chăm sóc dinh dưỡng sau phẫu thuật là một yếu tố then chốt, quyết định đến sự

thành công của quá trình điều trị. Sự phối hợp giữa dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch và dinh dưỡng qua đường miệng, cùng với theo dõi sát sao và điều chỉnh kế hoạch dinh dưỡng, đã giúp cải thiện tỷ lệ sống sót và chất lượng cuộc sống của bệnh nhi.

Hợp tác đa ngành giữa các bác sĩ sản khoa, bác sĩ ngoại nhi, bác sĩ dinh dưỡng và bác sĩ hồi sức sơ sinh là rất quan trọng trong việc quản lý teo hồng tràng. Việc phát triển các phương pháp chẩn đoán mới và nâng cao kỹ năng lâm sàng của các chuyên gia y tế sẽ góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và kết quả điều trị.

Nghiên cứu này khẳng định tầm quan trọng của chẩn đoán sớm, can thiệp phẫu thuật kịp thời và chăm sóc dinh dưỡng toàn diện trong việc điều trị teo hồng tràng. Đồng thời, nghiên cứu cũng kêu gọi tiếp tục nghiên cứu và phát triển các chiến lược mới để cải thiện hơn nữa kết quả lâm sàng cho các bệnh nhi mắc tình trạng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Smith J.** The impact of prenatal imaging on the diagnosis and management of jejunal atresia. *J Med Imaging.* 2020;34(2):123-134.
2. **Brown L, Adams H.** Advances in the surgical treatment of neonatal jejunal atresia. *Pediatr Surg Int.* 2019;35(4):567-574.
3. **Lee J, Kim H.** Multidisciplinary approach to the management of neonatal intestinal atresia. *Clin Neonatol.* 2018;10(3):233-240.
4. **Martinez A, Wilson D.** Nutritional support strategies in the postoperative care of infants with intestinal atresia. *J Clin Nutr.* 2021;14(2):78-85.
5. **Virgon C, D'Antonio F, Khalil A, Jonh R, Manzoli L, Giuliani S.** Accuracy of prenatal ultrasound in detecting jejunal and ileal

- atresia: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015;45:523-9.
6. **Chen D, Tam KH, Zhang Y, Xiao S, Yang C, Tang X.** Prenatal diagnosis of midgut volvulus with jejunal atresia by ultrasonography. *J Obstet Gynaecol Res.* 2020;46(7):1203–6.
 7. **Dewberry LC, Hilton SA, Vuille-Dit-Bille RN, Liechty KW.** Is tapering enteroplasty an alternative to resection of dilated bowel in small intestinal atresia? *J Surg Res.* 2020;246:1-5.
 8. **Batra A, Keys SC, Johnson MJ, et al.** Role of Bishop–Koop procedure for jejunal and proximal ileal atresia. *J Neonatal Surg.* 2020;8(4):31.
 9. **Zvizdic Z, Popovic N, Milisic E, Mesic A, Vranic S.** Apple-peel jejunal atresia associated with multiple ileal atresias: case report and literature review. *J Pediatr Surg.* 2019;54(5):1154-8.
 10. **Touloukian RJ.** Diagnosis and treatment of jejunoileal atresia. *World J Surg.* 1993;17: 310-7.
 11. **Pandey A, Singh G, Shandilya G, et al.** Epidemiology, management and outcome of ultrashort bowel syndrome in infancy. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2017; 102(6):F551-6.
 12. **Squires RH, Duggan C, Teitelbaum DH, et al.** Natural history of pediatric intestinal failure: Initial report from the Pediatric Intestinal Failure Consortium. *J Pediatr.* 2012;161:723-8.
 13. **Touloukian RJ, Markowitz RI, Johnson DG.** Pathogenesis of jejunoileal atresia and stenosis: the role of mesenteric vascular interruption. *J Pediatr Surg.* 1972;7(2):109-12.

KẾT QUẢ SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT MỘT LỖ FREE – HAND QUA TẦNG SINH MÔN DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Lê Văn Khánh¹, Nguyễn Xuân Hiền¹, Đào Văn Lý¹,
Đặng Khánh Huyền¹, Hoàng Nguyễn Tài¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Nghiên cứu của chúng tôi mục đích để đánh giá kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt (TTL) một lỗ tự do qua tầng sinh môn dưới hướng dẫn siêu âm.

Phương pháp: Nghiên cứu thực hiện trên 24 bệnh nhân (BN) được sinh thiết TTL một lỗ tự do qua tầng sinh môn dưới hướng dẫn siêu âm tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp - Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ 10/2021 đến hết 02/2024.

Kết quả: 15 BN trong nghiên cứu có kết quả mô bệnh học là ung thư TTL (chiếm 62,5%) với trung bình số mẫu sinh thiết có mô ung thư là 9,1/12 mẫu sinh thiết, tỷ lệ lõi dương tính là 75,6% ở các BN ung thư. Điểm đau VAS trung bình ở các BN trong nghiên cứu là 2,9, trong đó VAS 3 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất (50%). Sau sinh thiết, có 20,8% BN bị chảy máu niệu đạo và không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng sau sinh thiết.

Kết luận: Sinh thiết tuyến tiền liệt một lỗ Free- hand qua tầng sinh môn có giá trị cao và an toàn trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt.

Từ khoá: sinh thiết, tuyến tiền liệt, tầng sinh môn, free hand.

SUMMARY

RESULTS OF FREEHAND ULTRASOUND-GUIDED TRANSPERINEAL PROSTATE BIOPSY AT TAM ANH HOSPITAL

Objective: Our study aimed to evaluate the results of transperineal prostate biopsy under ultrasound guidance.

Method: This retrospective study was conducted on 24 patients (BN) who underwent transperineal prostate biopsy under ultrasound guidance at the Center for Diagnostic Imaging and Interventional Radiology - Tam Anh General Hospital, Hanoi from October 2021 to February 2024.

Results: 15/24 patients were diagnosed with prostate cancer (accounting for 62.5%) with an average number of biopsy samples with cancer tissue of 9.1 out of 12 biopsy samples, the rate of positive cores was 75.6% in cancer patients. The average VAS pain score in the patients in the study was 2.9, of which VAS 3 points accounted for the highest incidence (50%). After biopsy, 20.8% of patients had urethral bleeding and no patient had post-biopsy infection.

Conclusion: Free-hand transperineal prostate biopsy is highly valuable and safe in the diagnosis of prostate cancer.

Keywords: biopsy, prostate, perineum, free-hand.

¹Trung tâm CDHA & ĐQCT Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Khánh

SĐT: 0971716889

Email: drhuykhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 24/7/2024

Ngày duyệt bài: 12/8/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh thiết tuyến tiền liệt (TTL) là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán ung thư TTL [1], [2]. Sinh thiết TTL qua trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp truyền thống hiện đang được áp dụng rộng rãi, với 12 mẫu bệnh phẩm được lấy bởi kim sinh thiết xuyên qua thành trực tràng để tiếp cận TTL [1]. Tuy nhiên, sinh thiết TTL qua trực tràng có nguy cơ nhiễm trùng do vi khuẩn ở phân, với tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng đang tăng lên khoảng 2-4% trong những năm gần đây, đặc biệt là tỉ lệ nhiễm trùng huyết do vi khuẩn đa kháng thuốc với β -lactamase phổ rộng và vi khuẩn kháng Quinolone. Nguy cơ nhiễm trùng tăng đáng kể ở những nam giới có yếu tố nguy cơ như suy giảm miễn dịch, đái tháo đường typ 2, COPD, không tuân thủ điều trị kháng sinh dự phòng theo hướng dẫn, điều trị kháng sinh trong 6 tháng trước đó và có tiền sử viêm TTL [3].

Sinh thiết TTL qua đường tầng sinh môn là phương pháp có kỹ thuật khó hơn nhưng được chứng minh là làm giảm tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng với độ chính xác tương đương sinh thiết qua trực tràng. Một nghiên cứu tổng hợp được thực hiện vào năm 2019 cho thấy không có sự khác biệt về độ chính xác chẩn đoán giữa hai phương pháp sinh thiết TTL qua đường trực tràng và qua đường tầng sinh môn, đồng thời cho thấy khả năng đáng kể tránh giảm các biến chứng chảy máu trực tràng và sốt ở những trường hợp sinh thiết TTL qua tầng sinh môn [1]. Nghiên cứu của Szabo năm 2021 trên 7000 mẫu sinh thiết qua đường tầng sinh môn, kết quả cho thấy không có trường hợp nào bị nhiễm trùng [4]. Ngoài ra, phương pháp sinh thiết qua đường tầng sinh môn được cho là có ưu thế hơn hẳn so với qua đường trực tràng ở những

bệnh nhân có tổn thương ở vùng phía trước của TTL.

Hiệp hội tiết niệu Châu Âu đã nhấn mạnh đưa phương pháp sinh thiết TTL qua tầng sinh môn vào trong hướng dẫn sinh thiết và ưu tiên hơn so với phương pháp sinh thiết TTL qua trực tràng truyền thống bởi độ nhạy tốt và giúp giảm nguy cơ nhiễm trùng. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên để đánh giá về kỹ thuật và mức độ an toàn khi thực hiện tại Bệnh viện Tâm Anh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 24 BN được sinh thiết TTL một lỗ free - hand qua tầng sinh môn dưới hướng dẫn siêu âm tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp - Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ 10/2021 đến hết 02/2024. Nghiên cứu hồi cứu này đã được Hội đồng đạo đức y khoa Bệnh viện đa khoa Tâm Anh phê duyệt và các BN trong nghiên cứu tự nguyện đồng ý tham gia. Tiêu chuẩn lựa chọn BN sinh thiết là BN có 1 trong những dấu hiệu sau: có PSA (Prostate-Specific Antigen) toàn phần > 10 ng/ml (loại trừ nguyên nhân xuất tinh, làm các thủ thuật như nội soi bàng quang, đặt thông niệu đạo bàng quang, thăm trực tràng trước đó, nhiễm trùng tiết niệu...), PSA toàn phần từ 4-10 ng/ml nhưng tỉ lệ PSA tự do/PSA toàn phần <20%, cộng hưởng từ (CHT) nghi ngờ UTTL (các nốt được xếp loại từ Pirads 4 trở lên - Prostate Imaging – Reporting and Data System bản 2.1), hoặc BN có nghi ngờ UTTL đã sinh thiết TTL qua đường trực tràng thất bại. Trước khi sinh thiết, tất cả BN được chụp CHT TTL có tiêm thuốc đối quang từ (máy Magnetom Amira 1.5T). Hình ảnh được đánh giá lại bởi một bác sĩ chẩn đoán hình ảnh với 10 năm kinh nghiệm, cũng là bác sĩ sẽ thực hiện sinh thiết cho BN. Tổn thương trên CHT được phân loại

mức độ nghi ngờ ác tính dựa trên hệ thống phân loại PIRADS phiên bản 2.1 (năm 2019).

Số liệu thống kê được lưu trữ trong máy tính dưới dạng bảng Excel trong phần mềm Microsoft Office Excel 2010 sau khi kiểm tra không có sai sót và được xử lý bằng phần mềm SPSS (Statistical Package for the Social sciences) 20.0 (IBM Corp, Armonk, New York). Trong nghiên cứu, các biến số định lượng được mô tả dưới dạng chỉ số trung bình, độ lệch chuẩn; các biến định tính được mô tả bằng phần trăm, số lượng.

Quy trình thủ thuật sinh thiết

Tất cả BN nhịn ăn trong 6 giờ, dùng kháng sinh dự phòng đường uống từ một ngày trước khi sinh thiết đến 5 ngày sau sinh thiết (thường dùng Ciprofloxacin 500mg). Trong quá trình sinh thiết, BN ở tư thế nằm nghiêng sang bên trái, gối co vào bụng, căng chân vuông góc với đùi. Bác sĩ sát trùng tầng sinh môn của BN với Betadine, trải khăn lỗ vô trùng chỉ bộc lộ tầng sinh môn và hậu môn, siêu âm bằng đầu dò trực tràng xác

định vị trí sinh thiết tương ứng với vị trí được phát hiện trên CHT. Tiến hành gây tê tại vị trí đáy chậu khoảng 5–10 ml lidocain 2%, tiêm nhiều lần dọc theo đường sinh thiết cho đến khi BN không kêu đau nữa. Gây tê sâu các lớp vùng đáy chậu và quanh TTL hoặc có thể tiến hành gây mê. Dùng kim sinh thiết qua đáy chậu vào TTL và tiến hành lấy bệnh phẩm, số lượng 12 mẫu tùy thuộc vào tổn thương và kích thước tuyến. Sau sinh thiết, rút kim sinh thiết và ép vào vị trí chọc để cầm máu, theo dõi biến chứng nếu có.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 24 BN (tuổi trung bình $68,6 \pm 7,9$) đã có kết quả mô bệnh học gồm 15 BN ung thư TTL (62,5%), 7 BN phì đại TTL lành tính và 2 BN viêm TTL. Trong 15 BN ung thư TTL, trung bình số mẫu sinh thiết có mô ung thư là 9,1 mẫu trên 12 mẫu sinh thiết.

Bảng 1: Đặc điểm chung của BN trong nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm ung thư (n=15)	Nhóm không ung thư (n=9)	Giá trị p
Tuổi	$71,7 \pm 7,7$	$63,3 \pm 5,3$	0,01*
PSA toàn phần	$102,1 \pm 195,1$	$17,1 \pm 17,2$	0,017*
PSA tự do	$9,6 \pm 14,4$	$1,7 \pm 0,7$	0,013*
PSA tự do/ toàn phần	$0,13 \pm 0,06$	$0,13 \pm 0,05$	0,7
Tỷ trọng PSA	$0,97 \pm 0,74$	$0,36 \pm 0,39$	0,03*
Thể tích TTL	$52 \pm 19,8$	$57,2 \pm 25,4$	0,57
PIRADS	2	0	1
	3	0	4
	4	2	4
	5	13	0

(* sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%, kiểm định Mann-Whitney U)

Nhận xét:

Tuổi, PSA toàn phần, PSA tự do, tỷ trọng PSA của nhóm ung thư cao hơn nhóm không ung thư, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với

độ tin cậy 95% (kiểm định Mann-Whitney U). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ PSA tự do/ toàn phần, thể tích TTL giữa hai nhóm nghiên cứu.

Trên hình ảnh cộng hưởng từ TTL, chúng tôi có 1 BN được đánh giá PIRADS 2 và 4 BN được đánh giá PIRADS 3, đều có kết quả mô bệnh học thuộc nhóm không ung thư. Trong nhóm BN được đánh giá PIRADS 4,

ung thư chiếm 33,3% và nhóm không ung thư chiếm 66,7%. Tất cả BN PIRADS 5 trong nghiên cứu (54,2%) đều có kết quả mô bệnh học là ung thư.

Bảng 2: Đặc điểm mẫu sinh thiết và điểm Gleason của nhóm ung thư

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số mẫu sinh thiết có mô ung thư	4/12	2	13,3
	5/12	1	6,7
	7/12	1	6,7
	8/12	3	20
	9/12	1	6,7
	11/12	1	6,7
	12/12	6	40
Điểm Gleason	6	1	6,7
	7	5	33,3
	8	3	20
	9	6	40

Nhận xét: BN có mô ung thư ở 12/12 lõi bệnh phẩm chiếm tỷ lệ cao nhất (40%), 8/12 lõi chiếm tỷ lệ cao thứ hai (20%). Tỷ lệ lõi dương tính là 75,6% ở các BN ung thư. BN có điểm Gleason 9 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất (40%), 7 điểm chiếm tỷ lệ cao thứ 2 (33,3%), tiếp theo là 8 điểm (20%) và 6 điểm (6,7%).

Bảng 3: Điểm đau và biến chứng sau sinh thiết

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Điểm đau	1	2	8,3
	2	5	20,8
	3	12	50
	4	4	16,7
	5	1	4,2
Biến chứng	Chảy máu niệu đạo	5	20,8
	Nhiễm trùng	0	0

Nhận xét: Điểm đau VAS trung bình ở các BN trong nghiên cứu là 2,9, trong đó VAS 3 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất (50%). Chúng tôi có 5/24 (20,8%) BN bị chảy máu niệu đạo sau sinh thiết. Không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng sau sinh thiết.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là $68,6 \pm 7,9$ tương tự như

nhiều nghiên cứu trên thế giới. Trong đó, tuổi trung bình của nhóm ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhóm không ung

thư, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%. Giá trị trung bình của PSA toàn phần, PSA tự do, tỷ trọng PSA của nhóm ung thư lần lượt là $102,1 \pm 195,1$; $9,6 \pm 14,4$ và $0,97 \pm 0,74$; của nhóm không ung thư lần lượt là $17,1 \pm 17,2$; $1,7 \pm 0,7$ và $0,36 \pm 0,39$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%. Một số nghiên cứu cũng cho rằng tỷ trọng PSA có giá trị dự đoán tốt hơn PSA đơn thuần trong chẩn đoán ung thư TTL, đặc biệt ở những BN có PSA toàn phần thấp [5]. Nghiên cứu của tác giả Yoshinori Yanai và cộng sự [5] trên 241 BN đã đưa ra giá trị ngưỡng tỷ trọng PSA trong chẩn đoán ung thư TTL là $0,2\text{ng/ml/ml}$ (độ nhạy 63%, độ đặc hiệu 71%), khuyến nghị nên phối hợp tỷ trọng PSA và hình ảnh CHT để cân nhắc sinh thiết TTL đối với những BN có PSA $<20\text{ng/ml}$. Nghiên cứu của tác giả Florian [6] báo cáo rằng phối hợp tỷ trọng PSA và phân loại PIRADS giúp tăng giá trị dự đoán âm tính của CHT. Hệ thống phân loại PIRADS mới nhất phiên bản 2.1 đánh giá hình ảnh tổn thương TTL trên các chuỗi T2W, DWI kết hợp với chuỗi xung T1W sau tiêm thuốc đối quang từ, phân loại PIRADS từ 1 đến 5. Tổn thương TTL phân loại PIRADS 4 và 5 có nguy cơ ung thư lần lượt là cao và rất cao [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các BN ung thư được phân loại PIRADS 4-5, BN không ung thư được phân loại PIRADS 2-4. Tất cả BN PIRADS 5 trong nghiên cứu (54,2%) đều có kết quả mô bệnh học là ung thư.

Sinh thiết TTL không những giúp xác định đặc điểm mô học của tổn thương, mà còn cho phép phân độ thống nhất cho khối u. Tỷ lệ phát hiện ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi là 62,5%, tỷ lệ BN có mô ung thư

ở 12/12 lõi bệnh phẩm chiếm tỷ lệ cao nhất 40%, tỷ lệ lõi dương tính là 75,6% ở các BN ung thư. Một phân tích tổng hợp lớn năm 2006 của tác giả Klaus Eichler và cộng sự [2] trên 20.698 BN đã kết luận rằng tỷ lệ phát hiện ung thư tăng lên khi lấy tới 12 lõi, việc lấy nhiều mẫu hơn không những không làm tăng khả năng phát hiện ung thư hơn đáng kể mà còn có nguy cơ làm tăng các tác dụng phụ liên quan đến sinh thiết như tiểu máu, xuất tinh ra máu và chảy máu trực tràng. Hệ thống thang điểm Gleason, dựa trên các đặc điểm mô bệnh học khác nhau, đặc biệt là mức độ biệt hóa của tuyến và mô hình phát triển của mô đệm. Hệ thống thang điểm Gleason vẫn là một trong những yếu tố tiên lượng mạnh nhất khi đánh giá khả năng di căn của ung thư biểu mô TTL, quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị và theo dõi sau điều trị. Do đó, chẩn đoán mô bệnh học trước điều trị thông qua sinh thiết TTL vẫn là một bước quan trọng trong quá trình chẩn đoán cho những BN nghi ngờ mắc ung thư tuyến tiền liệt. Tỷ lệ phần trăm của mẫu 4 trong ung thư Gleason 3 + 4, cũng như sự hiện diện của mẫu cribriform, được biết đến là chỉ số tiên lượng kém.

Phương pháp sinh thiết TTL qua tầng sinh môn có thể thực hiện được cho BN ngoại trú dưới gây tê cục bộ. Thuốc tê được tiêm vào da đáy chậu ngay phía trước hậu môn, sau đó tiêm vào khoang quanh TTL để gây tê quanh TTL kèm theo gel lidocain được đưa vào trực tràng. Nghiên cứu của tác giả Stefanova và cộng sự [7] trên 1287 BN sinh thiết TTL qua tầng sinh môn tự do với gây tê cục bộ, điểm đau VAS đã được thu thập ở 511 BN trong suốt quá trình sinh thiết.

Nghiên cứu này báo cáo sinh thiết dưới gây tê cục bộ không thất bại ở bất kỳ BN nào do đau, điểm đau VAS trung bình là 3,1 khi gây tê da, 3,0 khi gây tê quanh TTL, 2,5 khi sinh thiết và 2,4 khi đưa đầu dò siêu âm vào. Nghiên cứu năm 2020 của tác giả Szabo và cộng sự [4] trên 11.999 BN sinh thiết TTL dưới gây tê cục bộ qua đường tầng sinh môn đã báo cáo tỷ lệ phát hiện ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng là 45,5%, điểm đau VAS trung bình là 3,17, tỷ lệ nhiễm trùng huyết và bí tiểu cấp tính là 0% và 2,1%. Điểm VAS trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,9, tương đương với kết quả của các nghiên cứu trên. Kết quả của những nghiên cứu này hiện ủng hộ quan điểm rằng sinh thiết qua tầng sinh môn dưới gây tê cục bộ có thể được áp dụng trong môi trường ngoại trú [4], [7].

Một số nghiên cứu đã được thực hiện để so sánh tỷ lệ phát hiện và biến chứng của phương pháp sinh thiết TTL qua trực tràng và qua tầng sinh môn, cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về cả tỷ lệ phát hiện ung thư giữa hai phương pháp này, trong khi tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng của phương pháp sinh thiết qua tầng sinh môn giảm đáng kể. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ phát hiện ung thư là 62,5%, tỷ lệ bị chảy máu niệu đạo sau sinh thiết chiếm 20,8% và không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng sau sinh thiết. Triệu chứng chảy máu niệu đạo sau sinh thiết chỉ diễn ra trong vài ngày và không cần phải nhập viện điều trị. Nguy cơ biến chứng nhiễm trùng sau sinh thiết qua trực tràng bao gồm nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm tuyến tiền liệt, nhiễm trùng huyết, lây lan hệ vi khuẩn trực tràng. Nghiên cứu của Alex Carignan và cộng sự [3] ở Canada năm 2012 trên 5798

nam giới sinh thiết TTL qua đường trực tràng, báo cáo từ năm 2010-2011 nguy cơ nhiễm trùng tăng gấp 4 lần so với năm 2002-2009 và trong 42 trường hợp bị nhiễm trùng tiết niệu sau sinh thiết TTL qua trực tràng thì *Escherichia coli* là mầm bệnh chiếm ưu thế (75%), có tới 52% trường hợp bị nhiễm vi khuẩn kháng Ciprofloxacin. Vì vậy, nhiều chuyên gia hiện nay ủng hộ việc áp dụng sinh thiết qua tầng sinh môn vì giúp giảm nguy cơ nhiễm trùng.

Ngoài ra, phương pháp tiếp cận qua tầng sinh môn cũng dễ dàng lấy mẫu sinh thiết TTL ở phía trước và đỉnh, trong khi ung thư ở những vùng này dễ bị bỏ sót khi sinh thiết qua trực tràng và không thể sờ thấy qua thăm khám trực tràng thông thường. Nghiên cứu của tác giả Veselina Stefanova và cộng sự [7] trên 1287 nam giới được sinh thiết TTL qua tầng sinh môn tự do năm 2019, báo cáo tỷ lệ phát hiện ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng chiếm 29,9% và tỷ lệ BN chỉ có tổn thương vùng trước TTL chiếm 9,2%, có thể bị bỏ sót khi sử dụng sinh thiết qua trực tràng tiêu chuẩn. Sinh thiết TTL qua tầng sinh môn thực hiện được ở cả những bệnh nhân không có hậu môn, ví dụ sau phẫu thuật ung thư trực tràng [8]. Nghiên cứu của tác giả Byung Kwan Park và cộng sự [8] năm 2023, thực hiện sinh thiết TTL qua tầng sinh môn trên 9 BN nam đã cắt hậu môn sau phẫu thuật Miles điều trị ung thư trực tràng. Kết quả cho thấy đã được thực hiện thành công ở tất cả các BN với tỷ lệ phát hiện ung thư là 77,8%.

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết TTL một lỗ tự do qua tầng sinh môn dưới hướng dẫn siêu âm có khả năng phát hiện ung thư tốt (62,5%) với trung bình

số mẫu sinh thiết có mô ung thư cao, có thể thực hiện dưới gây tê cục bộ với điểm đau VAS thấp, tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng sau sinh thiết thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **X. J, Y. H, L. J, W. X, C. H, and Z. X,** “Transperineal versus transrectal prostate biopsy in the diagnosis of prostate cancer: a systematic review and meta-analysis,” *World journal of surgical oncology*, vol. 17, no. 1, Feb. 2019, doi: 10.1186/s12957-019-1573-0.
2. **K. Eichler, S. Hempel, J. Wilby, L. Myers, L. M. Bachmann, and J. Kleijnen,** “Diagnostic value of systematic biopsy methods in the investigation of prostate cancer: a systematic review,” *J Urol*, vol. 175, no. 5, pp. 1605–1612, May 2006, doi: 10.1016/S0022-5347(05)00957-2.
3. **A. Carignan, J.-F. Roussy, V. Lapointe, L. Valiquette, R. Sabbagh, and J. Pépin,** “Increasing risk of infectious complications after transrectal ultrasound-guided prostate biopsies: time to reassess antimicrobial prophylaxis?,” *Eur Urol*, vol. 62, no. 3, pp. 453–459, Sep. 2012, doi: 10.1016/j.eururo.2012.04.044.
4. **R. J. Szabo,** “‘Free-Hand’ Transperineal Prostate Biopsy Under Local Anesthesia: Review of the Literature,” *J Endourol*, vol. 35, no. 4, pp. 525–543, Apr. 2021, doi: 10.1089/end.2020.1093.
5. **Y. Yanai et al.,** “Evaluation of prostate-specific antigen density in the diagnosis of prostate cancer combined with magnetic resonance imaging before biopsy in men aged 70 years and older with elevated PSA,” *Mol Clin Oncol*, vol. 9, no. 6, pp. 656–660, Dec. 2018, doi: 10.3892/mco.2018.1725.
6. **F. A. Distler et al.,** “The Value of PSA Density in Combination with PI-RADS™ for the Accuracy of Prostate Cancer Prediction,” *J Urol*, vol. 198, no. 3, pp. 575–582, Sep. 2017, doi: 10.1016/j.juro.2017.03.130.
7. **V. Stefanova et al.,** “Transperineal Prostate Biopsies Using Local Anesthesia: Experience with 1,287 Patients. Prostate Cancer Detection Rate, Complications and Patient Tolerability,” *J Urol*, vol. 201, no. 6, pp. 1121–1126, Jun. 2019, doi: 10.1097/JU.000000000000156.
8. **B. K. Park et al.,** “New transperineal ultrasound-guided biopsy for men in whom PSA is increasing after Miles’ operation,” *Insights Imaging*, vol. 14, no. 1, p. 42, Mar. 2023, doi: 10.1186/s13244-023-01384-y.

KHẢO SÁT CÁC TRƯỜNG HỢP TRẺ SINH TỪ MẸ NHIỄM LIÊN CẦU KHUẨN NHÓM B TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HỒ CHÍ MINH

Phạm Lê Mỹ Hạnh¹, Bùi Thị Phương Nga², Cam Ngọc Phượng¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Liên cầu khuẩn nhóm B (GBS) là tác nhân hàng đầu gây nhiễm trùng sơ sinh (NTSS) sớm và tử vong còn cao. Việt Nam chưa có báo cáo về NTSS sớm liên quan GBS.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ và mô tả đặc điểm trẻ bị NTSS sớm sinh từ mẹ nhiễm GBS.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang khảo sát các trẻ sinh từ mẹ nhiễm GBS tại Bệnh viện (BV) Tâm Anh Hồ Chí Minh (HCM) từ 01/08/2022 đến 28/02/2023. Trẻ được xử trí theo hướng dẫn của Viện hàn lâm nhi khoa Hoa Kỳ (AAP) 2019.

Kết quả: Tổng cộng 124 trẻ sinh từ mẹ nhiễm GBS, trong đó: không có trẻ nhiễm trùng huyết (NTH) xác định, 4 trẻ NTH có thể (3,2%), 2 trẻ viêm phổi (1,6%), 1 trẻ viêm màng não (0,8%). Triệu chứng thường gặp nhất là suy hô hấp và khởi phát sớm trong 1 giờ sau sinh. Tất cả đều đáp ứng điều trị với kháng sinh (KS) ban đầu.

Kết luận: Không có trẻ NTH xác định có thể do cấy máu độ nhạy thấp, cần PCR GBS giúp chẩn đoán xác định và nghiên cứu tiếp theo về yếu tố liên quan NTSS sớm giúp phòng ngừa tốt hơn.

Từ khóa: nhiễm trùng sơ sinh sớm, nhiễm trùng huyết, liên cầu khuẩn nhóm B, trẻ sơ sinh.

Viết tắt: GBS: Group B Streptococcus (liên cầu khuẩn nhóm B), NTSS: nhiễm trùng sơ sinh, BV: bệnh viện, HCM: Hồ chí minh, AAP: American Academy of Pediatrics (Viện hàn lâm nhi khoa Hoa Kỳ), KS: kháng sinh, LS: lâm sàng, NTH: nhiễm trùng huyết.

SUMMARY

OBSERVATION OF THE NEWBORNS BORN TO GBS POSITIVE MOTHERS AT TAM ANH HO CHI MINH CITY HOSPITAL

Background: GBS remains a leading infectious cause of morbidity and mortality among newborns. In Viet Nam, there is no report about early onset GBS infection in newborn.

Objective: to describe incidence rates and characteristics of the newborns infected early who were born by GBS positive mothers.

Methods: The cross – sectional study examined the newborns born to GBS positive mother at Tam Anh HCM hospital from 01/08/2022 to 28/02/2023. These newborns were treated following the guideline of AAP 2019.

Results: In total of 124 the newborns born to GBS positive mother, no one had positive blood culture. There were 4 cases of probable sepsis (3.2%), 2 cases of pneumonia (1.6%), 1 case of meningitis (0.8%). The most popular clinical sign was respiratory insufficiency which had early onset in the first hour after birth. All of infants responded to empirical antibiotic treatment.

Conclusions: There was no case with culture confirmed early onset neonatal sepsis possibly due to low sensitivity of blood culture. So GBS PCR will be needed to help confirm the diagnosis

¹Trung tâm Sơ sinh

²Trung tâm Sản phụ khoa Bệnh viện Tâm Anh Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Lê Mỹ Hạnh
SĐT: 0976888652

Email: phamlemyhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/7/2024

Ngày duyệt bài: 18/7/2024

and further research on factors related to early onset neonatal infection will help in better prevention.

Keywords: early onset neonatal infection, sepsis, Group B Streptococcus, newborn

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

GBS là tác nhân hàng đầu gây NTSS sớm do lây nhiễm từ mẹ sang con và tử vong cao với bệnh cảnh lâm sàng thường gặp là nhiễm trùng huyết, viêm phổi, viêm màng não. Theo báo cáo tổng quan và phân tích gộp năm 2017, tỉ lệ trẻ sơ sinh nhiễm GBS trên toàn thế giới là 0,5/1000 trẻ sinh sống. Tỉ lệ này thay đổi theo từng vùng: cao nhất là Châu Phi (1,12/1000) và thấp nhất là Châu Á (0,3/1000) ⁽⁵⁾. Mẹ nhiễm GBS ở âm đạo, trực tràng là yếu tố nguy cơ cao gây NTSS sớm. Năm 2017, Russell và cộng sự phân tích gộp kết quả của 30 bài báo với 20328 thai phụ nhiễm GBS trong thai kỳ để xác định nguy cơ NTSS sớm của trẻ được sinh ra. Kết quả cho thấy nguy cơ NTSS sớm là 1,1% (85 trẻ NTSS sớm/6649 thai phụ nhiễm GBS) khi không được sử dụng KS dự phòng trong khi chuyển dạ. Nguy cơ này giảm xuống còn 0,03% (16 trẻ NTSS sớm trên tổng số 13348 thai phụ nhiễm GBS) khi sử dụng KS dự phòng trong chuyển dạ ⁽⁷⁾.

Tỉ lệ tử vong chung của trẻ NTSS sớm do GBS vẫn còn cao (6,9%), trong đó 2,1% ở trẻ sinh đủ tháng, 19,2% ở trẻ sinh non và 28,6% ở nhóm trẻ không rõ tuổi thai ⁽⁸⁾. Thậm chí về sau, trong suốt 10 năm đầu, nguy cơ tử vong vẫn còn tăng cao hơn gấp 3 lần so với trẻ không bị nhiễm GBS ⁽⁹⁾. Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về tình hình mang GBS ở mẹ nhưng chưa có báo cáo nào về tình trạng nhiễm GBS ở trẻ sau sinh. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm bước đầu xác định tỷ lệ và mô tả đặc điểm

trẻ bị NTSS sớm sinh từ mẹ nhiễm GBS ở BV Tâm Anh HCM từ 01/08/2022 đến 28/02/2023, từ đó có cái nhìn khái quát về tình trạng nhiễm GBS sớm ở trẻ sơ sinh, phát triển những nghiên cứu tiếp theo nhằm đề ra chiến lược dự phòng tốt nhất giúp giảm thiểu tỉ lệ mắc bệnh, giảm tử vong cũng như di chứng về sau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ sinh từ mẹ nhiễm GBS ở BV Tâm Anh HCM từ 01/08/2022 đến 28/02/2023.

Tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chí nhận vào.

Trẻ sinh sống từ mẹ nhiễm GBS: mẹ có xét nghiệm PCR hoặc cấy dịch âm đạo, trực tràng tại BV Tâm Anh HCM dương tính với GBS từ 01/08/2022 đến 28/02/2023.

Tiêu chí loại ra

Trẻ sinh ngoại viện hoặc mẹ không làm xét nghiệm GBS hoặc thân nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu

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

Với $\alpha = 0,05$, $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1,96$, $p = 1,3\%$ (tỷ lệ trẻ NTSS sớm sinh từ mẹ nhiễm GBS) ⁽⁷⁾, $d = 0,02 \rightarrow n = 124$ ca.

Kĩ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu kiểu liên tiếp.

Phương pháp tiến hành

Tất cả trẻ sinh từ mẹ nhiễm GBS ở BV Tâm Anh HCM trong thời gian nghiên cứu đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chí loại trừ được đưa vào nghiên cứu, được điều

trị theo hướng dẫn “Quản lý trẻ sơ sinh nguy cơ nhiễm GBS” của AAP 2019 và NICE 2022, được ghi nhận các đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng và điều trị cho đến khi xuất viện. NTH xác định được định nghĩa là trẻ có biểu hiện nhiễm trùng và cấy máu dương tính. NTH có thể là khi trẻ có biểu hiện nhiễm trùng và CRP $\geq 10\text{mg/l}$ hoặc bạch cầu tăng hay giảm và tiểu cầu giảm nhưng cấy máu âm tính.

Thu thập và xử lý số liệu

Dữ liệu ghi lại theo phiếu thu thập số liệu in sẵn, nhập liệu và thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0 for Window.

Y đức

Nghiên cứu này được trích từ nghiên cứu “Liên quan giữa thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở âm đạo - trực tràng và kết cục thai kỳ” phối hợp với trung tâm sản phụ khoa BV Tâm Anh HCM đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của BV Tâm Anh HCM phê duyệt ngày 07/07/2022, số 89/2022/QĐ – TAHCM.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tổng cộng có 124 trẻ sinh từ mẹ GBS dương tính tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Trẻ có tuổi thai thấp nhất là 33,7 tuần và cân nặng lúc sinh là 1720 gram.

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	N = 124
Giới nam, số ca (%)	66 (53)
Tuổi thai, trung bình (độ lệch chuẩn), tuần	38,9 (0,9)
Non tháng, số ca (%)	6 (4,8)
Cân nặng lúc sinh, trung bình (độ lệch chuẩn), gram	3211 (393)
Sinh thường, số ca (%)	44 (35,5)
Sinh mổ, số ca (%)	80 (64,5)
Dự phòng GBS đủ, số ca (%)	41 (33,1)
Không có chỉ định dự phòng GBS, số ca (%)	59 (47,5)
Dự phòng GBS không đủ, số ca (%)	24 (19,4)
Ôi vỡ > 18 giờ, số ca (%)	7 (5,6)
Mẹ sốt lúc sinh, số ca (%)	1 (0,8)

Nhận xét: Đa số là trẻ đủ tháng, sinh mổ, dự phòng GBS đủ hoặc không có chỉ định dự phòng.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và điều trị: 17 trẻ có biểu hiện lâm sàng bất thường (13,7%)

Đặc điểm	N = 124
Suy hô hấp, số ca (%)	13 (10,5)
Li bì, số ca (%)	2 (1,6)
Sốt, số ca (%)	1 (0,8)
Bú ít, số ca (%)	3 (2,4)
Vàng da sớm/24 giờ đầu, số ca (%)	2 (1,6)
Điều trị KS, số ca (%)	7 (5,6)
- ≤ 3 ngày, số ca (%)	2 (1,6)
- ≥ 7 ngày, số ca (%)	5 (4)

Nhận xét: triệu chứng lâm sàng thường gặp là suy hô hấp, đa số không cần điều trị KS.

Tỉ lệ trẻ NTSS sớm

Có 5 trẻ NTSS sớm (4%), trong đó có 1 trẻ đồng thời bị NTH và viêm màng não, 1 trẻ đồng thời bị NTH và viêm phổi. Đây cũng là 2 ca có CRP tăng cao (72,7 và 88,6 mg%).

Bảng 3: Tỉ lệ trẻ NTSS sớm

Phân loại	N = 124
NTH xác định, số ca (%)	0 (0)
NTH có thể, số ca (%)	4 (3,2)
Viêm màng não, số ca (%)	1 (0,8)
Viêm phổi bẩm sinh, số ca (%)	2 (1,6)

Nhận xét: Không có ca NTH xác định.

Đặc điểm trẻ NTSS sớm

Tất cả trẻ đều xuất hiện suy hô hấp trong vòng 1 giờ sau sinh. Trong đó, 1 trẻ thở NCPAP, 4 trẻ còn lại thở oxy cannula trong

48 giờ. Những triệu chứng còn lại xuất hiện trong 24 giờ đầu. Các trẻ đều đáp ứng với điều trị KS ban đầu, không có trường hợp nào tử vong hay có biến chứng.

Bảng 4: Đặc điểm lâm sàng trẻ NTSS sớm

Đặc điểm LS	n = 5
Giới nam, số ca (%)	5 (100)
Sinh non, số ca (%)	1 (20)
Suy hô hấp, số ca (%)	5 (100)
Li bì, số ca (%)	2 (40)
Sốt, số ca (%)	1 (20)
Bú ít, số ca (%)	2 (40)
Dự phòng GBS không đủ, số ca (%)	2 (40)
Ói vỡ > 18 giờ, số ca (%)	1 (20)
Mẹ sốt lúc sinh, số ca (%)	1 (20)

Nhận xét: Tất cả đều là giới nam, suy hô hấp là triệu chứng thường gặp nhất.

Bảng 5: Đặc điểm cận lâm sàng trẻ NTSS sớm

Đặc điểm cận lâm sàng	n = 5
Cấy máu dương tính, số ca (%)	0 (0)
Cấy dịch não tủy dương tính, số ca (%)	0 (0)
CRP \geq 10mg/l, số ca (%)	2 (40)
Bạch cầu máu tăng, số ca (%)	2 (40)
Tiểu cầu giảm, số ca (%)	2 (40)
Bạch cầu/dịch não tủy > 20, số ca (%)	1 (20)
X quang có tổn thương phổi, số ca (%)	2 (40)

Nhận xét: Không có ca cấy máu dương tính.

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ trẻ NTSS sớm

Cho đến nay chưa có tài liệu nào đưa ra tiêu chuẩn rõ ràng để chẩn đoán NTH sơ sinh, ngoại trừ đồng thuận của Haque, K.N và cộng sự năm 2005⁽²⁾. Vì vậy chúng tôi lấy các định nghĩa về NTH từ đồng thuận này. Đa số các nghiên cứu nước ngoài đều lấy tiêu chuẩn vàng là cấy máu dương tính. Tuy nhiên việc cấy máu ở trẻ sơ sinh có độ nhạy rất thấp nên có nhiều trường hợp NTH sơ sinh nhưng cấy máu âm tính. Do đó, việc chẩn đoán xác định gặp nhiều khó khăn nên rất cần thêm nghiên cứu đưa ra 1 đồng thuận để chẩn đoán NTH sơ sinh cấy máu âm tính⁽⁶⁾. Tỉ lệ trẻ NTH có thể hay cấy máu âm tính trong nghiên cứu chúng tôi là 3,2%, viêm phổi bẩm sinh là 1,6%, thấp hơn so với báo cáo của Lakshmi M. Warriar năm 2022 ở Ấn Độ lần lượt là 12,5% (5 trẻ/40 bà mẹ có GBS dương) và 5% (2 trẻ/40 bà mẹ GBS dương). Tỉ lệ viêm màng não là 1,6% trong khi nghiên cứu của Lakshmi M. Warriar không có trường hợp nào viêm màng não⁽⁴⁾. Ca viêm màng não chỉ có tăng bạch cầu trong dịch não tủy (40 tế bào) nhưng cấy dịch não tủy âm tính.

Đặc điểm trẻ NTSS sớm

Mặc dù 17 trẻ có biểu hiện lâm sàng bất thường nhưng chỉ có 5 trẻ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán NTSS sớm và được nhận điều trị KS đầy đủ. Tất cả các triệu chứng nhiễm trùng đều xuất hiện trong 24 giờ đầu và thường gặp nhất là suy hô hấp sớm trong vòng 1 giờ sau sinh. Điều này cũng phù hợp với y văn: > 90% các trường hợp NTSS sớm do GBS có triệu chứng LS xuất hiện trong 24 giờ sau sinh⁽³⁾. Cho nên những trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm GBS

cần được theo dõi sát trong ngày đầu tiên để phát hiện sớm nhiễm trùng và can thiệp kịp thời. Triệu chứng ít gặp nhất là sốt (1 ca) cũng tương tự báo cáo của Trần Thị Bích Huyền năm 2013⁽¹⁾. Trong nghiên cứu chúng tôi, không có trẻ nào có cấy máu dương tính mặc dù có biểu hiện LS và các xét nghiệm khác bất thường. Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lakshmi M. Warriar⁽⁴⁾. Nhưng so với báo cáo của Russel và cộng sự năm 2017, tỉ lệ trẻ NTH có cấy máu dương tính sinh từ mẹ nhiễm GBS là 1,3% khi không được sử dụng kháng sinh dự phòng trong khi chuyển dạ và giảm xuống còn 0,1% khi sử dụng kháng sinh dự phòng trong chuyển dạ⁽⁷⁾. Trong 4 ca NTH có thể, 2 ca có biểu hiện LS nặng hơn đều nhận KS dự phòng trước sinh không đủ 4 giờ do thai phụ chuyển dạ sinh nhanh sau khi nhập viện, trong đó 1 ca có mẹ vỡ ối 19 giờ và sốt khi sinh. Việc sử dụng KS dự phòng đủ khi chuyển dạ làm giảm nguy cơ NTSS sớm do GBS⁽⁷⁾. Vỡ ối kéo dài > 18 giờ và mẹ sốt khi sinh cũng là yếu tố nguy cơ NTSS sớm⁽³⁾.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu chúng tôi không có trẻ NTH xác định có thể do cấy máu có độ nhạy thấp. Các dấu hiệu LS nhiễm trùng đều xuất hiện trong ngày đầu tiên và thường gặp nhất là suy hô hấp.

VI. KIẾN NGHỊ

Trẻ sinh từ mẹ nhiễm GBS phải được theo dõi ít nhất 24 giờ và cần thêm xét nghiệm PCR GBS giúp chẩn đoán xác định, nên có nghiên cứu tiếp theo về các yếu tố liên quan NTSS sớm để giúp việc phòng ngừa tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Bích Huyền.** Tình hình nhiễm trùng sơ sinh sớm tại bệnh viện Đại học y dược cơ sở 2. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh 2013, 17 (4): 92 - 96.
2. **Haque, K.N..** Definitions of bloodstream infection in the newborn. *Pediatr Crit Care Med*, 2005, 6(3 Suppl): p. S45-9.
3. **Karen M Puopolo, Carol J Baker.** Group B streptococcal infection in neonates and young infants. Up ToDate 2023.
4. **Lakshmi M. Warriar, Sapna Joy, Raja Rajeswari C.** Group B Streptococcal Colonization among Pregnant Women and Neonates in a Tertiary Care Hospital in South India. *Indian Journal of Pediatrics* 2022, 89(12):1187–1194.
5. **Madrid L, S. A., Kohli-Lynch M, et al.** Infant Group B Streptococcal Disease Incidence and Serotypes Worldwide: Systematic Review and Meta-analyses. *Clin Infect Dis*. 2017, 65, S160.
6. **Matthew McGovern, Eric Giannoni, Helmut Kuester.** Challenges in developing a consensus definition of neonatal sepsis. *Pediatric Research* 2020, 88:14–26.
7. **Neal J. Russell, Anna C. Seale, Catherine O’Sullivan et al.** Risk of Early-Onset Neonatal Group B Streptococcal Disease With Maternal Colonization Worldwide: Systematic Review and Meta-analyses. *Clin Infect Dis*. 2017, 65, S152 – S159.
8. **Srinivas Acharya Nanduri, Susan Petit, Chad Smelser et al.** Epidemiology of Invasive Early-Onset and Late-Onset Group B Streptococcal Disease in the United States, 2006 to 2015 Multistate Laboratory and Population-Based Surveillance. *JAMA Pediatr* 2019. 173(3):224-233.
9. **Yeo KT, LM Bajuk B et al.** Long-term outcomes after group B streptococcus infection: a cohort study. *Arch Dis Child* 2019, 104 (2), 172 - 180.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN TẠI BỆNH VIỆN TÂM ANH HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2021-2023

Lưu Văn Đạt¹, Nguyễn Hữu Hùng¹, Triệu Triều Dương¹,
Ngô Sỹ Thanh Nam¹, Lê Văn Lượng¹, Nguyễn Văn Chiến¹,
Nguyễn Dương Hùng¹, Trần Đức Hùng¹, Hồ Thanh Tùng¹,
Nguyễn Văn Trường¹, Trần Thái Sơn¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Rò hậu môn là nhiễm khuẩn khu trú, mà điểm khởi phát 90% bắt nguồn từ một trong những tuyến Hermann - Desfosses nằm ở hốc hậu môn. Những nhiễm khuẩn hình thành các ổ áp xe, vỡ ra ngoài da cạnh hậu môn hoặc vỡ vào trong lòng trực tràng gây ra các thể rò hậu môn khác nhau. Chụp cộng hưởng từ vùng chậu giúp đánh giá vị trí đường rò, cân nhắc lựa chọn phương pháp phẫu thuật.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật rò hậu môn tại bệnh viện Tâm Anh Hà Nội giai đoạn 2021-2023.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn được phẫu thuật tại bệnh viện Tâm Anh từ 01/01/2021 - 31/12/2023.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu.

Kết quả: Từ 01/01/2021 - 31/12/2023 có 64 trường hợp rò hậu môn được phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh. Tỷ lệ nam/nữ: 3/1. Toàn bộ bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ trước mổ. Rò liên cơ thất: 75%. Thời gian phẫu thuật trung bình: 46 ± 22 phút. Phương pháp mổ đa dạng: Tùy thuộc vào phân loại đường rò. Phẫu

thuật cắt đường rò, mở ngõ là phương pháp được sử dụng nhiều nhất 89%. Phẫu thuật LIFT, phẫu thuật đặt Seton chiếm tỉ lệ 3.12%; phẫu thuật điều trị rò bằng Laser 4.69%. Kết quả điều trị tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật có 4 trường hợp tái phát chiếm tỷ lệ 6.25%.

Kết luận: Kết quả phẫu thuật rò hậu môn tại bệnh viện Tâm Anh tốt, tỉ lệ tái phát thấp, phương pháp mổ đa dạng phù hợp với phân loại đường rò.

Từ khóa: Rò hậu môn, Phẫu thuật điều trị rò hậu môn, rò hậu môn phức tạp.

SUMMARY

RESULTS OF ANAL FISTULA TREATMENT AT TAM ANH HANOI HOSPITAL PERIOD 2021-2023

Background: Anal fistula is a localized infection, with 90% of the starting point originating from one of the Hermann - Desfosses glands located in the anal cavity. These infections form abscesses, break out of the skin next to the anus or break into the rectum, causing different types of anal fistula. Pelvic magnetic resonance imaging helps evaluate the location of the fistula and consider choosing a surgical method.

Objective: Evaluate the results of anal fistula surgery at Tam Anh Ha Noi Hospital, in the period 2021-2023.

Research subjects: Patients diagnosed with anal fistula undergoing surgery at Tam Anh hospital from January 1, 2021 - December 31, 2023.

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Văn Đạt
SĐT: 035241998

Email: 23na11.vandat@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 13/7/2024

Ngày duyệt bài: 29/7/2024

Research methods: Descriptive, retrospective.

Results: From January 1, 2021 to December 31, 2023, there were 64 cases of anal fistula operated on at Tam Anh General Hospital. Male/female ratio: 3/1. All patients had magnetic resonance imaging before surgery. Average surgery time: 46 ± 22 minutes. Intersphincteric fistula rate: 75%. Various surgical methods: Depending on the classification of the fistula. Fistula resection and leaving the skin exposed is the most used method, 89%. LIFT surgery and seton placement surgery account for 3.12%; Fistula laser closure (FiLaC): 4.69%. Treatment results at 6 months after surgery had 4 cases of recurrence, accounting for 6.25%.

Conclusion: The results of anal fistula surgery at Tam Anh hospital are good, the recurrence rate is low, the surgical methods are diverse and suitable for fistula classification.

Keywords: Anal fistula, surgical treatment of anal fistula, complicated anal fistula.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là bệnh phổ biến thứ hai của vùng hậu môn trực tràng sau bệnh trĩ, bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra, nhưng nguyên nhân do nhiễm trùng tủy tuyến Hermann - Desfosses nằm ở hốc hậu môn chiếm đa số (90% trường hợp)³. Những nhiễm khuẩn hình thành các ổ áp xe, vỡ ra ngoài da cạnh hậu môn hoặc vỡ vào trong lòng trực tràng gây ra các thể rò hậu môn khác nhau. Rò hậu môn không nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân nhưng các triệu chứng của bệnh gây cho bệnh nhân những khó chịu kéo dài và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Chẩn đoán rò hậu môn chủ yếu dựa vào thăm khám lâm sàng. Chụp cộng hưởng từ (MRI) có giá trị trong đánh giá vị trí đường rò, ổ áp xe so với khối cơ thắt. Đặc biệt có vai trò quan trọng đối với những đường rò phức tạp.

Điều trị rò hậu môn chủ yếu là phẫu thuật. Tùy theo hình thái đường rò, các thương tổn phối hợp để lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp. Ngày nay ngoài phương pháp phẫu thuật kinh điển còn có các phương pháp can thiệp ít xâm lấn đang được nghiên cứu áp dụng và đánh giá kết quả. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật rò hậu môn tại bệnh viện Tâm Anh Hà Nội giai đoạn 2021-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn được phẫu thuật tại bệnh viện Tâm Anh từ 01/01/2021-31/12/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn không do những nguyên nhân mạn tính như lao, Crohn, ung thư.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu này sử dụng thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang có can thiệp. Tất cả bệnh nhân nhập viện điều trị phẫu thuật rò hậu môn tại bệnh viện Tâm Anh từ 01/01/2021-31/12/2023 sẽ được thu thập thông tin qua việc hồi cứu hồ sơ.

Phân loại đường rò theo Park chia làm bốn loại:

Loại I: Rò liên cơ thắt (đường rò chạy giữa cơ thắt trong và ngoài).

Loại II: Rò xuyên cơ thắt (đường rò chạy xuyên qua cơ thắt ngoài).

Loại III: Rò trên cơ thắt đường rò xuyên qua phía trên khối cơ thắt kể cả một phần bó mu trực tràng của cơ nâng hậu môn.

Loại IV: Rò ngoài cơ thắt (đường rò đi từ khoang chậu - trực tràng xuyên qua cơ nâng mà không xuyên qua cơ thắt, để đổ ra ngoài da).

Phân loại đường rò theo St James có 5 độ:

Độ 1: Rò gian cơ thắt đơn giản.

Độ 2: Rò gian cơ thắt với ổ áp-xe hoặc đường rò phụ.

Độ 3: Rò xuyên cơ thắt.

Độ 4: Rò xuyên cơ thắt với ổ áp-xe hoặc đường rò phụ (Đường rò lan lên khoang ngòai trực tràng hoặc khoang ngòai hậu môn).

Độ 5: Rò trên cơ nâng hậu môn hoặc xuyên cơ nâng hậu môn.

Đánh giá tình trạng tiêu không kiểm soát theo bảng điểm CCIS.

Bảng 1. Bảng điểm CCIS (Cleveland Clinic Incontinence Score)

Tần suất	Mất tự chủ với			
	Hơi	Phân lỏng	Phân đặc	Mang tã
Đôi khi	1	4	7	1
≥ 1 lần/tuần	2	5	8	2
Mỗi ngày	3	6	9	3

CCIS (1) = 0 Tự chủ hoàn toàn.

CCIS (2) = 1-7 Tự chủ tốt.

CCIS (3) = 8-14 Mất tự chủ trung bình.

CCIS (4) = 15-20 Mất tự chủ nặng.

CCIS (5) > 20 Mất tự chủ hoàn toàn.

Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale)



Hình 1. Thang điểm đánh giá đau VAS⁹

- Không đau (VAS = 0); Rất đau (VAS = 10).

- Đau ít (VAS = 1– 3): Đau ít, không đáng kể.

- Đau vừa (VAS = 4–6): Đau vừa hay bút rút, nhưng vẫn còn chịu đựng được, sử dụng thuốc giảm đau đường uống.

- Đau nhiều (VAS = 7–9): Bút rút nhiều, đứng hay ngòai yên không dám cử động nhiều và cần sử dụng thêm thuốc giảm đau đường tiêm.

Quy ước lành vết mổ: Đánh giá trong thời gian 3 tháng sau phẫu thuật

Vết mổ lành: Đã liền da hoặc sẹo hoặc đã đầy mô hạt và không tiết dịch hay rỉ dịch viêm.

Vết mổ không lành: Đã có mô hạt ít hoặc vết mổ còn hở không có mô hạt nhưng còn tiết dịch viêm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tỷ lệ Nam/Nữ ≈ 3/1.

- Tuổi trung bình 41,55 ± 14,05 tuổi.

Bệnh nhân lớn nhất 85 tuổi, nhỏ nhất 19 tuổi. Độ tuổi thường gặp là 31-40 tuổi (37,5%)

- Nghề nghiệp thường gặp là nhóm nhân viên văn phòng (34,38%).

Đặc điểm lâm sàng và phân loại rò hậu môn

- Lý do vào viện: 68,4% vào viện vì chảy dịch cạnh hậu môn; đau hậu môn là lý do thường gặp thứ hai (34,38%) khiến bệnh nhân nhập viện.

- Đặc điểm lỗ rò ngoài: 71,88% có 1 lỗ rò

ngoài, có 3 bệnh nhân (4,69%) rò kép có 2 đường rò riêng biệt. 61,22% lỗ ngoài tập trung nửa sau hậu môn.

- Đặc điểm lỗ rò trong: 76,5% có 1 lỗ rò trong; 84,61% lỗ rò trong nằm ngay trên đường lược.

- Toàn bộ bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ trước mổ.

- Phân loại rò hậu môn.

Bảng 2: Phân loại đường rò theo Park

Loại rò	Tần suất	Tỷ lệ
Rò liên cơ thắt	48	75%
Rò xuyên cơ thắt	16	25%
Rò trên cơ thắt	0	0%
Rò ngoài cơ thắt	0	0%
Tổng	64	100%

Bảng 3: Phân loại đường rò theo St James

	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Rò gian cơ thắt đơn giản	22	34,1
Rò gian cơ thắt với ổ áp-xe hoặc đường rò phụ	26	40,7
Rò xuyên cơ thắt	12	18,8
Rò xuyên cơ thắt với ổ áp-xe hoặc đường rò phụ	4	6,3
Rò trên cơ nâng hậu môn hoặc xuyên cơ nâng hậu môn	0	0

Bảng 4: Phân loại rò hậu môn theo nguyên nhân

Nguyên nhân	Tần suất	Tỉ lệ
Nhiễm trùng khe tuyến	64	100%
Nguyên nhân đặc hiệu	0	0%
Tổng	64	100%

Phương pháp phẫu thuật

- Phẫu thuật cắt đường rò, mở ngỏ là phương pháp được sử dụng nhiều nhất 89%. Phẫu thuật LIFT, phẫu thuật đặt Seton chiếm tỉ lệ 3,12%; phẫu thuật điều trị rò bằng Laser 4,69%.

- Thời gian phẫu thuật trung bình: 46 ± 22 phút.

Kết quả điều trị

- Vào ngày đầu tiên sau mổ tỷ lệ 40,7% đau vừa và đau nhiều. Cảm giác đau nhiều

chỉ ghi nhận được vào thời điểm đêm đầu tiên của cuộc phẫu thuật, nhất là khi tác dụng của thuốc tê đã hết. Khảo sát tình trạng đau ngày 3 sau mổ, không có đau nhiều, chỉ còn đau vừa 9,38%.

- Biến chứng sớm 24 giờ sau mổ. Tỉ lệ biến chứng chung là 10,94% trong đó: Chảy máu sau mổ 1,56%, bí tiểu 9,38%.

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình: $2,91 \pm 1,06$ ngày.

- Thời gian lành vết mổ trung bình $8,51 \pm 3,12$ tuần.

- Bảng điểm CCIS: Sau mổ 3 tháng có 2/64 bệnh nhân (3,12%) mất tự chủ một phần (điểm CCIS 8 – 14).

- Chậm lành vết mổ chiếm 4,69 %.

- Bệnh nhân được ghi nhận là tái phát rò hậu môn khi lâm sàng có triệu chứng sưng đau hậu môn, có chảy dịch cạnh hậu môn khi khám lâm sàng và kết quả chụp cộng hưởng từ ghi nhận có đường rò hậu môn. Tại thời điểm 6 tháng tính từ ngày phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận được có 4 trường hợp bị tái phát triệu chứng chảy dịch cạnh hậu môn (chiếm tỷ lệ 6,25%). 60 trường hợp còn lại đều không thất xuất hiện lại các triệu chứng cũ sau 6 tháng phẫu thuật. Tỷ lệ điều trị thành công của nghiên cứu tính đến thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật là 93,75%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và phân loại rò hậu môn

Bệnh rò hậu môn thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ. Nghiên cứu cho thấy trong 64 bệnh nhân rò hậu môn được phẫu thuật thì có 48 (75%) nam, 16 nữ (25%) với độ tuổi trung bình là $41,55 \pm 14,05$ năm. Tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Xuyên ở những bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn tái phát thì tỷ lệ nam giới lần lượt là 86,8%⁵.

Các triệu chứng chảy dịch hậu môn là lý do chính làm cho bệnh nhân khó chịu và phải đi điều trị (68,4%) đặc điểm này cũng tương đồng như các nghiên cứu về bệnh rò hậu môn của các tác giả khác. Than phiền về chảy dịch hậu môn nhiều lần làm cho bệnh nhân phải đi điều trị là lý do vào viện chính trong nghiên cứu của tác giả Lữ Hoàng Phi². Tác giả Tăng Huy Cường cũng ghi nhận triệu chứng chảy dịch từ lỗ rò ngoài là lý do than

phiên chính để bệnh nhân tìm đến cơ sở y tế điều trị (82,3%)⁷.

Trong mẫu 64 trường hợp chúng tôi nghiên cứu thì 71,88% có 1 lỗ rò ngoài, có 3 bệnh nhân (4,69%) rò kép có 2 lỗ ngoài. 61,22% lỗ ngoài tập trung nửa sau hậu môn. 76,5% có 1 lỗ rò trong; 84,61% lỗ rò trong nằm ngay trên đường lược. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu rò hậu môn khác. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hùng có 79,2% bệnh nhân có 1 lỗ rò ngoài và 63,9% số lỗ ngoài tập trung ở nửa sau hậu môn⁶. Kết quả nghiên cứu 126 ca rò hậu môn của tác giả Nguyễn Văn Xuyên năm 2007, số bệnh nhân có 1 lỗ rò trong cũng chiếm tỉ lệ cao nhất (69%), và có đến 74,3% lỗ rò trong nằm ở nửa sau hậu môn⁵. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của bệnh rò hậu môn là do các tuyến Herrmann - Desffosses phân bố tập trung phần lớn ở nửa sau hậu môn.

Nguyên nhân rò hậu môn do nhiễm trùng khe tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ là 100%, có lẽ do số mẫu còn ít nên chúng tôi chưa gặp các nguyên nhân đặc hiệu khác như sau phẫu thuật vùng hậu môn, chấn thương.

Việc xác định mối tương quan giữa đường rò và hệ thống cơ thắt hậu môn có vai trò quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật, nhằm hạn chế tình trạng mất tự chủ hậu môn sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu từ 64 trường hợp rò hậu môn chúng tôi ghi nhận rò liên cơ thắt chiếm tỷ lệ cao nhất với 75%, rò xuyên cơ thắt tỉ lệ 25%. Nghiên cứu của Lữ Hoàng Phi ghi nhận: 71,92% trường hợp thuộc loại rò liên cơ thắt, có 18,9% rò xuyên cơ thắt thấp và 8,7% rò xuyên cơ thắt cao². Theo nghiên cứu của G.Rosa và cộng sự thực hiện trên 844 bệnh nhân ghi nhận: Rò liên cơ thắt chiếm tỷ lệ

cao nhất với 58,3%, kể đến là rò xuyên cơ thất thấp với 23,8%¹⁰ Mặc dù có sự khác biệt về tỷ lệ các loại rò, nhưng các tác giả đều kết luận rò liên cơ thất là loại rò thường gặp nhất trên lâm sàng.

4.2. Kết quả điều trị

Phẫu thuật cắt đường rò, mở ngỏ là phương pháp được sử dụng nhiều nhất 89%. Do bệnh nhân của chúng tôi được phân loại trước mổ chủ yếu là rò liên cơ thất, xuyên cơ thất thấp và trung gian. Rò xuyên cơ thất cao chỉ định phẫu thuật Lift hoặc đặt seton. Phẫu thuật Laser điều trị rò bước đầu cũng đã được áp dụng đối với trường hợp đường rò đơn độc không có ổ áp xe. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Xuyên, phẫu thuật cắt đường rò và cắt một phần cơ thất cũng chiếm tỉ lệ cao nhất 64,3%, cắt đường rò có cắt cơ thất và khâu tái tạo 17,5%, cắt đường rò và thất dần cơ thất 7,1 %⁵.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi: 46 ± 22 phút. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước và các tác giả đều thống nhất rằng, thời gian của phẫu thuật phụ thuộc thương tổn của đường rò, phương tiện, trang thiết bị và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình: $2,91 \pm 1,06$ ngày. Kết quả này cũng phù hợp với thời gian nằm viện trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đắc Thao là $3,5 \pm 1,3$ ngày⁸.

Nhìn chung, phẫu thuật rò hậu môn là phẫu thuật tương đối an toàn, biến chứng chủ yếu là bí tiểu và chảy máu sau mổ, có thể điều trị bảo tồn thành công. Các biến chứng sớm sau phẫu thuật 24 giờ chiếm tỷ lệ 10,9% trong mẫu 64 bệnh nhân của chúng tôi. Trong đó, có 6 bệnh nhân bí tiểu chiếm 9,38%, 1 bệnh nhân cần đặt sonde tiểu. Được

tập phục hồi chức năng rút ống thông sau 2 ngày. Bệnh nhân bí tiểu do nhiều nguyên nhân như phẫu thuật rò hậu môn can thiệp vào vùng tầng sinh môn, mức độ đau sau mổ và tác dụng phụ của gây tê tủy sống. Theo nghiên cứu của Lữ Hoàng Phi, bí tiểu chỉ gặp ở 1,4% bệnh nhân sau mổ. Vậy biến chứng bí tiểu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Lữ Hoàng Phi². Tuy nhiên, tỷ lệ bí tiểu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Diệu và Trịnh Hồng Sơn, hai tác giả ghi nhận có 28,6% bệnh nhân bí tiểu, trong đó 50% trường hợp phải đặt thông tiểu⁴. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp chảy máu vết mổ sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 1,56%. Bệnh nhân chảy máu thấm băng, được xử trí bằng băng ép, không cần phải phẫu thuật cầm máu lại và không truyền máu. Sau 1 ngày thì tình trạng chảy máu hết hẳn. Nghiên cứu của Lữ Hoàng Phi ghi nhận 5/220 trường hợp chảy máu vết mổ chiếm tỷ lệ 2,3%². Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hùng ghi nhận 2,2% trường hợp chảy máu sau mổ phải khâu cầm máu⁶.

Tình trạng tự chủ hậu môn và tái phát là hai tiêu chuẩn quan trọng để đánh giá mức độ thành công của phẫu thuật điều trị rò hậu môn. Tình trạng tự chủ hậu môn của bệnh nhân tốt dần lên sau 3 tháng theo dõi. Có 2/64 bệnh nhân (3,12%) mất tự chủ một phần (điểm CCIS 8 – 14). Còn lại đều tự chủ hậu môn tốt. Hai bệnh nhân đều đã từng phẫu thuật rò hậu môn và lớn tuổi. Theo nghiên cứu của Đỗ Đình Công, có 2/103 trường hợp yếu cơ thất độ I sau phẫu thuật chiếm 2%¹. Tác giả cho rằng chức năng cơ thất sẽ trở lại bình thường sau 5-6 tháng.

Đặc điểm của vết mổ rò hậu môn là mất một diện tích da (tùy theo phương pháp phẫu thuật), để hở hoàn toàn và thường xuyên tiếp xúc với vi khuẩn từ lòng trực tràng nên thời gian liền sẹo chậm hơn các vết mổ khác. Thời gian lành vết mổ trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là $8,51 \pm 3,12$ tuần. Đa số bệnh nhân lành vết mổ trong khoảng 4-6 tuần (40,63%). Sau 3 tháng, có 62/64 bệnh nhân lành vết mổ chiếm 95,31%; còn 2 bệnh nhân chưa lành vết mổ. Thời gian lành vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn nghiên cứu của G. Rosa. Tác giả ghi nhận, thời gian lành vết mổ trung bình của rò hậu môn phức tạp là 18 tuần¹⁰. Tiến bộ của Y học cả về phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu là nguyên nhân của sự khác biệt này.

Sau 6 tháng theo dõi chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp (6,25%) bệnh tái phát. Theo Tăng Huy Cường, trong 169 bệnh nhân theo dõi sau phẫu thuật có 15 bệnh nhân có tái phát (chiếm 8,9%), trong 15 bệnh nhân tái phát có 11 bệnh nhân không tìm được lỗ trong trong phẫu thuật⁷. Tác giả Schulze B. và cộng sự, trong nghiên cứu 75 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp¹¹. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ $14,6 \pm 1,7$ tháng, có 9/75 (12%) có tái phát sau mổ, thời gian tái phát trung bình trong khoảng $9,2 \pm 2,7$ tháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước. Các tác giả cũng cho rằng, tỷ lệ thất bại của phẫu thuật xuất phát từ một số nguyên nhân sau: Tìm và xử trí lỗ trong không tốt, không đánh giá đúng các hình thái lâm sàng trước và trong mổ, nhất là các đường rò phức tạp có nhiều nhánh phụ, túi cùng và mối liên quan của đường rò với hệ

thống cơ thắt, là cơ sở chính để phân loại đường rò. Ngoài ra số lần phẫu thuật, chăm sóc hậu phẫu cũng là một trong những yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 64 trường hợp rò hậu môn được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Đặc điểm lâm sàng: Bệnh đa phần xảy ra ở nam giới. Tuổi mắc bệnh trung bình là $41,55 \pm 14,05$ tuổi. Đa số bệnh nhân vào viện vì chảy dịch, mủ cạnh hậu môn. Bệnh nhân có 1 lỗ rò ngoài chiếm đa số. Nguyên nhân do nhiễm trùng khe tuyến hậu môn chiếm 100%.

- Phân loại rò hậu môn: Toàn bộ bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ trước mổ. Phân loại rò hậu môn theo Parks: Rò liên cơ thắt chiếm tỉ lệ 75 %, còn lại là rò xuyên cơ thắt chiếm tỷ lệ 25%. Việc phân loại đường rò trước phẫu thuật có vai trò quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật.

- Kết quả điều trị: Biến chứng sớm 10,9%. Thời gian lành vết mổ trung bình 8,51 tuần. Tình trạng tự chủ hậu môn của bệnh nhân tốt dần lên sau 3 tháng theo dõi. Có 3,12% mất tự chủ một phần (điểm CCIS 8 – 14). Tỷ lệ điều trị thành công của nghiên cứu tính đến thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật là 93,75%. Kết quả phẫu thuật rò hậu môn tại bệnh viện Tâm Anh tốt, tỉ lệ tái phát thấp, phương pháp mổ đa dạng phù hợp với phân loại đường rò.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đình Công (2007), “Kết quả sớm điều trị phẫu thuật bệnh rò hậu môn”, Y học thực

- hành, 11, tr.173-175.
2. **Lữ Hoàng Phi** (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, phân loại và kết quả điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ. Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
 3. **Nguyễn Đình Hối** (2002) Rò hậu môn. Hậu môn trực tràng học. NXB Y Học, tr. 129- 147.
 4. **Nguyễn Hoàng Diệu, Trịnh Hồng Sơn** (2011), “Phẫu thuật điều trị rò hậu môn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình”, Y học thực hành, 7, tr.43-201.
 5. **Nguyễn Văn Xuyên** (2007) Tìm hiểu một số nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ngoại khoa 126 bệnh nhân rò hậu môn tái phát. Tạp chí Y học thực hành, số 11, tr.104- 107.
 6. **Nguyễn Xuân Hùng** (2008) Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 2003-2006. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 7, số 2, tr. 49- 53.
 7. **Tăng Huy Cường** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật lại rò hậu môn tại Bệnh viện Việt Đức, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 8. **Nguyễn Đắc Thao** (2021). Kết quả phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
 9. **Breivik H et al** (2008). "Assessment of pain". *British Journal of Anaesthesia*. 101(1): pp. 17-24.
 10. **Rosa G, Lolli P** (2006), “Fistula-in-ano: anatomoclinical aspects, surgical therapy and results in 844 patients”, *Tech Coloproctol*, 10, pp.215-221.
 11. **Schulze B. and Yik-Hong Ho** (2015), “Management of complex anorectal fistulas with seton drainage plus partial fistulotomy and subsequent ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT)”, *Tech Coloproctology*, pp. 89-95.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM ĐÀN HỒI MÔ ĐỊNH LƯỢNG NHÂN ĐẶC TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Lê Văn Khánh¹, Hoàng Nguyên Tài¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của siêu âm đàn hồi mô định lượng trong chẩn đoán nhân đặc tuyến giáp, bao gồm giá trị Cut – off, độ nhạy và độ đặc hiệu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 135 nhân giáp trên 130 bệnh nhân được xác nhận bởi kết quả giải phẫu bệnh, có kết quả siêu âm đàn hồi định lượng ở Bệnh viện Tâm Anh từ 4/2022 đến 11/2023. Các chỉ số được sử dụng: Độ cứng nhân giáp và mô giáp lành. Giá trị của siêu âm đàn hồi mô định lượng được xác định bằng dựng đường cong ROC. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 49 ± 12 , có 85 nhân ung thư và 50 nhân giáp lành tính. Độ cứng trung bình của nhân ác tính và lành tính lần lượt là $47,7 \pm 2,7$ kPa và $24,9 \pm 1,3$ kPa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Giá trị cut -off của độ cứng nhân giáp là 36,5 Kpa tương ứng với độ nhạy và độ đặc hiệu là 82% và 84,7%. Giá trị cut – off của tỉ số đàn hồi (elasto ratio) là 1,75 cho độ nhạy và độ đặc hiệu là 84% và 78,8% trong phân biệt nhân lành tính và ác tính. **Kết luận:** Siêu âm đàn hồi mô định lượng tuyến giáp là phương tiện không xâm lấn có giá trị cao trong phân biệt nhân đặc tuyến giáp lành tính và ác tính.

Từ khóa: Nhân đặc tuyến giáp, siêu âm đàn hồi mô tuyến giáp, chỉ số tỉ số đàn hồi (elasto ratio).

SUMMARY

RESEARCH VALUE OF QUANTITATIVE ELASTOGRAPHY OF SOLID NODULE IN THE DIAGNOSIS OF THYROID CANCER

Purpose: To evaluate the value of quantitative elastography of solid nodule at Tam Anh hospital, including of cut – off value, sensitivity and specificity. **Materials and methods:** 130 patients with 135 thyroid nodule were confirm by pathological result who underwent quantitative elastography at Tam Anh hospital from 4/2022 to 11/2023. The following parameters were used: Tissue stiffness of thyroid nodule and thyroid tissue. The diagnostic value of shear wave elastography for thyroid cancer was determined by ROC analysis. **Result:** The average patient age was 49 ± 12 year old. The mean stiffness of malignant and benign nodules were statistically significantly different, $47,7 \pm 2,7$ kPa vs $24,9 \pm 1,3$ kPa, $p < 0,01$. The most accurate stiffness cut-off value was 36,5 kPa for E_{mean} , achieved a sensitivity of 82% and a specificity of 84,7% for discriminating malignant nodules from benign nodules. Another index to differentiate malignant and benign nodule is elasto ratio (ER). We suggest ER cut-off threshold of 1,75, the sensitivity and specificity were 84% and 78,8%. **Conclusion:** Quantitative thyroid elastography was an great value noninvasive test for discriminative the malignant thyroid nodule from benign nodule.

Keywords: Solid thyroid nodule, Quantitative elastography, Elasto ratio.

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Nguyên Tài
SĐT: 0359673835

Email: hoangnguyentai@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 18/7/2024

Ngày duyệt bài: 08/8/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, bệnh lý ung thư tuyến giáp được phát hiện ngày càng nhiều trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Chẩn đoán ung thư tuyến giáp chủ yếu vẫn dựa vào siêu âm 2D và chọc hút kim nhỏ, tuy nhiên vẫn còn những hạn chế nhất định do bản thân siêu âm 2D khó phân định được nhân lành tính và nhân ác tính trong nhiều trường hợp, trong khi FNA là một phương pháp can thiệp xâm lấn. Siêu âm đàn hồi mô đã có lịch sử phát triển bởi Jonathan Ophir và cộng sự vào năm 1991². Đây được xem là một trong những bước tiến lớn nhất của kỹ thuật siêu âm ngày càng được cải thiện độ chính xác và giảm thời gian thực hiện. Tuy nhiên việc áp dụng siêu âm đàn hồi mô trong khảo sát nhân đặc tuyến giáp vẫn chưa có nhiều nghiên cứu được thực hiện trong nước và chưa đưa ra được ngưỡng cut off thống nhất trong đánh giá nhân giáp. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu giá trị của siêu âm đàn hồi mô định lượng trong chẩn đoán nhân đặc tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

135 nhân đặc tuyến giáp ở 130 bệnh nhân được siêu âm 2D, siêu âm đàn hồi mô định lượng có kết quả tế bào học tại bệnh viện Tâm Anh từ tháng 4/2022 – 11/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: bao gồm tất cả các tiêu chuẩn sau:

Bệnh nhân được siêu âm chẩn đoán nhân đặc tuyến giáp trên 2D, siêu âm elasto định lượng.

Có kết quả tế bào học xác định nhân lành tính hay ác tính (Bethesda 2,6, có giải phẫu bệnh).

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Có chỉ định chọc tế bào tuyến giáp theo ACR TIRADS 2017: các nhân TIRADS 5

kích thước > 10mm, TIRADS 4 > 15mm và TIRADS 3 > 25mm.

Các nhân giáp nguy cơ ung thư cao (TIRADS 4-5) kích thước nhỏ nằm gần các cấu trúc quan trọng (mạch máu, khí quản, thần kinh...), ở một số bệnh nhân lo lắng quá mức.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các bệnh lý tuyến giáp viêm bán cấp, cường giáp.

2.1.3. Cỡ mẫu

Sử dụng cỡ mẫu không xác suất (mẫu tiện lợi) bao gồm các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 130 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn với 135 nhân giáp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

Máy siêu âm Logiq E10 có phần mềm siêu âm định lượng, đầu dò phẳng.

Bộ chọc tế bào (kim 20G, xilanh 5ml, bông băng cồn 90 độ cố định).

Thu thập số liệu về thông tin chung của bệnh nhân, các chỉ siêu âm (độ cứng định lượng theo Kpa, chỉ số ER là tỷ lệ giữa độ cứng nhân và mô giáp), kết quả tế bào học bằng mẫu bệnh án nghiên cứu.

Siêu âm đàn hồi mô được thực hiện trên hướng sagital, bệnh nhân nín thở hạn chế nhiều ảnh, tay ấn đều lên da bệnh nhân một lực nhẹ. Phép đo độ cứng nhân được thực hiện với FOV bao toàn bộ nhân và một phần mô giáp lành, đường kính ROI 5-6mm, độ cứng mô giáp lành được đo trên cùng lát cắt, độ sâu và kích thước tương đương, đo 5 lần lấy trị số trung bình hạn chế sai số đo.

2.2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thống kê và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ. Phát hiện sự khác biệt bằng Chi Square test, tìm điểm Cut – off và diện tích dưới đường cong bằng cách dựng đường cong ROC.

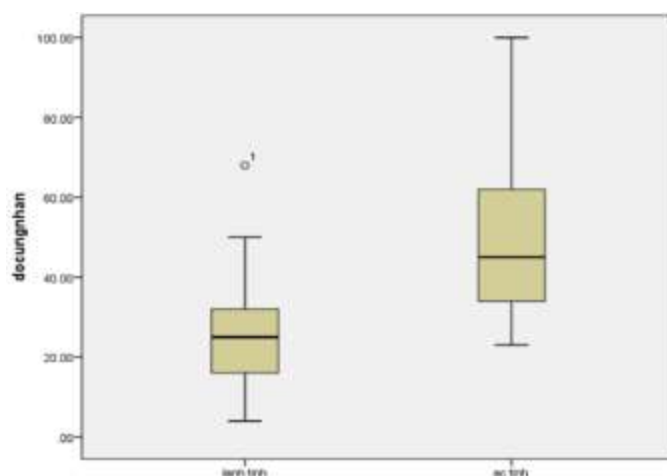
2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành dưới sự đồng thuận, đảm bảo quyền lợi và sức khỏe của bệnh nhân. Các thông tin về hồ sơ bệnh án và hình ảnh được chúng tôi bảo mật. Đã được hội đồng đạo đức y học thông qua và cho phép thực hiện nghiên cứu này.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 135 nhân giáp ở 130 bệnh nhân có tuổi trung bình là 49 ± 12 tuổi, trong đó thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 82 tuổi.

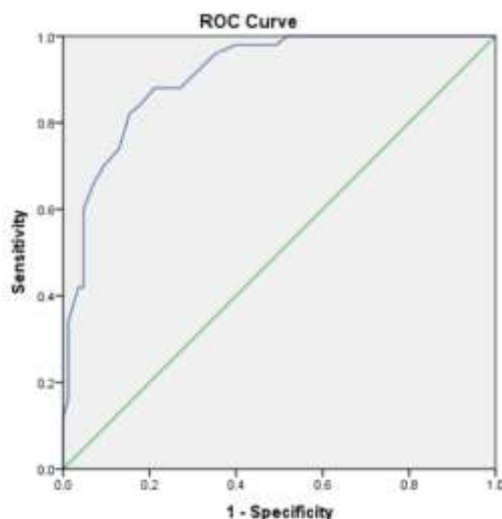
3.1. So sánh độ cứng giữa nhân giáp lành tính và ác tính



Biểu đồ 3.1. So sánh độ cứng trung bình giữa nhân giáp lành tính và nhân giáp ác tính

Nhận xét: các nhân giáp ác tính có độ cứng cao hơn có ý nghĩa so với nhân giáp lành tính với $p < 0,01$. Độ cứng trung bình của các nhân lành tính trong nghiên cứu của chúng tôi là $24,9 \pm 1,3$ kPa, nhân ác tính có độ cứng trung bình là $49,7 \pm 2,7$ kPa.

3.2. Giá trị của độ cứng nhân giáp phân biệt nhân lành và ác tính

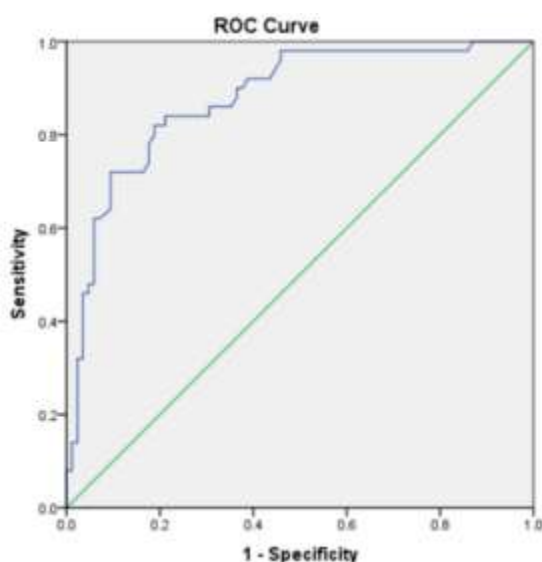


Biểu đồ 3.2. Đường cong ROC thể hiện giá trị của độ cứng nhân giáp trong phân biệt nhân lành và ác tính

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong AUC là 0,911 với $p < 0,01$ cho thấy đây là một chỉ số có giá trị dự báo cao trong đánh giá nguy cơ ác tính của ung thư giáp. Với giá trị cut off 36,5 kPa, test này có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 82% và 84,7%. Giá trị

tiên đoán dương tính 75,9%; giá trị tiên đoán âm tính 88,9%; tỉ lệ chẩn đoán đúng là 83,7%.

3.3. Giá trị của tỉ số giữa độ cứng nhân giáp và mô giáp lành (ER) và kết quả tế bào học



Biểu đồ 3.3. Đường cong ROC thể hiện giá trị chẩn đoán của chỉ số ER phân biệt nhân lành và ác tính

Nhận xét: Đường cong ROC cho thấy đây cũng là một biến số tốt trong dự báo nguy cơ ác tính của nhân giáp, diện tích dưới đường cong AUC là 0,877 với $p < 0,01$. Lấy giá trị cut off là 1,75 thì chỉ số ER trong siêu âm đàn hồi mô định lượng có độ nhạy và độ đặc hiệu là 84% và 78,8%, giá trị tiên đoán dương tính là 70%, giá trị tiên đoán âm tính là 89,3%, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 80,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự khác biệt về độ cứng mô giữa nhân giáp ác tính và lành tính

Theo biểu đồ 3.1, độ cứng trung bình của các nhân lành tính trong nghiên cứu của chúng tôi là $24,9 \pm 1,3$ kPa, nhân ác tính có độ cứng trung bình là $49,7 \pm 2,7$ kPa, sự khác biệt về độ cứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Nghiên cứu của Mạc An và cs (2019) trên 94

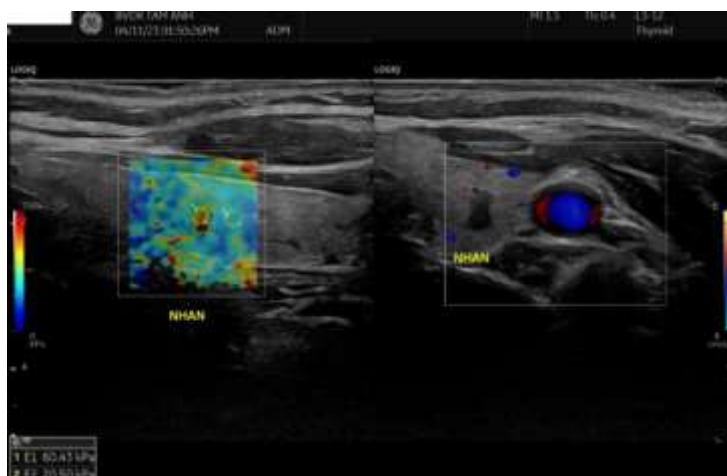
nhân giáp cho thấy độ cứng nhân giáp ác tính trung bình là $105 \pm 48,8$ kPa, độ cứng trung bình của nhân lành là $37,6 \pm 26$ kPa, sự khác biệt độ cứng giữa nhân lành và ác có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01^1$. Tác giả Liu và cs (2017) nghiên cứu trên 313 nhân giáp thấy độ cứng nhân giáp ác tính trung bình là $39,3 \pm 17,1$ kPa, khác biệt có ý nghĩa với nhân giáp lành tính có độ cứng trung bình $37,6 \pm 26$ kPa với $p < 0,01^2$. Mặc dù độ cứng tuyệt đối của nhân lành và ác giữa các nghiên cứu là không giống nhau nhưng sự khác biệt về độ cứng giữa nhân lành và nhân ác tính là hằng định trong các nghiên cứu khác nhau. Điều này có thể do yếu tố chủ quan của người làm, chọn mẫu bệnh nhân cũng như sự khác biệt khách quan về hệ thống máy siêu âm được sử dụng để định lượng độ cứng nhân giáp.

4.2. Giá trị chẩn đoán nhân giáp ác tính của chỉ số độ cứng nhân giáp

Biểu đồ 3.2 cho thấy siêu âm đàn hồi mô định lượng là một test đánh giá có độ tin cậy tốt với diện tích dưới đường cong AUC là 0,911 với điểm cut off là 36,5 kPa, test này có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 82% và 84,7%. Mặc dù các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho đây là một test chẩn đoán tin cậy nhưng ngưỡng cut off do các tác giả đưa ra chưa có sự đồng thuận. Tác giả Mạc An thực hiện nghiên cứu trên 94 nhân giáp xác định ngưỡng cut – off là 74,5 kPa giúp phân biệt nhân lành và ác tính với độ nhạy và độ đặc hiệu là 74,3% và 90%¹. Một số nghiên cứu khá lớn ở nước ngoài như tác giả Liu (2017) thực hiện trên 313 bệnh nhân cho thấy siêu âm đàn hồi mô định lượng là phương pháp có giá trị với AUC là 0,782, ngưỡng cut – off đưa ra khá tương đồng với chúng tôi là 31,65 kPa sẽ đưa ra chẩn đoán với độ nhạy và độ đặc hiệu là 64,4% và 80,67%². Tác giả Zhao nghiên cứu trên 176 nhân giáp cũng nhận thấy đây là một phương tiện có giá trị với AUC là 0,819, với ngưỡng cut – off đưa ra là 26 kPa, phương pháp này có độ nhạy và độ đặc hiệu là 71% và 83,2%³.

Tác giả Wang nghiên cứu trên 215 nhân giáp đưa ra kết quả tương tự Zhao với ngưỡng cut – off 26,3 kPa, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 93,8% và 50%⁴. Tác giả Kim nghiên cứu trên 99 nhân giáp đưa ra ngưỡng cut – off khác là 62 kPa tương ứng độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 66,6% và 71,6%⁵. Năm 2023, tác giả Qi nghiên cứu trên 593 nhân giáp đưa ra ngưỡng cut – off 11,36 kPa, diện tích dưới đường cong 0,858, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 80,3% và 74%. Đặc biệt, tác giả Samir nghiên cứu trên 35 bệnh nhân có kết quả FNA không xác định (Bethesda I, II, IV, V) đối chiếu kết quả phẫu thuật cho thấy đây là một xét nghiệm bổ sung hữu ích để phân biệt nhân ác tính với ngưỡng cut – off 22,3 kPa, diện tích dưới đường cong là 0,81, độ nhạy và độ đặc hiệu là 82% và 88%⁶.

Các nghiên cứu trên cho thấy ngưỡng cut off giữa các tác giả đưa ra có sự khác biệt khá lớn, dao động từ 11,36 kPa đến 74,5 kPa, điều này có thể do các tác giả sử dụng các dòng máy siêu âm khác nhau, các thế hệ máy khác nhau khác nhau đánh giá độ cứng nhân giáp dẫn đến sự khác biệt lớn trong giá trị thu được.



Hình 4.1. Minh họa bệnh nhân N.T.N, nữ, 58 tuổi

Bệnh nhân đến khám vì lo lắng khi phát hiện nhân giáp. Tiến hành siêu âm đàn hồi mô định lượng thấy nhân giáp TIRADS 5 có độ cứng 60 kPa, độ cứng nhu mô giáp lành 21 kPa. Tỉ số ER = 2,9. Bệnh nhân được chọc tế bào tuyến giáp (ảnh cuối cùng) và cho kết quả ung thư tuyến giáp thể nhú (Bethesda 6).

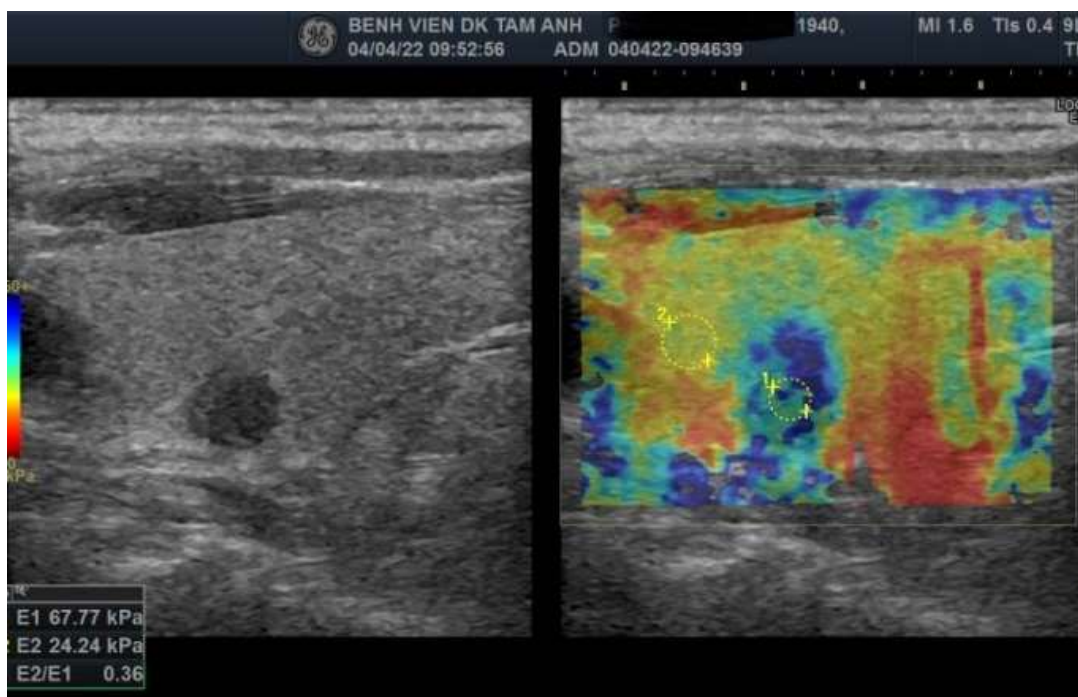
Khác với nghiên cứu của Samir⁶, một nghiên cứu của Bardet và cs (2017) trên 131 bệnh nhân có kết quả tế bào học không điển hình cho thấy độ cứng của nhân ác tính và lành tính lần lượt là 20.2 ± 12.4 kPa và 19.6 ± 14.9 kPa, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,46$. Tuy vậy, Bardet cũng nhận thấy rằng với các nhân ung thư thể nhú có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ độ cứng so với phần còn lại⁷. Tác giả này cho rằng ung thư giáp thể nhú điển hình có nhiều thành phần xơ hóa làm tăng độ cứng của nhân, các nhóm còn lại có thành phần xơ hóa ít hơn làm giảm độ cứng so với nhân ung thư thể nhú điển hình⁷. Tỉ lệ cao của ung thư giáp thể nhú trong các nghiên cứu có thể là nguyên nhân chính tạo ra sự khác biệt có ý nghĩa giữa chỉ số đàn hồi mô nhân ác tính và nhân lành tính.

4.3. Giá trị chẩn đoán nhân giáp ác tính của chỉ số ER

Biểu đồ 3.3 cho thấy chỉ số ER cũng là một biến số tốt trong dự báo nguy cơ ác tính của nhân giáp với diện tích dưới đường cong AUC là 0,877. Giá trị cut - off của ER là 1,75 tương ứng độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 84% và 78,8%.

Tương tự giá trị độ cứng của nhân giáp, các tác giả khác nhau đưa ra các ngưỡng cut

off của ER khác nhau nhưng đều thấy đây là một chỉ số có giá trị trong đánh giá nhân giáp. Mạc An nghiên cứu 94 nhân giáp đưa ra ngưỡng cut - off của chỉ số ER là 4,72 tương ứng với độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 67,6% và 85%¹. Nghiên cứu của Liu và cs (2015) trên 331 nhân giáp đưa ra ngưỡng cut - off 2,78 với AUC là 0,776, độ nhạy và độ đặc hiệu trong phân biệt nhân ác và lành tính với giá trị ER trên lần lượt là 58,4% và 86,1%⁸. Tác giả Liu và cs (2017) tiến hành nghiên cứu trên 313 nhân giáp đưa ra ngưỡng cut - off của chỉ số ER là 1,365 tương ứng với độ nhạy và độ đặc hiệu là 85,54% và 68,7%, diện tích dưới đường cong AUC là 0,819². Trong khi đó, nghiên cứu của Bardet và cs (2017) trên 131 bệnh nhân có kết quả tế bào học không điển hình (Bethesda nhóm 1, 3, 4, 5) có thấy thấy tỉ số ER của nhân ác tính và lành tính lần lượt là $1,6 \pm 2,7$, và $1,4 \pm 1,8$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,2$, tuy nhiên tác giả này cũng nhận thấy rằng nhân giáp thể nhú có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ ER so với phần còn lại⁷. Do đó chỉ số ER cũng có giá trị cao trong phân biệt nhân ác tính tuyến giáp với nhân lành tính tuyến giáp.



Hình 4.2. Hình minh họa bệnh nhân P.N.L, nam, 82 tuổi

Nhân giáp được phát hiện tình cờ trên khi khám sức khỏe định kỳ phân loại TIRADS 4. Độ cứng trên siêu âm đàn hồi mô của nhân giáp 68 kPa, độ cứng của nhu mô giáp lành 24 kPa. Chỉ số ER = 2,8. Bệnh nhân được tiến hành FNA do kết quả thăm khám hình ảnh nghi ngờ. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy đây là một nhân giáp keo lành tính (Bethesda 2). Chất keo tuyến giáp có thể làm tăng độ cứng gây ra dương tính giả trên siêu âm đàn hồi mô.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên cỡ mẫu còn nhỏ. Cỡ mẫu có sự hạn chế khi các trường hợp nhân được chẩn đoán Bethesda nhóm III, IV không có sự chẩn đoán chính xác nhận ác tính, các trường hợp nhân nhỏ bệnh nhân lựa chọn theo dõi nên không có kết quả giải phẫu bệnh, nên khi thực hành với cỡ mẫu lớn hơn có thể sẽ hạn chế được yếu tố này. Phép đo elasto định lượng cũng sẽ hạn chế với các trường hợp nhân nhỏ nằm phía sau sát khí quản, sát xương hay sát mạch máu lớn, khi đo độ cứng cho các nhân ở vị trí này thường bị nhiễu ảnh nên sẽ loại các nhân ra khỏi nghiên cứu, đây cũng là sự hạn chế của nghiên cứu cũng như

hạn chế của elasto định tính hay định lượng so với siêu âm 2D trong đánh giá TIRADS.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm đàn hồi mô định lượng nhân đặc tuyến giáp là một phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu cao với ngưỡng cut – off độ cứng trên 36,5 kPa và tỉ lệ ER trên 1,75 ở máy siêu âm Logiq E10 có nguy cơ cao là nhân giáp ác tính. Đây là một phương pháp không xâm lấn có thể được áp dụng ở các cơ sở có máy siêu âm thích hợp và nên được áp dụng trong thực hành kết hợp với siêu âm 2D để hỗ trợ bác sĩ đưa ra chẩn đoán và hướng tiếp cận phù hợp nhất cho các bệnh nhân có nhân đặc tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mạc An.** Vai Trò Của Siêu Âm Đàn Hồi Sóng Ngang Trong Chẩn Đoán Phân Độ Tirads. Luận văn Thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội; 2019.
2. **Liu Z, Jing H, Han X, et al.** Shear wave elastography combined with the thyroid imaging reporting and data system for malignancy risk stratification in thyroid nodules. *Oncotarget*. 2017;8(26):43406-43416. doi:10.18632/oncotarget.15018.
3. **Zhao CK, Chen SG, Alizad A, et al.** Three-Dimensional Shear Wave Elastography for Differentiating Benign From Malignant Thyroid Nodules. *J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med*. 2018;37(7):1777-1788. doi:10.1002/jum.14531.
4. **Wang F, Chang C, Gao Y, Chen YL, Chen M, Feng LQ.** Does Shear Wave Elastography Provide Additional Value in the Evaluation of Thyroid Nodules That Are Suspicious for Malignancy? *J Ultrasound Med*. 2016;35(11):2397-2404. doi:10.7863/ultra.15.09009.
5. **Kim H, Kim JA, Son EJ, Youk JH.** Quantitative assessment of shear-wave ultrasound elastography in thyroid nodules: diagnostic performance for predicting malignancy. *Eur Radiol*. 2013;23(9):2532-2537. doi:10.1007/s00330-013-2847-5.
6. **Samir AE, Dhyani M, Anvari A, et al.** Shear-Wave Elastography for the Preoperative Risk Stratification of Follicular-patterned Lesions of the Thyroid: Diagnostic Accuracy and Optimal Measurement Plane. *Radiology*. 2015;277(2):565-573. doi:10.1148/radiol.2015141627.
7. **Bardet S, Ciappuccini R, Pellot-Barakat C, et al.** Shear Wave Elastography in Thyroid Nodules with Indeterminate Cytology: Results of a Prospective Bicentric Study. *Thyroid®*. 2017;27(11):1441-1449. doi:10.1089/thy.2017.0293.
8. **Liu B, Liang J, Zheng Y, et al.** Two-dimensional shear wave elastography as promising diagnostic tool for predicting malignant thyroid nodules: a prospective single-centre experience. *Eur Radiol*. 2015;25(3):624-634. doi:10.1007/s00330-014-3455-8.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH TỪ 01/2021 ĐẾN 03/2024

Nguyễn Văn Trường¹, Nguyễn Hữu Hùng¹, Lưu Văn Đạt¹,
Ngô Sỹ Thanh Nam¹, Lê Văn Lượng¹, Nguyễn Văn Chiến¹,
Nguyễn Dương Hùng¹, Trần Đức Hùng¹, Hồ Thanh Tùng¹,
Hoàng Anh Dũng¹, Trần Thái Sơn¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Ung thư tuyến giáp là một loại ung thư phổ biến, trong đó hay gặp ở những người trẻ dưới 40 tuổi². Ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm 84% trong ung thư tuyến giáp. Tỷ lệ phát hiện ung thư tuyến giáp đã tăng nhanh trong những năm gần đây, chủ yếu do sự áp dụng rộng rãi của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và phương pháp sinh thiết bằng chọc hút kim nhỏ. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú. So với phẫu thuật mở truyền thống, phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp đường tiền đình miệng là phương pháp mổ tiên tiến được áp dụng gần đây trên thế giới, hiện được sử dụng thường quy tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ 01/2021 đến 03/2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Kết quả: Có 58 người bệnh được nghiên cứu, trong đó độ tuổi trung bình là $44,95 \pm 12,54$ tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 3,81/1. 64,91% bệnh nhân

được chẩn đoán ung thư tuyến giáp trước mổ. Kích thước khối u trung bình là $7,7 \pm 4,5$ mm. Tỷ lệ số bệnh nhân có khối u di căn hạch hoặc xâm lấn vỏ là 48,28%. Phẫu thuật mổ mở chiếm 72,41%, chủ yếu là mổ cắt toàn bộ tuyến giáp. Thời gian mổ trung bình là $145,1 \pm 32,8$ phút. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $3,97 \pm 1,04$ ngày. Hạ canxi máu sau mổ tạm thời chiếm tỷ lệ 32,76%, tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản tạm thời chiếm 12,07%, tụ máu sau mổ chiếm 3,45%. Không có trường hợp nào rò bạch huyết sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú là phương pháp hiệu quả, an toàn, tỷ lệ biến chứng ít. Phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng được áp dụng mang lại hiệu quả tương đương mổ mở, làm tăng mức độ hài lòng của người bệnh.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể nhú, phẫu thuật cắt tuyến giáp, phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PAPILLARY THYROID CANCINOMA: THE TAM ANH GENERAL HOSPITAL EXPERIENCE FROM 2021 TO 2024

Introduction: Thyroid cancer is a common type of cancer, most common in young people under 40 years old. Papillary thyroid cancer accounts for 84% of thyroid cancer. The

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trường
SĐT: 0913019807

Email: truongnv@tamanhospital.vn

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/7/2024

Ngày duyệt bài: 07/8/2024

detection rate of thyroid cancer has increased rapidly in recent years, mainly due to the widespread application of diagnostic imaging tools and fine-needle aspiration biopsy methods. Surgery is an effective treatment method for papillary thyroid cancer. In comparison to convention open thyroidectomy, transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach is an innovated approach, currently applied routinely at Tam Anh General Hospital.

Objective: Our study was conducted to evaluate the results of surgery in the treatment of papillary thyroid carcinoma at Tam Anh General Hospital from 01/2021 to 03/2024.

Method: Retrospective and cross-sectional descriptive study.

Results: There were 58 patients in our study, of which the average age was 44.95 ± 12.54 years old, the female/male ratio was 3.81/1. 64.91% of patients were diagnosed with thyroid cancer before surgery. The average tumor size was 7.7 ± 4.5 mm. The proportion of patients with tumors that have metastasized to lymph nodes or invaded the cortex is 48.28%. Open surgery accounts for 72.41%, mainly total thyroidectomy. The average surgery time was 145.1 ± 32.8 minutes. The average hospital stay after surgery was 3.97 ± 1.04 days. Temporary postoperative hypocalcemia accounts for 32.76%, temporary recurrent laryngeal nerve damage accounts for 12.07%, and postoperative hematoma accounts for 3.45%. There were no case of lymphatic leakage after surgery.

Conclusion: Surgical treatment of papillary thyroid cancer is an effective, safe method with a low complication rate. Endoscopic oral vestibular surgery is applied to be as effective as open surgery, increasing patient satisfaction.

Keywords: Papillary thyroid carcinoma, thyroidectomy, transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach, TOETVA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là ung thư phổ biến thứ chín trên thế giới và là ung thư phổ biến nhất ở những người trẻ dưới 40 tuổi². Ung thư tuyến giáp thể nhú là loại phổ biến nhất trong ung thư tuyến giáp (chiếm 84%). Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp đã tăng 313% trong vòng 4 thập kỷ gần đây, chủ yếu do sự áp dụng rộng rãi của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và phương pháp sinh thiết bằng chọc hút kim nhỏ³. Khối u tuyến giáp được phát hiện trên lâm sàng chỉ chiếm 5% ở bệnh nhân nữ giới và 1% bệnh nhân nam giới⁴. Ung thư tuyến giáp thể nhú có tỷ lệ tái phát thấp và có thể chữa khỏi hoàn toàn bằng phẫu thuật. Tuy nhiên một tỷ lệ nhỏ BN gặp phải một số biến chứng sau phẫu thuật như: suy cận giáp (biểu hiện hạ canxi máu) và tổn thương thần kinh thanh quản ngược tạm thời (biểu hiện nói khàn yếu, nuốt sặc sau mổ). Phương pháp mổ mở kinh điển để lại sẹo trên cổ làm mất thẩm mỹ, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trong khi phương pháp phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng là phương pháp mới, tránh được nguy cơ trên⁵. Tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp được áp dụng thường quy bởi các phẫu thuật viên có nhiều năm kinh nghiệm, trong đó phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng mới được áp dụng trong 1 năm gần đây. Để đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp một cách hệ thống, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị tại cơ sở.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

– Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú được điều trị phẫu thuật tại Khoa Ngoại Tổng hợp –

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ tháng 01/2020 đến tháng 04/2024, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư tuyến giáp thể nhú, không phân biệt tuổi, giới tính, có đầy đủ trên hồ sơ bệnh án được lưu trữ theo quy định.

– Tiêu chuẩn loại trừ: NB được chẩn đoán K giáp hoặc nghi ngờ K giáp và được chỉ định phẫu thuật, nhưng có kết quả sinh thiết tức thì trong mổ hoặc giải phẫu bệnh sau mổ là lành tính.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

– Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân đủ điều kiện nghiên cứu. Tổng số đối tượng nghiên cứu là 58 bệnh nhân.

– Phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm Excel. Phân tích bằng phần mềm Stata 17.0. Số liệu phân tích thống kê mô tả biểu thị bằng bảng tần số, phần trăm. Các biến được so sánh bằng các thuật toán T-Test (biến liên tục), Khi bình phương (biến rời rạc). Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

– Chỉ tiêu nghiên cứu:

Biến số trước mổ:

- Tuổi
- Giới tính
- Đặc điểm siêu âm: Đánh giá kích thước khối u, TIRADS, số lượng và vị trí nhóm hạch nghi ngờ di căn.

• Đặc điểm tế bào học trước mổ (theo Bethesda 2018).

Biến số trong mổ:

- Phương pháp phẫu thuật:

- Phẫu thuật cắt một thùy và eo tuyến giáp (áp dụng cho khối u nhỏ, đánh giá trước mổ bằng SÂ tuyến giáp, có thể kết hợp cùng

MRI/CTscanner hoặc PET-CT là chưa xâm lấn vô tuyến giáp, chưa di căn hoặc nguy cơ di căn hạch và tái phát thấp).

- Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp (áp dụng cho khối u lớn hơn, có xâm lấn vô, nguy cơ di căn hạch và tái phát cao hoặc có bằng chứng di căn hoặc nghi ngờ di căn hạch).

- Ưu tiên mổ mở ở NB có chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp vét nhóm hạch trung tâm và các nhóm hạch cổ bên.

- Hướng tiếp cận phẫu thuật: Phẫu thuật mở truyền thống hoặc phẫu thuật nội soi đường tiền đình (mới được áp dụng tại Bệnh viện Tâm Anh từ năm 2023).

- Thời gian phẫu thuật.

- Vết hạch cổ: điều trị (trong trường hợp có di căn hoặc nghi ngờ di căn hạch được đánh giá trước mổ) hay dự phòng (không phát hiện hạch nghi ngờ di căn trước mổ).

- Kết quả sinh thiết tức thì trong mổ (nếu có).

- Đặt dẫn lưu vùng mổ.

Biến số sau mổ:

- Thời gian nằm viện sau mổ.

- Tổng lượng dịch dẫn lưu vùng mổ, số ngày rút dẫn lưu.

- Tỷ lệ hạ canxi máu sau mổ tạm thời (được định nghĩa là xét nghiệm nồng độ canxi toàn phần $< 2,0\text{mmol/L}$).

- Tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản ngược tạm thời sau mổ (được định nghĩa bằng nói khàn, nuốt sặc sau mổ, hoặc nội soi thanh quản có tổn thương liệt dây thanh âm).

- Tỷ lệ chảy máu sau mổ.

- Tỷ lệ rò bạch huyết sau mổ.

- Kết quả mô bệnh học sau mổ: số lượng khối u, có xâm lấn vô hay không, số lượng, vị trí hạch di căn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm	Kết quả	P
Độ tuổi (Trung bình và khoảng tuổi)	44,95 ± 12,54 (15-75 tuổi)	
< 55 tuổi	46 (79,31%)	
≥ 55 tuổi	12 (20,69%)	
Giới tính		
Nam	14 (24,14%)	
Nữ	44 (75,68%)	
Tỷ lệ nữ/nam	3,83/1	
Viêm tuyến giáp Hashimoto kèm theo		
Có	9 (15,52%)	
Không	49 (74,48%)	
Điểm TIRADS trên siêu âm trước mổ		
TIRADS 3	1 (1,75%)	
TIRADS 4	34 (59,65%)	
TIRADS 5	22 (38,6%)	
Chẩn đoán tế bào học trước mổ (theo Bethesda 2018)		
Nhóm III	3 (5,26%)	
Nhóm IV	1 (1,75%)	
Nhóm V	16 (28,07%)	
Nhóm VI	37 (64,91%)	
U đa ổ (dựa vào kết quả giải phẫu bệnh)		
Có	20 (34,48%)	
Không	38 (65,52%)	
U hai thùy (dựa vào kết quả giải phẫu bệnh)		
Có	12 (20,69%)	
Không	46 (79,31%)	
Khối u xâm lấn vỏ (dựa vào kết quả giải phẫu bệnh)		
Có	28 (48,28%)	
Không	30 (51,72%)	
Kích thước khối u nguyên phát	7,7 ± 4,5mm (2,5-25mm)	0,01

$\leq 1cm$	45 (77,59%)	
Số lượng u xâm lấn vỏ	17 (37,78%)	
Số lượng di căn hạch cổ	17 (37,78%)	
Từ 1-2cm	11 (18,97%)	
Số lượng u xâm lấn vỏ	9 (81,82%)	
Số lượng di căn hạch cổ	9 (81,82%)	
Từ 2-4cm	2 (3,45%)	
Số lượng u xâm lấn vỏ	2 (100%)	
Số lượng di căn hạch cổ	2 (100%)	

Nhận xét: : Các bệnh nhân có độ tuổi từ 15-75, hầu hết bệnh nhân có độ tuổi < 55 (79,31%). 75,68% bệnh nhân là nữ giới, tỷ lệ nữ/nam là 3,83/1. Có 9 bệnh nhân (chiếm 15,52%) có viêm tuyến giáp Hashimoto kèm theo. Đa số bệnh nhân được siêu âm tuyến giáp có điểm TIRADS trước mổ là 4 hoặc 5 (98,25%), chỉ có một bệnh nhân có TIRADS 3. 37 bệnh nhân (chiếm 64,91%) được chẩn đoán Ung thư tuyến giáp trước mổ (Bethesda VI), số còn lại được chẩn đoán bằng sinh thiết tức thì trong mổ (Bethesda III-IV-V). 34,48% số bệnh nhân có ung thư tuyến giáp đa ổ, 20,69% có ung thư tuyến

giáp ở cả hai thùy. Khoảng một nửa bệnh nhân có khối u đã xâm lấn vỏ tuyến giáp hoặc di căn hạch cổ (48,28%). Kích thước khối u trung bình của các bệnh nhân là $7,7 \pm 4,5mm$, chỉ có 2 bệnh nhân có khối u > 2cm (3,45%), trong đó tỷ lệ di căn hạch và xâm lấn vỏ của các khối u có kích thước $\leq 1cm$, từ 1-2cm, >2cm tăng dần, lần lượt là 37,78%, 81,82%, 100%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). 48,28% bệnh nhân có di căn hạch cổ trong đó nhóm có di căn hạch cổ có kích thước khối u nguyên phát lớn hơn có ý nghĩa ($p < 0,001$).

Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Hướng tiếp cận phẫu thuật	Kết quả	p
Mổ mở	42 (72,41%)	
Mổ nội soi đường tiền đình miệng	16 (27,59%)	
Phương pháp phẫu thuật		
Cắt thùy và eo tuyến giáp	14 (24,14%)	
Mổ mở	3 (14,29%)	
Cắt toàn bộ tuyến giáp	44 (75,85%)	
Mổ mở	39 (88,6450)	
Vết hạch cổ		<0,001
Vết hạch cổ điều trị	15 (25,86%)	
Hạch dương tính	13 (86,67%)	
Vết hạch cổ dự phòng	43 (74,14%)	

Hạch dương tính	15 (34,88%)	
Thời gian phẫu thuật	145,1±32,8 phút (90-240)	
Mổ mở	141,7±24,1 phút (90-200)	
Mổ nội soi đường tiền đình miệng	154,1±48,8 phút (100-240)	
Tỷ lệ hạ canxi máu sau mổ tạm thời	19 (32,76%)	0,019
Trong phẫu thuật cắt 1 thùy và eo	1 (7,14%)	
Trong phẫu thuật cắt toàn bộ	18 (40,91%)	
Tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản ngược tạm thời sau mổ	7 (12,07%)	
Tỷ lệ chảy máu vết mổ (đều ở mức độ nhẹ)	2 (3,45%)	
Tỷ lệ rò bạch huyết sau mổ	0	
Thời gian nằm viện sau mổ	3,97 ± 1,04 ngày (2-7 ngày)	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được phẫu thuật mở (42 bệnh nhân chiếm 72,41%). Phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp được áp dụng trên 14 bệnh nhân (24,14%), số còn lại được cắt toàn bộ tuyến giáp (75,85%). Phẫu thuật mổ mở chủ yếu áp dụng cho cắt toàn bộ tuyến giáp và phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng chủ yếu áp dụng cho cắt một thùy và eo tuyến giáp. Đa số bệnh nhân được vét hạch cổ dự phòng (không phát hiện hạch nghi ngờ trước mổ) (74,14%), tuy nhiên tỷ lệ hạch cổ di căn trong vét hạch cổ điều trị (có hạch nghi ngờ di căn trước mổ) là 86,67% còn trong vét hạch cổ dự phòng chỉ là

34,88% ($p < 0,05$). Thời gian phẫu thuật trong nhóm mổ mở là $141,7 \pm 24,1$ phút, trong nhóm mổ nội soi đường tiền đình miệng là $154,1 \pm 48,8$ phút. Tỷ lệ hạ canxi máu sau mổ tạm thời là 32,76%, tỷ lệ này gặp nhiều hơn trong phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp ($p = 0,019$). Có 7 bệnh nhân bị tổn thương thần kinh thanh quản ngược tạm thời sau mổ (12,07%), 2 bệnh nhân chảy máu mức độ nhẹ sau mổ (3,45%), không có trường hợp nào rò bạch huyết sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là $3,97 \pm 1,04$ ngày (2-7 ngày).

Bảng 3. Đánh giá một số yếu tố của bệnh nhân với hướng tiếp cận

	Mổ mở	Mổ nội soi đường tiền đình miệng	p
Độ tuổi	46,67 ± 2,00 tuổi	40,44 ± 2,60 tuổi	0,04
Tỷ lệ nữ/nam	2,82	4,33	0,55
Viêm tuyến giáp Hashimoto	21,42%	0	0,04
Kích thước u	8,60 ± 0,75mm	5,25 ± 0,43mm	0,005
Tỷ lệ xâm lấn vỏ	57,14%	37,5%	0,18
Tỷ lệ di căn hạch	54,77%	45,45%	0,11
Diện cắt	9,5%	12,5%	0,74
Thời gian mổ			

Cắt 1 thùy và eo giáp	130 ± 18,9 phút	129,1 ± 18,9 phút	0,53
Cắt toàn bộ tuyến giáp	142,6 ± 3,8	209 ± 22,6	<0,001
Tỷ lệ hạ canxi máu	40,48%	12,5%	0,04
Tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản ngược tạm thời	14,29%	6,25%	0,40
Thời gian nằm viện sau mổ	4,2 ± 0,2 ngày	3,3 ± 0,2 ngày	0,001

Nhận xét: So với nhóm bệnh nhân mổ mở, nhóm bệnh nhân phẫu thuật mổ nội soi đường tiền đình miệng, bệnh nhân có độ tuổi trung bình thấp hơn, kích thước khối u nhỏ hơn, thời gian mổ cắt toàn bộ tuyến giáp dài hơn, thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn, tỷ lệ hạ canxi máu thấp hơn ($p < 0,05$). Tỷ lệ nữ/nam, tỷ lệ xâm lấn vỏ, tỷ lệ di căn hạch, tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản ngược tạm thời tương đồng giữa hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $44,95 \pm 12,54$ tuổi, tương đồng với nghiên cứu của Hyeyeun Lim (2017) độ tuổi 20-59 chiếm 75,6% hay nghiên cứu của Jia-Qian Hu (2020) độ tuổi trung bình $43,89 \pm 11,87$ tuổi^{3,6}.

Giới tính: Các bệnh nhân nữ luôn chiếm đa số trong nghiên cứu về ung thư tuyến giáp thể nhú trên thế giới. Tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,83/1, còn tại Hoa Kỳ, tỷ lệ này là 3,29/1, tại Trung Quốc, tỷ lệ này là 2,92/1^{3,6}. Còn trong nghiên cứu tại Việt Nam của Ngô Vi Tiến, tỷ lệ này còn cao hơn là 6,5/1¹.

Viêm tuyến giáp Hashimoto là một yếu tố nguy cơ của ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, nên có 15,52% mắc Viêm tuyến giáp Hashimoto kèm theo, tỷ lệ này trong nghiên

cứu của Jia-Qian Hu (2020) là 21,6%⁶.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu có khối u nhỏ, 77,59% có khối u ≤ 1 cm, kích thước trung bình chỉ là $7,7 \pm 4,5$ mm, nhỏ hơn trong nghiên cứu của Jia-Qian Hu ($1,11 \pm 0,86$ mm) và Ngô Vi Tiến ($1,25 \pm 0,86$)^{1,6}. Khối u nhỏ đặt ra thách thức trong chẩn đoán trước mổ, hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi đều được phát hiện tình cờ. Tuy các khối u có kích thước nhỏ tuy nhiên tỷ lệ xâm lấn vỏ của các khối u là 48,28%, khối u có kích thước càng lớn thì tỷ lệ di căn hạch cổ càng cao, do đó chỉ định vét hạch cổ càng rộng rãi hơn. Tỷ lệ xâm lấn vỏ bao tuyến giáp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của hai tác giả Trung Quốc Jia-Qian Hu (10,4%) và Jianliang Zhang (23,6%)^{6,8}.

Tỷ lệ di căn hạch cổ trong nghiên cứu là 48,28%, tương đồng với của các tác giả khác từ 47%-47,9%)^{5,8}.

Kết quả phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng mới được áp dụng tại Bệnh viện Tâm Anh nên số ca mổ còn ít (chiếm 27,59%), trong đó chủ yếu áp dụng cho phẫu thuật cắt một thùy và eo giáp. Tuy nhiên tỷ lệ ngày càng tăng so với mổ mở.

Vét hạch cổ được áp dụng trên tất cả các bệnh nhân của chúng tôi bao gồm vét hạch cổ điều trị (25,86%) và vét hạch cổ dự phòng (74,14%). Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân có hạch

cổ dương tính (di căn) ở nhóm điều trị (86,67%) cao hơn hẳn so với nhóm dự phòng (34,88%) ($p < 0,01$). Điều này cho thấy siêu âm trước mổ có độ nhạy thấp và độ đặc hiệu cao đối với phát hiện di căn hạch trước mổ. Nghiên cứu của Jia-Qian Hu cũng cho kết quả tương tự⁶. Để cải thiện độ nhạy của chẩn đoán di căn hạch trước mổ, tác giả Eunhee Kim sử dụng siêu âm kết hợp chụp cắt lớp vi tính, kết quả làm tăng độ nhạy của chẩn đoán hình ảnh từ 51% lên 66%⁸. Chỉ định vét hạch cổ dự phòng hiện đang là vấn đề gây tranh cãi trên thế giới, theo Bryan R. Haugen (2015), vét hạch cổ dự phòng chỉ áp dụng cho các khối u có nguy cơ tái phát cao⁴.

Tỷ lệ hạ canxi máu sau mổ tạm thời trong nghiên cứu là 32,76%, đa số trong cắt toàn bộ tuyến giáp, điều này cho thấy mức độ phẫu thuật càng rộng rãi càng có nguy cơ tổn thương các tuyến cận giáp.

Tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời và chảy máu vết mổ ở mức thấp (12,07%, 3,45%), không có ca nào rò bạch huyết. Trong nghiên cứu của Ngô Vi Tiến, 5,8% ca có khàn tiếng, 2,8% ca có chảy máu và rò bạch huyết¹.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng mới được áp dụng nên còn ít bệnh nhân sử dụng hướng tiếp cận này, tuy nhiên gần đây số BN được chỉ định PTNS đường miệng ngày càng chiếm đa số. Khi so sánh, phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng cho thấy một số ưu điểm so với mổ mở truyền thống như: thời gian nằm viện ngắn hơn, tăng tính thẩm mỹ, tuy thời gian mổ phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp có kéo dài hơn so với mổ mở. Việc lựa chọn hướng tiếp cận này giúp nâng cao chất

lượng cuộc sống cho người bệnh mà vẫn đảm bảo các yếu tố khác.

V. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến giáp thể nhú là bệnh lý ung thư phổ biến tại Việt Nam và trên thế giới. Bệnh được phát hiện sớm chủ yếu nhờ các phương tiện cận lâm sàng như: siêu âm tuyến giáp, chọc hút tế bào kim nhỏ dưới siêu âm, tuy nhiên siêu âm trước mổ có độ nhạy thấp và độ đặc hiệu cao đối với phát hiện di căn hạch trước mổ. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có khối u đơn ổ (65,52%), có 20,69% số bệnh nhân có u hai thùy tuyến giáp. Kích thước khối u nguyên phát trung bình là $7,7 \pm 4,5$ mm. 77,59% số bệnh nhân có khối u ≤ 1 cm, tỷ lệ u xâm lấn vỏ và di căn hạch trong các bệnh nhân này là 37,78%. Số bệnh nhân có khối u nguyên phát xâm lấn vỏ và di căn hạch trong nhóm khối u từ 1-2cm và >2 cm lần lượt là 81,82% và 100%. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả cao. Thời gian trung bình trong phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp đường miệng là $154,1 \pm 48,8$ phút. Các biến chứng sau mổ phổ biến trong nghiên cứu là hạ canxi máu sau mổ tạm thời, tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời, tỷ lệ biến chứng ở mức chấp nhận được. Phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng là hướng tiếp cận mới, đem lại hiệu quả mô bệnh học tương đương trong khi mang lại mức độ hài lòng hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Vi Tiến, Nguyễn Quang Trung, Phạm Hữu Lư. Kết quả điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện Ung bướu

- Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;531(1):25-28.
2. **Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A.** Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin.* 2023;73(1):17-48.
 3. **Lim H, Devesa SS, Sosa JA, Check D, Kitahara CM.** Trends in thyroid cancer incidence and mortality in the United States, 1974-2013. *JAMA.* 2017;317(13):1338-1348.
 4. **Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al.** 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016;26(1):1-133.
 5. **Nguyen Xuan Hau, Hien Nguyen Xuan, Hoai Thi Hoang, Quang Le Van.** Quality of Life and Surgical Outcome of Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA) versus Open Thyroid Surgery: Experience from a Single Center in Vietnam. *J Thyroid Res.* 2022.
 6. **Jia-Qian Hu, Duo Wen, Ben Ma, et al.** The extent of lymph node yield in central neck dissection can be affected by preoperative and intraoperative assessment and alter the prognosis of papillary thyroid carcinoma. *Cancer Medicine.* 2019;9(3):1017-1024.
 7. **Jianliang Zhang, Guangwei Jia, Yang Su, et al.** Prediction of Cervical Lymph Nodes Metastasis in Papillary Thyroid Carcinoma (PTC) Using Nodal Staging Score (NSS). *Journal of Oncology.* 2022.
 8. **Eunhee Kim, Jeong Seon Park, Kyu-Ri Son, et al.** Preoperative Diagnosis of Cervical Metastatic Lymph Nodes in Papillary Thyroid Carcinoma: Comparison of Ultrasound, Computed Tomography, and Combined Ultrasound with Computed Tomography. *Thyroid.* 2008;18(4):411-418.

THAY HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN HỘI SỨC BẰNG PHƯƠNG PHÁP LY TÂM: BÁO CÁO LOẠT CA

Vương Mỹ Dung¹, Phan Thị Xuân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thay huyết tương là một kỹ thuật lọc máu ngoài cơ thể với cơ chế loại bỏ các chất gây bệnh có trong huyết tương, được chỉ định điều trị cho nhiều bệnh lý khác nhau, đặc biệt là các bệnh lý tự miễn, huyết học, thần kinh-cơ. Có hai kỹ thuật dùng để phân tách huyết tương là màng lọc và quay ly tâm. Thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm đã được tiến hành từ rất lâu trên thế giới, nhưng ở Việt Nam cho đến nay vẫn chưa được ứng dụng rộng rãi, đặc biệt là trong môi trường hồi sức. Báo cáo này nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm trong thực hành lâm sàng.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, gồm tất cả bệnh nhân được tiến hành thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM từ 01/11/2023 đến 15/03/2024.

Kết quả: Tổng cộng có 34 lượt thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm được tiến hành trên 13 bệnh nhân trong khoảng thời gian nghiên cứu. Chỉ định thay huyết tương ở các bệnh nhân

này thuộc nhiều bệnh lý khác nhau: hội chứng Guillain-Barré (chiếm 30,7%), suy gan cấp (23,1%), sốc nhiễm khuẩn có biến chứng suy đa tạng (23,1%), viêm tụy cấp tăng triglyceride máu (7,7%). Thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm được dung nạp tốt và không ghi nhận biến chứng đáng kể. Các bệnh nhân sau thay huyết tương có sự cải thiện về triệu chứng lâm sàng rõ rệt, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân bị hội chứng Guillain-Barré. Chất chống đông citrate được sử dụng cho hầu hết các bệnh nhân, ngoại trừ bệnh nhân bị suy gan nặng, do đó cần theo dõi biến chứng hạ canxi máu trong quá trình thay huyết tương.

Kết luận: Nghiên cứu loạt ca bệnh này cho thấy thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm là phương pháp thay huyết tương hiệu quả và an toàn. Cần có thêm các nghiên cứu tiếp theo để so sánh phương pháp thay huyết tương bằng màng lọc và ly tâm, cũng như để xây dựng phác đồ chuẩn cho việc sử dụng chống đông trong quá trình thay huyết tương.

Từ khóa: thay huyết tương, thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm.

SUMMARY

CENTRIFUGAL THERAPEUTIC PLASMA EXCHANGE IN THE INTENSIVE CARE UNIT: CASE SERIES REPORT

Background: Therapeutic plasma exchange (TPE) is an extracorporeal blood purification technique that removes pathogenic substances from the plasma and is indicated for the treatment of various diseases, especially autoimmune, hematological, and neuromuscular

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Vương Mỹ Dung

SĐT: 0982996647

Email: dungym@tahospital.vn

Ngày nhận bài: 28/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 21/7/2024

Ngày duyệt bài: 05/8/2024

disorders. There are two techniques used for plasma separation: membrane filtration (mTPE) and centrifugation (cTPE). Centrifugal therapeutic plasma exchange has been performed for a long time worldwide, but in Vietnam it has not been widely used, especially in the critical care setting. This case series report aims to evaluate the efficacy and safety of cTPE in clinical practice.

Objective: Evaluating the efficacy and safety of cTPE.

Method: This descriptive case series study included all patients who underwent cTPE at the Intensive Care Unit, Tam Anh General Hospital in Ho Chi Minh City from November 1st, 2023 to March 15th, 2024.

Results: A total of 34 cTPE sessions were performed on 13 patients during the study period. Indications for TPE in these patients included various diseases: Guillain-Barré syndrome (30,7%), acute liver failure (23,1%), septic shock with multi-organ failure (23,1%), and hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis (7,7%). The cTPE was well-tolerated with no significant adverse events. Most patients showed clearly clinical improvement after procedures, especially those with Guillain-Barré syndrome. Citrate anticoagulant was used for most patients, except for those with severe liver failure, hence monitoring for hypocalcemia during cTPE procedures was necessary.

Conclusion: Our findings suggest that cTPE is a safe and effective modality for TPE. Further studies are warranted to compare mTPE with cTPE and to establish standardized protocols for anticoagulation in TPE procedures.

Keywords: therapeutic plasma exchange, centrifugal therapeutic plasma exchange

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay huyết tương (TPE - Therapeutic Plasma Exchange) là một kỹ thuật lọc máu ngoài cơ thể với cơ chế loại bỏ các chất gây bệnh như tự kháng thể, lipoprotein, phức hợp

miễn dịch lưu hành ra khỏi huyết tương, được chỉ định điều trị cho nhiều bệnh lý khác nhau, đặc biệt là các bệnh lý tự miễn, huyết học, thần kinh-cơ. Có hai kỹ thuật để phân tách huyết tương là sử dụng màng lọc (mTPE) và hệ thống quay ly tâm (cTPE). Thay huyết tương bằng màng lọc được sử dụng phổ biến hơn ở Nhật Bản và Đức, trong khi thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm lại được ưa chuộng hơn ở Mỹ và các quốc gia còn lại ở châu Âu [5].

Riêng tại Việt Nam, kỹ thuật thay huyết tương đã được triển khai từ nhiều năm nay và ứng dụng ngày càng rộng rãi trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu, chủ yếu là sử dụng màng lọc, chưa có nhiều báo cáo nghiên cứu về thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm. Tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc, bệnh viện đa khoa Tâm Anh TP.HCM, đã có tổng cộng 130 lượt thay huyết tương được tiến hành trong năm 2023 và có xu hướng gia tăng trong những tháng đầu năm 2024, phần lớn sử dụng màng lọc và gần đây bắt đầu sử dụng phương pháp ly tâm. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm bước đầu đánh giá hiệu quả và tính an toàn của thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân > 18 tuổi được tiến hành thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc, bệnh viện đa khoa Tâm Anh TP.HCM từ 01/11/2023 đến 15/03/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

2.2.2. Nội dung nghiên cứu: Mô tả đặc điểm của nhóm bệnh nhân được thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm trong thời

gian nghiên cứu, đánh giá kết quả sau thay huyết tương và độ an toàn của phương pháp can thiệp này.

2.2.3. Tiêu chí đánh giá:

- Kết cục sau can thiệp điều trị ở nhóm bệnh nhân mắc hội chứng Guillain-Barré.

- Sự thay đổi chỉ số bilirubin máu sau thay huyết tương ở nhóm bệnh nhân suy gan cấp.

- Sự thay đổi chỉ số triglyceride máu sau thay huyết tương ở nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp tăng triglyceride.

- Các biến chứng ghi nhận được liên quan quá trình thay huyết tương.

2.2.4. Quy trình thay huyết tương:

Thể tích huyết tương của bệnh nhân được tính theo công thức:

$V \text{ (ml)} = 70 \times \text{cân nặng (kg)} \times (1 - \text{Hematocrit})$

Bác sĩ điều trị chỉ định thể tích và loại dịch thay thế (huyết tương tươi đông lạnh hoặc albumin). Nếu dịch thay thế là albumin: pha dung dịch albumin 20% với túi dịch Duosol® (B.Braun) thành dung dịch albumin 5% với thể tích được chỉ định.

Tất cả bệnh nhân đều được thay huyết tương qua catheter lọc máu 12Fr hai nòng đặt vào tĩnh mạch cảnh trong hoặc tĩnh mạch đùi, tốc độ dòng rút máu (Qb) cài đặt trong

khoảng 60 - 70 ml/phút, sử dụng máy COM.TEC® (Fresenius Kabi), chất chống đông citrate (ACD-A: Acid-Citrate-Dextrose Formula A) với liều dùng được cài đặt trên máy theo tỷ lệ ACD-A : Máu = 1:17, ngoại trừ bệnh nhân suy gan cấp không dùng chống đông.

Điện giải bổ sung:

- Calci chloride 10% 5ml: 1 ống cho mỗi 1000ml dịch thay thế là albumin 5%; 2,5 ống cho mỗi 1000ml dịch thay thế là huyết tương tươi đông lạnh.

- Magne sulfate 15% 10ml: 1 ống truyền tĩnh mạch chậm sau thay huyết tương.

2.2.5. Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập theo hồ sơ bệnh án, nhập bằng excel và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 13 bệnh nhân được thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm trong khoảng thời gian nghiên cứu, với tổng lượt thay huyết tương là 34 lượt.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $63,4 \pm 15,1$; trong đó có 9 bệnh nhân nam (69%) và 4 bệnh nhân nữ (31%).

3.2. Chỉ định thay huyết tương

Bảng 1: Các chỉ định thay huyết tương trong nhóm nghiên cứu

Chỉ định	Số bệnh nhân (Tỷ lệ)
Hội chứng Guillain-Barré	4 (30,7%)
Suy gan cấp	3 (23,1%)
Sốc nhiễm khuẩn biến chứng suy đa tạng	3 (23,1%)
Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC)	2 (15,4%)
Viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu	1 (7,7%)

Bệnh cảnh được chỉ định thay huyết tương nhiều nhất là hội chứng Guillain-Barré, tiếp theo là suy gan cấp và sốc nhiễm khuẩn có biến chứng suy đa tạng.

3.3. Đặc điểm các cuộc thay huyết tương

- Số lần thay huyết tương trên mỗi bệnh nhân:

Bảng 2: Số lần thay huyết tương

Số lần thay huyết tương	Số bệnh nhân (Tỷ lệ)
1 lần	6 (46%)
3 lần	3 (23%)
4 lần	1 (8%)
5 lần	3 (23%)

Đa số bệnh nhân được thay huyết tương 1 lần, trong đó chủ yếu là các bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có biến chứng suy đa cơ quan, DIC và 1 bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride.

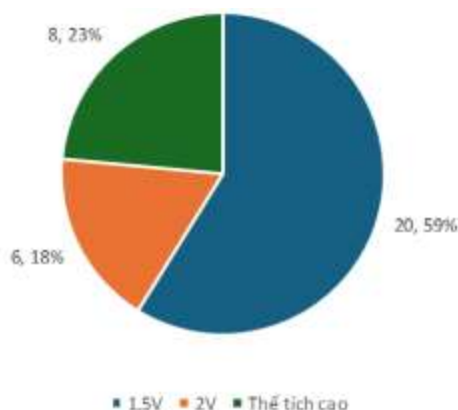
Các bệnh nhân được thay huyết tương 4 đến 5 lần chủ yếu thuộc nhóm bệnh nhân

Guillain-Barré với tần suất thay huyết tương cách mỗi ngày.

- **Loại dịch thay thế được sử dụng:**

Dung dịch Albumin 5% được sử dụng nhiều nhất (chiếm 59%) và cho tất cả các bệnh nhân mắc hội chứng Guillain-Barré.

- **Thể tích dịch thay thế:**



Biểu đồ 1: Thể tích dịch thay thế cho mỗi lượt thay huyết tương

Đa số các lần thay huyết tương sử dụng thể tích dịch thay thế là 1,5 lần thể tích huyết tương bệnh nhân, chiếm 20,6%. Thay huyết tương thể tích cao (bằng ít nhất 15% cân nặng lý tưởng của bệnh nhân) được áp dụng chủ yếu trên các bệnh nhân suy gan cấp, chiếm 8,23%.

3.4. Kết cục điều trị:

Bảng 3: Kết cục của các bệnh nhân sau đợt điều trị

Sống xuất viện	9 (69,2%)
Tử vong hoặc bệnh nặng xin về	4 (30,8%)

Có 4 bệnh nhân tử vong tại bệnh viện hoặc gia đình xin đưa về tử vong tại nhà, đều là những trường hợp nhập viện với bệnh cảnh sốc nhiễm khuẩn sau đó diễn tiến suy đa tạng, điều trị kết hợp với lọc máu liên tục (CRRT).

Bảng 4: Sự thay đổi chỉ số bilirubin toàn phần sau TPE

Chỉ số	n	Trước TPE	Sau TPE	p
Bilirubin toàn phần ($\mu\text{mol/L}$)	5	$196,8 \pm 49,6$	$121,8 \pm 48,5$	0,032

Trong nhóm bệnh nhân suy gan cấp với các lần xét nghiệm chỉ số bilirubin toàn phần trước và sau thay huyết tương thu thập được, ghi nhận chỉ số bilirubin toàn phần giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) sau thay huyết tương.

Trong nhóm 4 bệnh nhân mắc hội chứng Guillain-Barré, chẩn đoán được xác định dựa trên thăm khám lâm sàng của bác sĩ chuyên khoa nội thần kinh và kết quả đo điện cơ. Trước khi xuất viện tất cả bệnh nhân đều được đo điện cơ. Tại thời điểm xuất viện, có 3 bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng và thể hiện trên kết quả đo điện cơ. 1 bệnh nhân còn lại được ghi nhận cải thiện triệu chứng lâm sàng sau xuất viện 3 tuần.

Một trường hợp bệnh nhân viêm tụy cấp tăng triglyceride có kết quả xét nghiệm triglyceride máu ban đầu là 30,5 mmol/L, sau thay huyết tương là 3,6 mmol/L. Bệnh nhân này sau đó được tiếp tục điều trị nội khoa, xuất viện ổn.

3.5. Biến chứng liên quan quá trình thay huyết tương:

Không ghi nhận các biến chứng như: tắc hệ thống quay ly tâm, dị ứng, sốc phản vệ, hạ kali máu, hạ canxi máu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả của thay huyết tương:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh được chỉ định thay huyết tương nhiều nhất là hội chứng Guillain-Barré, tiếp theo là suy gan cấp và sốc nhiễm khuẩn biến chứng suy đa tạng. Theo hướng dẫn của Hiệp hội phân tách máu Hoa Kỳ (ASFA) năm 2023,

thay huyết tương được khuyến cáo mức độ mạnh (Category I, Grade 1A) trong điều trị hội chứng Guillain-Barré và suy gan cấp, nhưng mức độ khuyến cáo thấp (Category III, Grade 2A) đối với bệnh cảnh sốc nhiễm khuẩn biến chứng suy đa tạng hoặc DIC [8].

Tất cả bệnh nhân mắc hội chứng Guillain-Barré trong nghiên cứu này đều có sự cải thiện về triệu chứng lâm sàng (cải thiện sức cơ theo đánh giá lâm sàng của bác sĩ chuyên khoa Nội thần kinh) sau khi kết thúc 5 lượt thay huyết tương cách nhau mỗi ngày, với thể tích dịch thay thế 1,5V, thực hiện theo khuyến cáo của ASFA [8]. Trong một báo cáo của tác giả Nguyễn Hữu Công (2013) cũng ghi nhận 83,3% bệnh nhân Guillain-Barré có đáp ứng điều trị với thay huyết tương, thể tích dịch thay thế là 1-1,5V [1].

Trong nhóm bệnh nhân suy gan cấp với đa số lần là thay huyết tương thể tích cao, chỉ số bilirubin toàn phần sau thay huyết tương giảm có ý nghĩa thống kê, tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đăng Đức [3]. Đối với bệnh cảnh suy gan cấp, ASFA cũng đưa ra khuyến cáo thay huyết tương thể tích cao, với tần suất thực hiện mỗi ngày trong 3 ngày liên tiếp [8].

Đối với bệnh cảnh sốc nhiễm khuẩn biến chứng suy đa tạng, hầu hết bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chỉ được thay huyết tương 1 lần và đều có kết cục tử vong. Xét về chỉ định, chúng tôi tiến hành thay huyết tương trên những bệnh nhân này như một liệu pháp cứu vãn. Hiện nay vẫn chưa có nhiều bằng chứng rõ rệt về vai trò của thay huyết tương trong việc cải thiện tỷ lệ sống sót ở

bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có một bệnh nhân viêm tụy cấp tăng triglyceride, sau thay huyết tương chỉ số triglyceride máu giảm rõ rệt (30,5 mmol/L trước thay huyết tương và 3,6 mmol/L sau thay huyết tương). Nghiên cứu của tác giả Tô Hoàng Dương (2022) cũng cho thấy thay huyết tương là một liệu pháp hiệu quả trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp tăng triglyceride, phần lớn bệnh nhân chỉ phải thay huyết tương 1 lần [2].

4.2. Biến chứng liên quan quá trình thay huyết tương:

Theo y văn, các biến chứng liên quan quá trình thay huyết tương (kể cả bằng màng lọc và phương pháp ly tâm) không thường gặp, có thể kể đến bao gồm: tụt huyết áp, dị ứng, sốc phản vệ, tắc catheter lọc máu, tắc quả lọc, xuất huyết, giảm tiểu cầu, hạ kali máu, hạ canxi máu (thường gặp hơn khi sử dụng kháng đông citrate so với heparin) [5].

Trong nghiên cứu của tác giả Tô Hoàng Dương, ghi nhận biến chứng tắc quả lọc 7,1%, tắc catheter lọc máu 7,1%, không ghi nhận trường hợp sốc phản vệ [2]. Nghiên cứu của tác giả Võ Thị Đoan Thục (2021) ghi nhận biến chứng trong quá trình thay huyết tương bao gồm hạ kali máu 18,3%, dị ứng với huyết tương 10,2%, tắc quả lọc 2% [4]. Hai nghiên cứu này đều sử dụng màng lọc thay huyết tương.

Trong một nghiên cứu so sánh giữa mTPE và cTPE, tác giả Carsten Hafer báo cáo thời gian tiến hành mTPE kéo dài hơn

10,4% so với cTPE và không ghi nhận biến chứng tắc hệ thống đối với cTPE, trong khi có 1 trường hợp tắc màng lọc mTPE và 2 trường hợp phải chủ động thay màng mTPE do áp lực xuyên màng tăng cao (trong tổng số 20 lượt mTPE) [6].

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận các biến chứng như tắc hệ thống quay ly tâm, dị ứng, sốc phản vệ, hạ kali máu, hạ canxi máu.

Mặc dù chúng tôi không ghi nhận thời gian chính xác cho mỗi lần tiến hành thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm, nhưng ước tính với tốc độ dòng rút máu (Qb) khoảng 60 - 70 ml/phút, chỉ mất khoảng 2 - 2,5 giờ cho mỗi cuộc thay huyết tương với thể tích dịch thay thế là 5 lít. Trong khi mỗi cuộc thay huyết tương bằng màng lọc với cùng thể tích đó thông thường kéo dài khoảng 3 - 4 giờ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu loạt ca bệnh này bước đầu cho thấy thay huyết tương bằng phương pháp ly tâm là phương pháp thay huyết tương hiệu quả (chủ yếu đối với hội chứng Guillain-Barré) và an toàn. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn nhiều mặt hạn chế về thiết kế nghiên cứu và số lượng cỡ mẫu, cũng như chưa có đủ các dữ liệu chính xác để phân tích. Do đó, cần có thêm các nghiên cứu tiếp theo để so sánh phương pháp thay huyết tương bằng màng lọc và ly tâm, cũng như để xây dựng phác đồ chuẩn cho việc sử dụng chống đông trong quá trình thay huyết tương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Nguyễn Hữu Công & Bùi Huy Hảo.** Hiệu quả thay huyết tương trong điều trị bệnh viêm đa rễ dây thần kinh cấp. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2013;17(1):84.
- 2. Tô Hoàng Dương & Nguyễn Thế Anh.** Nhận xét kết quả thay huyết tương trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu tại bệnh viện Hữu Nghị. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2022;508(1).
- 3. Nguyễn Đăng Đức, Bế Hồng Thu, Lê Lan Phương & Nguyễn Hồng Tốt.** Đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ suy gan cấp bằng phương pháp thay huyết tương thể tích cao. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 2022;17(7).
- 4. Võ Thị Đoan Thục, Phạm Thị Ngọc Thảo, Trần Văn Huy.** Nghiên cứu hiệu quả của thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp nặng do tăng triglyceride máu tại bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y dược học - Trường Đại học Y dược Huế. 2021;11(3):7.
- 5. Cervantes CE, Bloch EM, Sperati CJ.** Therapeutic Plasma Exchange: Core Curriculum 2023. Am J Kidney Dis. 2023;81(4):475-492.
- 6. Hafer C., Golla P., Gericke M. et al.** Membrane versus centrifuge-based therapeutic plasma exchange: a randomized prospective crossover study. Int Urol Nephrol. 2016;48:133-138.
- 7. Lee OPE, Kanesan N, Leow EH, et al.** Survival Benefits of Therapeutic Plasma Exchange in Severe Sepsis and Septic Shock: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Intensive Care Medicine. 2023;38(7):598-611.
- 8. Laura Connelly-Smith et al.** Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice - Evidence-Based Approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis: The Ninth Special Issue. Journal of Clinical Apheresis. 2023;38(2):77-278.

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG CỦA GÂY TÊ LIÊN TỤC KHOANG MẠC CHẬU DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH NĂM 2024

Nguyễn Xuân Anh¹, Nguyễn Mạnh Trường¹,
Nguyễn Trung Dũng¹, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau và các tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê liên tục khoang mạc chậu dưới hướng dẫn siêu âm ở bệnh nhân phẫu thuật thay khớp háng. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** 30 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng theo chương trình được giảm đau sau phẫu thuật bằng phương pháp gây tê liên tục khoang mạc chậu dưới hướng dẫn siêu âm tại Khoa Gây mê hồi sức- Bệnh viện đa khoa Tâm Anh từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 6 năm 2024. **Kết quả:** Thời gian làm thủ thuật là $12,51 \pm 3,65$ (phút). Điểm đau VAS trung bình khi nghỉ ngơi và khi vận động tại các thời điểm nghiên cứu đều < 4 , không có bệnh nhân nào phải dùng phối hợp thêm PCA morphin để giải cứu và 63,7% có bệnh nhân có mức độ rất hài lòng, 33,3% ở mức độ hài lòng và 3,3% không hài lòng. Một số tác dụng không mong muốn đều thấp và không có biến chứng sau gây tê. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp gây tê liên tục khoang mạc chậu dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp an toàn và hiệu quả sau phẫu thuật thay khớp háng,

giúp tăng cường hồi phục cũng như tăng mức độ hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật.

Từ khóa: Giảm đau, phẫu thuật thay khớp háng, gây tê liên tục khoang mạc chậu dưới hướng dẫn siêu âm.

SUMMARY

POSTOPERATIVE ANALGESIC OF ULTRASOUND-GUIDED CONTINUOUS FASCIA ILIACA COMPARTMENT BLOCK IN HIP REPLACEMENT SURGERY AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objective: The aim of the study was to evaluate the postoperative analgesic effect and the side effects of ultrasound-guided continuous fascia iliaca compartment block (FICB) in hip replacement surgery. **Subject and method:** 30 patients undergoing scheduled hip replacement surgery received postoperative analgesia of ultrasound-guided continuous fascia iliaca compartment block at the Department of Anesthesiology - Tam Anh General Hospital from January 2024 to June 2024. **Result:** It took 12.51 ± 3.65 minutes for FICB technique. The average VAS pain score at rest and during movement at all study times was < 4 , no patient had to use PCA morphine in combination to rescue and 63.7% of patients were delighted, 33.3% were satisfied and 3.3% were dissatisfied. The side effects are low and there are no complications after anesthesia. **Conclusion:** Our study shows that ultrasound-guided continuous

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Anh
SĐT: 0983330292

Email: xuananhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 03/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 21/7/2024

Ngày duyệt bài: 02/8/2024

fascia iliaca compartment block is a safe and effective method after hip replacement surgery, helping to enhance recovery and increase patient satisfaction patients after surgery.

Keywords: Postoperative analgesic, hip replacement surgery, ultrasound-guided continuous fascia iliaca compartment block

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp háng là một trong những phẫu thuật thường gặp trong chấn thương chỉnh hình, đặc biệt hay gặp ở đối tượng người cao tuổi. Cường độ đau sau phẫu thuật khớp háng được xếp vào nhóm vừa đến nặng [3]. Việc giảm đau không hiệu quả sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng đến mức độ hồi phục sau mổ, khả năng tập phục hồi chức năng sớm cũng như tăng tỷ lệ các biến chứng khác sau phẫu thuật. Hiện nay có nhiều phương pháp giảm đau đã được nghiên cứu và áp dụng như giảm đau toàn thân đường tĩnh mạch, gây tê ngoài màng cứng, gây tê thần kinh ngoại vi... Trong đó, gây tê khoang mạc chậu (Fascia Iliaca Compartment Block- FICB) là phương pháp gây tê vùng đã được chứng minh có tính an toàn và hiệu quả với ít nguy cơ, tỷ lệ thất bại và tác dụng phụ trong một vài nghiên cứu trên thế giới [4],[5],[6]. Tại Việt Nam, phương pháp gây tê khoang mạc chậu còn là phương pháp gây tê vùng tương đối mới và có ít nghiên cứu chứng minh tính hiệu quả cũng như các tác dụng không mong muốn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật thay khớp háng của phương pháp gây tê liên tục khoang mạc chậu liên tục dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh năm 2024.*

2. *Phân tích các tác dụng không mong muốn của phương pháp trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trên bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật thay khớp háng tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi \geq 18, ASA I, II, III, có chỉ định phẫu thuật thay khớp háng, đồng ý giảm đau bằng gây tê liên tục khoang mạc chậu. Tiêu chuẩn loại trừ: Chống chỉ định gây tê tủy sống, nhiễm trùng vùng chọc kim. Tiền sử rối loạn tâm thần, bệnh nhân không hợp tác. Có biến chứng nghiêm trọng trong và sau phẫu thuật. Bệnh nhân không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không đối chứng. Địa điểm: Nghiên cứu tiến hành tại khoa Gây mê hồi sức, khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện đa khoa Tâm Anh. Thời gian: Từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024. Cỡ mẫu: 30 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật thay khớp háng được gây tê liên tục khoang mạc chậu liên tục dưới hướng dẫn siêu âm

* Tiến hành nghiên cứu:

✓ Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

- Khám và đánh giá các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng, đối chiếu với các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

- Hướng dẫn cách hợp tác nghiên cứu: Cách sử dụng thước đau VAS, ghi nhận và báo cáo thang điểm đau, mức cần thiết đòi hỏi thuốc giảm đau.

✓ Các bước tiến hành

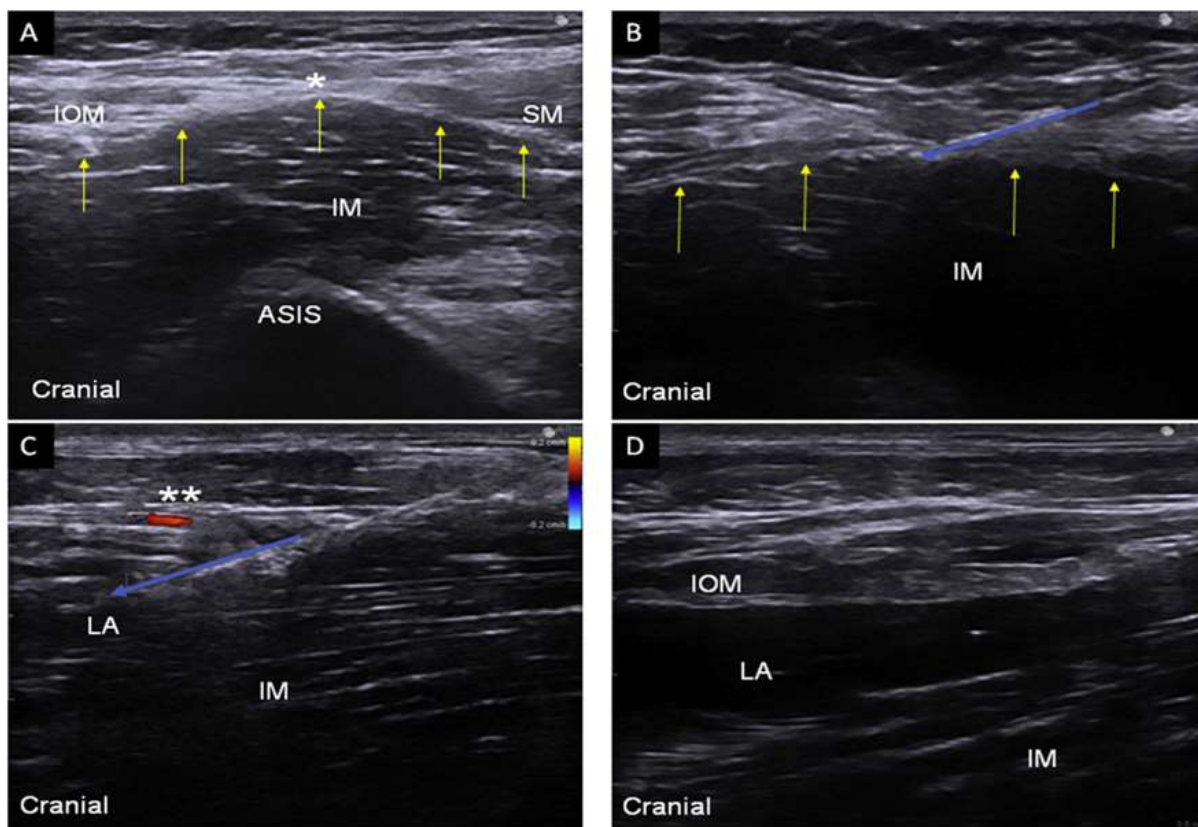
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa

- Dùng đầu dò siêu âm thẳng, tần số 10-12 MHz để xác định hình ảnh thần kinh đùi tăng âm phía ngoài động mạch đùi, sâu khoảng 2-4 cm. Mạc chậu phủ lên trên thần kinh đùi và cơ thắt lưng chậu.

- Quay đầu dò vuông góc với dây chằng

bện và hướng lên trên, chọc kim in-plane. Đầu kim được đưa vào vị trí giao điểm giữa cơ may và các lớp cơ bụng. Tách 1-2 ml

NaCl 0,9% xuất hiện dấu hiệu “phồng xẹp”. Xác định độ sâu của kim tê và luồn catheter vào khoang mạc chậu.



Hình A: Hình ảnh mạc chậu trên siêu âm, Hình B: Hình ảnh kim tê dưới mạc chậu, Hình C: Bắt đầu tiêm thuốc tê dưới mạc chậu, Hình D: Thuốc tê tách rộng khoang mạc chậu

Chú thích: ASIS: gai chậu trước trên, IM: cơ chậu, IOM: cơ chéo bụng trong, SM: cơ may, LA: thuốc tê, *: dấu hiệu thắt nơ, **: ĐM mũ chậu sâu.

- Hút thử catheter nếu không có máu chảy ra bơm 20 ml Anaropin 0,25% qua catheter khoang mạc chậu, kiểm tra sự lan tỏa thuốc tê dưới siêu âm, sự lan tỏa thuốc tê đến vị trí thần kinh đùi và thần kinh bì đùi ngoài.

- Cố định chân catheter, dán băng dính trong phủ catheter. Đánh giá vùng phong bế cảm giác bằng test nóng lạnh.

- Sau phẫu thuật, khi hết tác dụng của tê tủy sống và điểm VAS > 4, cả 2 nhóm đều được truyền liên tục qua catheter Anaropin 0,1% với tốc độ 5ml/h, điều chỉnh theo điểm VAS.

- Vô cảm trong mổ: Bệnh nhân sau khi thực hiện thủ thuật gây tê giảm đau được gây tê tủy sống cùng quy trình cho cả 2 nhóm với ropivacain và fentanyl.

- Giảm đau cơ bản: Cả 2 nhóm đều dùng hỗ trợ thêm giảm đau Paracetamol 3g/lần truyền tĩnh mạch chia 3 lần/ngày.

*** Các tiêu chí đánh giá****✓ Hiệu quả giảm đau (theo mục tiêu 1)**

- Điểm đau VAS khi nghỉ và khi vận động tại các thời điểm sau: H0: ngay trước khi tiêm liều giảm đau đầu tiên. H0.5: 30 phút, H3: Giờ thứ 3, H6: Giờ thứ 6, H12: Giờ thứ 12, H18: Giờ thứ 18, H24: Giờ thứ 24, H36: Giờ thứ 36, H48: Giờ thứ 48, H72: Giờ thứ 72 sau khi tiêm liều đầu.

- Thời gian phẫu thuật: Tính từ lúc bắt đầu rạch da cho đến khi hoàn thành mũi khâu da cuối cùng.

- Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ lúc bắt đầu tư thế bệnh nhân cho đến khi hoàn thành khâu cố định catheter.

- Số lượng bệnh nhân phải sử dụng PCA morphin.

- Mức độ hài lòng của bệnh nhân về phương pháp giảm đau theo Terhenger.

✓ Các tác dụng không mong muốn và biến chứng (theo mục tiêu 2)

- Ước chế vận động: Đánh giá mức độ ức chế vận động theo tiêu chuẩn Bromage.

- Biến chứng liên quan đến kỹ thuật:

Chọc vào mạch máu, nhiễm trùng điểm chọc, tụ máu vị trí gây tê, đau tại vị trí gây tê, ngộ độc thuốc tê.

- Biến chứng liên quan tới thuốc: nôn, buồn nôn, ngứa, suy hô hấp, tụt huyết áp, nhịp tim chậm, run, bí tiểu.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập, xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được mô tả dưới dạng tỉ lệ phần trăm (%), phép so sánh χ^2 .

2.4. Đạo đức của nghiên cứu

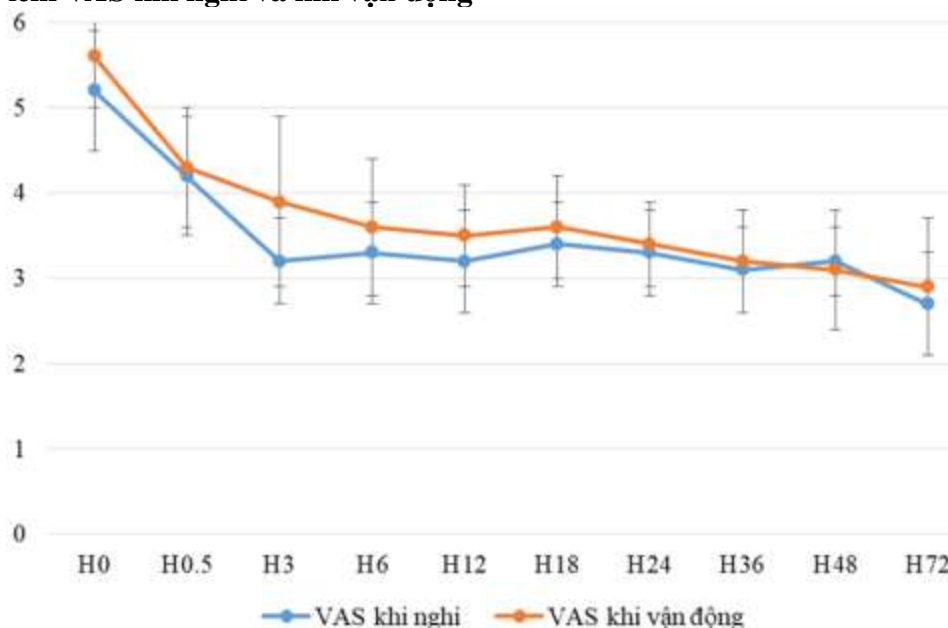
Nghiên cứu được Hội đồng nghiên cứu khoa học tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh thông qua. Nghiên cứu có sự đồng ý của lãnh đạo cấp cơ sở và sự chấp thuận tự nguyện của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi cho cơ sở nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu. Giữ bí mật cho người cung cấp thông tin. Nghiên cứu chỉ phục vụ cho sức khỏe bệnh nhân (cộng đồng), ngoài ra không có mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung****Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

Đặc điểm chung		Giá trị (n=30)
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$, (năm))		62,31 \pm 17,15
Tỉ lệ nam/nữ		17/13
BMI ($\bar{X} \pm SD$, kg/m ²)		20,65 \pm 2,41
Thời gian thực hiện thủ thuật (phút)		12,51 \pm 3,65
Chỉ định phẫu thuật	Hoại tử chỏm xương đùi (%)	22 (73,3%)
	Gãy cổ xương đùi (%)	8 (23,3%)

Nhận xét: Bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 62, với chỉ số khối cơ thể trong giới hạn bình thường. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình khoảng 12 phút. Chỉ định thay khớp háng do hoại tử chỏm xương đùi có 22 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 73,3%, do gãy cổ xương đùi có 8 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 23,3%.

3.2. Điểm VAS khi nghỉ và khi vận động



Biểu đồ 1. Điểm VAS khi nghỉ và khi vận động tại các thời điểm

Nhận xét: Điểm VAS khi nghỉ và khi vận động trước khi tiêm liều giảm đau đầu tiên lớn hơn 4. Tại tất cả các thời điểm nghiên cứu sau tiêm thuốc giảm đau, điểm VAS khi nghỉ và khi vận động đều nhỏ hơn 4. Không có bệnh nhân cần giải cứu bằng PCA morphin.

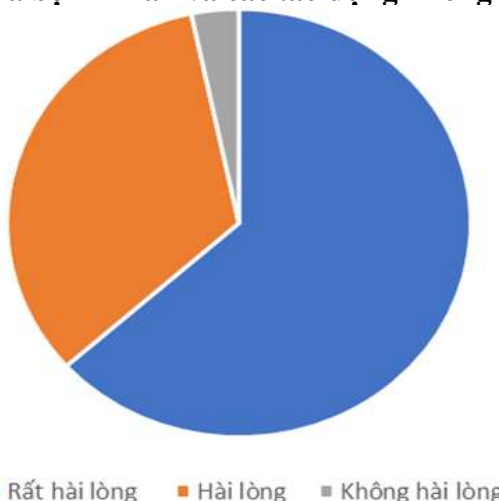
3.3. Mức độ ức chế vận động sau gây tê

Bảng 2. Mức độ ức chế vận động sau gây tê

Điểm Bromage	Độ 0 (%)	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)
Giá trị	86,7	13,3	0	0

Nhận xét: Mức độ ức chế vận động theo thang điểm Bromage chiếm 13,3% ở mức độ 1.

3.4. Mức độ hài lòng của bệnh nhân và các tác dụng không mong muốn



Biểu đồ 2. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Nhận xét: Mức độ rất hài lòng của bệnh nhân là 63,7%, ở mức độ hài lòng là 33,3% và có 3,3% không hài lòng về phương pháp giảm đau.

Tỉ lệ nôn, buồn nôn trong nghiên cứu là 6,7%. Không xuất hiện các tác dụng không mong muốn khác và biến chứng sau gây tê.

IV. BÀN LUẬN

Với xu hướng giảm đau đa phương thức sau phẫu thuật, việc sử dụng các phương pháp gây tê vùng giúp giảm nhu cầu về Opioid sau mổ và tăng cường hồi phục cũng như tập phục hồi chức năng ở người bệnh phẫu thuật thay khớp háng. Gây tê liên tục khoang mạc chậu là một phương pháp giảm đau gây tê vùng với ít nguy cơ, tỷ lệ thất bại, tác dụng phụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân đều được tiêm một liều ban đầu qua Catheter với 20ml Ropivacain 0,25%, sau đó duy trì Anaropin 0,1% với tốc độ 5ml/h. Sau mổ dùng phối hợp thêm Paracetamol 1g truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ. Không có bệnh nhân nào phải dùng thêm PCA morphin để giải cứu, bệnh nhân khi nghỉ có VAS < 3, khi vận động có điểm VAS không quá 4. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Bá Tuấn (2020) [1] tại các thời điểm nghiên cứu trong vòng 72h sau phẫu thuật cả khi nghỉ và khi vận động. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của tác giả Gao Ying (2022) [7] tại các thời điểm 12h và 24h sau phẫu thuật. Tác giả Gao Ying tổng hợp từ 7 nghiên cứu RCT chỉ ra sự khác biệt đáng kể về điểm VAS sau phẫu thuật của nhóm MC thấp hơn nhóm chứng tại các thời điểm 12h (WMD = -0,285, 95% CI [-0,460, -0,109], P = 0,002) và 24h (WMD = -0,391, 95% CI [-0,723, -0,059], P = 0,021), đồng thời giảm lượng Opioid vượt trội đáng kể so với nhóm giả dược tại các

thời điểm sau phẫu thuật 12h (WMD = -5,394, 95% CI [-8,772, -2,016], P = 0,002) và 24h (WMD = -6,376, 95% CI [-10,737, -2,016], P = 0,004). Mức độ ức chế vận động theo thang điểm Bromage chiếm 13,3% ở mức độ 1. Điều này có thể lí giải là do thuốc tê lan từ mạc chậu vào thần kinh đùi một số trường hợp do vị trí catheter đặt gần thần kinh đùi khiến thể tích thuốc tê lan vào thần kinh đùi nhiều, khiến thần kinh đùi bị phong bế nhiều có thể gây ức chế vận động của cơ tứ đầu đùi dẫn đến yếu cơ này. Mức độ rất hài lòng của bệnh nhân là 63,7%, ở mức độ hài lòng là 33,3% và có 1 bệnh nhân không hài lòng về phương pháp giảm đau chiếm tỷ lệ 3,3%. Lí do người bệnh đánh giá không hài lòng do than phiền về việc tê bì và hạn chế vận động cơ tứ đầu đùi.

Về tác dụng phụ, tỷ lệ nôn, buồn nôn trong nghiên cứu là 6,7%. tương đồng với nghiên cứu các nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Tuấn [2], Tarakegn [8]. Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi, không xuất hiện các tác dụng phụ nguy hiểm như suy hô hấp, nhịp tim chậm, tụt huyết áp,... Điều này là tương đồng với nhiều nghiên cứu cho thấy tác dụng không mong muốn của gây tê thần kinh ngoại vi là thấp hơn nhiều so giảm đau ngoài màng cứng, có thể lí giải là do trong nghiên cứu không sử dụng Opioid. Đây là một trong những ưu điểm lớn của phương pháp gây tê ngoại vi so các phương pháp giảm đau toàn thân hoặc gây tê trực như ngoài màng cứng giúp giảm đáng kể các tác dụng phụ không mong muốn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp biến chứng nào sau gây tê, lí giải điều này là do chúng tôi tiến hành phương pháp gây tê dưới hướng dẫn siêu âm, bác sĩ thực hiện thủ thuật có thể quan sát rõ được các cấu trúc mạc, cơ, mạch máu, thần kinh do đó giảm tai biến tổn

thương mạch máu, thần kinh. Ngoài ra thủ thuật được thực hiện hoàn toàn vô khuẩn, nên nguy cơ nhiễm trùng vị trí tê cũng là rất thấp. Với lượng thuốc tê phù hợp, hút lại thuốc trước khi tiêm nên nguy cơ thuốc tê vào tuần hoàn hệ thống là không có, do đó nguy cơ ngộ độc thuốc tê cũng là rất thấp. Điều này cho thấy ưu điểm tuyệt đối của gây tê dưới hướng dẫn siêu âm so với gây tê dựa vào mốc giải phẫu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp gây tê liên tục khoang mạc chậu dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp an toàn và hiệu quả sau phẫu thuật thay khớp háng, giúp tăng cường hồi phục cũng như tăng mức độ hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Tuân** (2020), So sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật khớp háng của gây tê khoang mạc chậu với gây tê ngoài màng cứng, Đại học Y Hà Nội.
2. **Tuấn Hoàng Văn** (2021), "Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật thay khớp háng của phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng liên tục dưới hướng dẫn siêu âm", Tạp chí Nghiên cứu Y học. 138(2), tr. 101-107.
3. **Dauphin, Alexandre và các cộng sự.** (1997), "Comparison of general anesthesia with and without lumbar epidural for total hip arthroplasty: effects of epidural block on hip arthroplasty", *Journal of clinical anaesthesia*. 9(3), tr. 200-203.
4. **Craig, Douglas và Carli, Franco** (2018), "Bromage motor blockade score—a score that has lasted more than a lifetime", *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*. 65(7), tr. 837-838.
5. **Zhang, Xiao-yan và Ma, Jian-bao** (2019), "The efficacy of fascia iliaca compartment block for pain control after total hip arthroplasty: a meta-analysis", *Journal of orthopaedic surgery and research*. 14(1), tr. 1-10.
6. **Alrefaey, A. K., & Abouelela, M. A.** (2020). Pericapsular nerve group block for analgesia of positioning pain during spinal anesthesia in hip fracture patients, a randomized controlled study. *Egyptian Journal of Anaesthesia*, 36(1), 234–239.
7. **Gao, Ying và các cộng sự.** (2022), "Effects of Continuous Fascia Iliaca Compartment Block on Early Quality of Recovery After Total Hip Arthroplasty in Elderly Patients: A Randomized Controlled Trial", *Journal of Pain Research*. 15, tr. 1837.
8. **Tarekegn, Fantahun và Sisay, Amanuel** (2021), "A review of evidence-based clinical practice on fascia iliaca compartment block for lower limb injury", *Annals of Medicine and Surgery*. 69, tr. 102758.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN PHẢN VỆ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI TỪ NĂM 2021 ĐẾN 2024

Nguyễn Thị An¹, Hà Viết Ngọc¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và kết quả điều trị ở những bệnh nhân phản vệ. **Phương pháp nghiên cứu:** quan sát mô tả. **Kết quả:** 99 bệnh nhân phản vệ gồm 40 nam (40,40%); 59 nữ (59,60%) với tuổi trung bình $37,23 \pm 14,45$. Lâm sàng hay gặp nhất là biểu hiện da: 20,20% đỏ da, 67,67% ban sẩn ngứa, 35,35% phù mắt, mắt hoặc môi; hô hấp: 33,33% cảm giác khó thở, 8,08% rít thanh quản; tiêu hóa: 22,22% đau bụng, 8,08% đi ngoài phân lỏng, 17,17% nôn hoặc buồn nôn; tim mạch: 14% đau ngực hoặc hồi hộp trống ngực, 19,19% tụt huyết áp, 12,12% tăng huyết áp, 33,33% mạch nhanh và 7,07% hoa mắt chóng mặt. Các mức độ phản vệ: 19,19% độ I; 53,54% độ II và 27,27% độ III. Nguyên nhân phản vệ: 45,46% do thuốc, 10,10% do côn trùng; 34,34% do thức ăn, 10,10% chưa rõ dị nguyên. Khoa điều trị: 38,38% tại ICU; 15,15% nội CSGN; 46,47% tại nội tổng hợp. Cận lâm sàng: giá trị IgE trung bình $299,61 \pm 344,59$ (UI/ml); lactate $4,14 \pm 2,80$ (mmol/l); hematocrit $0,42 \pm 0,06$ (L/L); creatinin $73,65 \pm 25,02$ (mcmmol/l). Toàn chuyên hóa xuất hiện ở 18 (62,07%) trong số 29 ca được làm khí máu động mạch. Điều trị: Adrenalin được tiêm bắp ở 71,71% ,và được duy trì tĩnh mạch ở 15,15% bệnh nhân, 26,26% thở oxy, 2 ca (2,02%) cần đặt

nội khí quản, thở máy. Số giờ nằm viện trung bình $39,93 \pm 38,27$ giờ. 84,85% bệnh nhân ra viện hết triệu chứng, 14,14% còn các triệu chứng nhẹ như phù mi mắt, đỏ da, ban sẩn ngứa và 01 ca (1,01%) còn tụt huyết áp, duy trì vận mạch, thở máy, gia đình xin chuyển viện điều trị.

Từ khóa: dị ứng, sốc phản vệ.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND RESULTS OF TREATMENT IN ANAPHYLACTIC PATIENTS AT HA NOI TAM ANH GENERAL HOSPITAL FROM 2021 TO 2024

Objective: To describe the clinical, paraclinical features, and results of treatment in anaphylactic patients. **Method:** Observational descriptive study. **Results:** 99 patients with 40 male (40.40%); 59 female (59.60%) with the average age was 37.23 ± 14.45 . Clinical features: skin 20.20% red skin, 67.67% itchy rash, 35.35% angioedema; respiratory symptoms: 38% feeling short of breath, 8% laryngeal wheezing; digestive symptoms: 22.22% abdominal pain, 8.08% loose stools, 17.17% vomiting or nausea; cardiovascular symptoms: 10.10% chest pain or palpitations, 19.19% hypotension, 12.12% hypertension, 33.33% rapid pulse and 7.07% dizziness. Grades: 19.19% grade I; 53.54% grade II and 27.27% grade III. Causes of anaphylaxis: 45.46% due to drugs, 10.10% due to insects; 34.34% due to food, 10.10% unknown allergens. Treatment department: 38.38% in ICU; 15.15% in Palliative care dept; 46.47% at general medicine dept. Paraclinical symptoms: average

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị An
SĐT: 0367599486

Email: nguyenan281996@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 22/7/2024

Ngày duyệt bài: 09/8/2024

IgE value 299.61 ± 344.59 (UI/ml); lactate 4.14 ± 2.80 (mmol/l); hematocrit 0.42 ± 0.06 (L/L); creatinine 73.65 ± 25.02 (mcmol/l). 18 patients had metabolic acidosis (62.07%) among 29 patients with arterial blood gas tests. Treatment: Adrenalin was injected intramuscular in 71.71% and had to maintain intravenous in 15.15% of patients, 26.26% needed oxygen, 2 cases (2.02%) needed endotracheal intubation and mechanical ventilation. Average number of hospital hours 39.93 ± 38.27 hours. 84.85% of patients discharge had no symptoms, 14.14% of patients still had mild symptoms such as swollen eyes, skin redness, and rash and one patient (1.01%), still had hypotension, had to maintain vasopressors, mechanical ventilation, and was transferred to another hospital according to family wishes.

Keywords: allergy, anaphylaxis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là biểu hiện lâm sàng nghiêm trọng nhất của phản ứng dị ứng toàn thân cấp tính. Phản vệ có thể bắt đầu với các triệu chứng trên da tương đối nhẹ và nhanh chóng tiến triển thành các biểu hiện đe dọa tính mạng về hô hấp hoặc tim mạch. Nhìn chung, phản vệ tiến triển càng nhanh sau khi tiếp xúc với dị nguyên thì phản ứng càng có khả năng trở nên nghiêm trọng.

Tỷ lệ phản vệ tăng lên trong những năm gần đây. Theo số liệu thống kê WAO, tỷ lệ mắc phản vệ trên toàn cầu là từ 50-112/100.000 người/năm trong khi tỷ lệ mắc bệnh ước tính trong suốt cuộc đời là 0,3-5,1%. Tỷ lệ tái phát xảy ra ở 26,5-54,0% bệnh nhân phản vệ trong thời gian theo dõi 1,5-25 năm. Theo thống kê Hoa Kỳ tỷ lệ 1-15% dân số bị phản vệ. Một nghiên cứu dựa trên dân số từ Rochester, Minnesota, phát hiện ra tỷ lệ mắc phản vệ trung bình hàng năm là 58,9/100.000 người/năm, tăng từ

46,9/100.000 người/ năm (1990).

Sốc phản vệ gây tử vong không nhiều nhưng không phải là hiếm; các mức độ nhẹ xảy ra thường xuyên hơn. Người ta ước tính có tới 500-1000 trường hợp tử vong do sốc phản vệ mỗi năm xảy ra ở Hoa Kỳ. Tỷ lệ tử vong ước tính dao động từ 0,65-2% bệnh nhân bị sốc phản vệ.

Do đó, việc liên tục cập nhật kiến thức về chẩn đoán và xử trí phản vệ là cần thiết với tất cả mọi đối tượng nhân viên y tế để có thể ứng phó với các trường hợp khẩn cấp như vậy.

Hiện tại, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh chúng tôi cũng thường xuyên cập nhật mới và đào tạo lại các kiến thức về chẩn đoán và xử trí phản vệ cho toàn nhân viên bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu nghiên cứu: ***“Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân phản vệ tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ tháng 01/2021 đến tháng 03/2024”***.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Tất cả các bệnh nhân chẩn đoán phản vệ các mức độ theo Thông tư 51/2017/TT- BYT về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ:

- Nhẹ (độ I): Chỉ có các triệu chứng da, niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

- Nặng (độ II): Có từ 2 biểu hiện ở các cơ quan: Da: mày đay, phù mạch; Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi; Đau bụng, nôn, ỉa chảy; Huyết áp tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

- Nguy kịch (độ III): Biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn: Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản, thở nhanh, khô khè, tím tái, rối loạn nhịp thở;

Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn; Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

- Ngừng tuần hoàn (độ IV): Ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân tụt huyết áp do các nguyên nhân khác (sốc nhiễm khuẩn, sốc giảm thể tích, sốc tim,...), khó thở do các nguyên nhân khác (COPD, hen phế quản, phù phổi cấp, viêm phổi,...), nhiễm khuẩn tiêu hóa, tai biến mạch máu não, mê đay mạn tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu và cắt ngang

- Cỡ mẫu: Toàn bộ

- Cách chọn mẫu: Thuận tiện

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới.

+ Đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân gây phản vệ, các mức độ phản vệ; chỉ số cận lâm sàng (IgE, HCT, Creatinin, lactat, kali máu, HCO₃- máu).

+ Điều trị: Tỷ lệ dùng adrenalin tiêm bắp, truyền tĩnh mạch, solumedrol, dimedrol, thở

oxy kính, thở máy. Thời gian nằm viện, tỷ lệ bệnh nhân hết triệu chứng ra viện.

2.3. Phân tích số liệu

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học SPSS 20.00.

- Các thuật toán: Tính tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh tỷ lệ %, các kiểm định T- test, Mann-Whitney test. Khoảng tin cậy là 95%, các kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Khía cạnh đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích y học. Các thông tin được đảm bảo bí mật và việc thu thập thông tin không ảnh hưởng đến quy trình điều trị bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

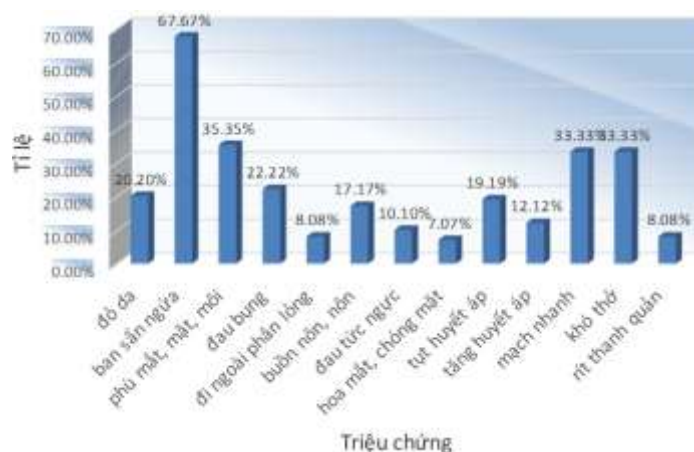
3.1. Đặc điểm chung

• Giới tính: 40 nam (40,40%); 59 nữ (59,60%).

• Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: $37,23 \pm 14,45$.

• Tiền sử dị ứng: 60,60% bệnh nhân đã có tiền sử dị ứng trước đó.

3.2. Triệu chứng lâm sàng



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng lâm sàng

Nhận xét: Nhóm triệu chứng về da, niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

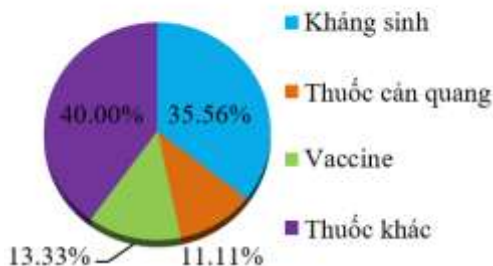
✓ Thời gian từ khi tiếp xúc dị nguyên -> xuất hiện triệu chứng trung bình là $4,10 \pm 14,92$ (h).

✓ Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng-> vào viện trung bình là $4,76 \pm 12,76$ (h)

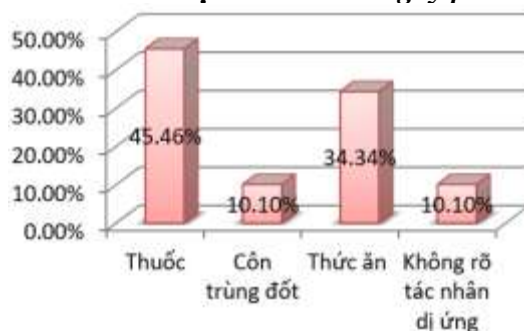
✓ Trong số 99 ca, có 11 ca không rõ thời điểm tiếp xúc với dị nguyên chiếm 11,11%.

✓ Có 12 ca xuất hiện phản vệ khi đang có mặt tại bệnh viện, chiếm 12,12%.

Thuốc dị ứng



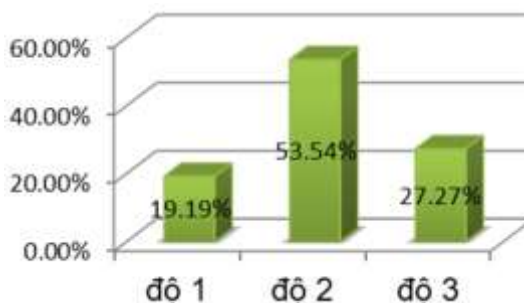
Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ các tác nhân gây phản vệ



Biểu đồ 3.3: Các thuốc gây phản vệ

Nhận xét: Nguyên nhân gây phản vệ gặp nhiều nhất trong nhóm nghiên cứu là do thuốc. Trong đó, thuốc thường gặp gây phản vệ là kháng sinh nhóm B-lactam, sau đó vaccine, thuốc cản quang và thuốc nhóm

NSAID cũng là một tác nhân gây phản vệ thường gặp. Thức ăn gây phản vệ thường gặp vẫn là nhóm hải sản, tiếp đó là thức ăn từ các loài côn trùng, giáp xác như châu chấu, trứng kiến, ve sâu, nhộng,...



Biểu đồ 3.4. Các mức độ phản vệ

Nhận xét: Phản vệ độ II trong nhóm nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất, không có bệnh nhân nào phản vệ độ IV.

3.3. Triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 3.1: Các chỉ số cận lâm sàng của bệnh nhân phản vệ

	Số BN	Trung bình	max	min
IgE (UI/ml)	50	299,61 ± 344,59	1448	12,1
HCT (L/L)	88	0,42 ± 0,06	0,56	0,28
Creatinin (mcmol/l)	82	73,65 ± 25,02	180	43
Lactat (mmol/l)	23	4,14 ± 2,80	13,1	1,0
HCO ₃ ⁻ (mmol/l)	29	19,83 ± 3,30	25,3	13,8
Kali máu (mmol/l)	71	3,44 ± 0,44	4,4	2,5

❖ Trong số 29 ca được làm khí máu, có 18 ca có toan chuyển hóa, chiếm 62,07%, 23 ca xét nghiệm lactat, có 21 ca có lactat > 2 mmol/l, chiếm 91,3%.

❖ 88 ca xét nghiệm công thức máu có 9 ca có cô đặc máu chiếm 10,23% (theo chỉ số tham chiếu của hệ thống máy thực hiện: Nam 0,39-0,51 (L/L) và nữ 0,36-0,44 (L/L))

❖ 71 ca xét nghiệm điện giải đồ có 32 trường hợp hạ kali máu (K<3,5 mmol/l), chiếm 45,07%: trong đó 19 ca mức độ nhẹ (K: 3,0-> 3,4 mmol/l), chiếm 26,76%; 13 ca mức độ trung bình (K: 2,5-> 2,9 mmol/l), chiếm 18,31 %.

3.4. Điều trị

Bảng 3.2: Thời gian cấp cứu ban đầu và lượng dịch truyền của nhóm bệnh nhân phản vệ

	Trung bình	Max	Min
TG xử trí (giờ) tại CC	1,39 ± 0,84	0,50	0,33
Dịch truyền trong 1h đầu (ml)	243,13 ± 233,22	1500	0
Dịch truyền trong 24h (ml)	1518,37 ± 881,13	4200	0

Khoa điều trị: 38,38% tại ICU; 15,15% nội CSGN; 46,47% tại Nội tổng hợp. Phần lớn các bệnh nhân phản vệ độ I, II được điều trị tại khoa Nội tổng hợp hoặc Nội CSGN. Các bệnh nhân phản vệ độ III và 1 số bệnh nhân độ II được điều trị tại ICU.

Bảng 3.3: Các phương pháp điều trị được áp dụng với nhóm bệnh nhân phản vệ

Xử trí	Số TH	(%)	TB (số lần hoặc giờ duy trì)	Max (h)	Min (h)
Dimedrol	71	71,71			
Solumedrol	91	91,91			
Thở oxy	26	26,26	10,32± 15,83 (giờ)	1	72
Đặt ống NKQ	2	2,02			
Tiêm adrenalin bắp	71	71,71	1,42± 0,49 (lần)	1	2
Truyền adrenalin TM	15	15,15	27,00± 25,48 (giờ)	0,5	86

Nhận xét: Các thuốc chính sử dụng tại cấp cứu là Solumedrol, Dimedrol, Adrenalin tiêm bắp và hoặc truyền tĩnh mạch, 1 số bệnh nhân phản vệ khi tiêm vaccine đã được xử trí

Solumedrol, Dimedrol và hoặc Adrenalin ngay tại nơi tiêm trước khi đến cấp cứu.

3.5. Kết quả điều trị

➤ Số giờ nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: 39,93 ± 38,27 (giờ).

➤ Có 7 bệnh nhân ra viện trước 12 giờ, chiếm 7,07%; 32 bệnh nhân nằm viện từ 12-24 giờ, chiếm 32,32%; 60 bệnh nhân ra viện sau 24 giờ, chiếm 60,61%.



Biểu đồ 3.5: Tình trạng bệnh nhân khi ra viện, chuyển viện

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân ra viện đã hết triệu chứng phản vệ. Một tỉ lệ nhỏ bệnh nhân còn các triệu chứng nhẹ như đỏ da, ban sẩn ngứa, phù mắt hoặc môi. Một trường hợp còn duy trì vận mạch, thở máy, gia đình xin chuyển viện cho người bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ninh tại BV Bạch Mai từ 2009 đến 2013: $39,93 \pm 18,4$. Nghiên cứu của Đặng Trung Anh tại BV ĐHY Hà Nội từ 2014 đến 2017: $38,68 \pm 18,68$. Nghiên cứu của Thái Nguyên Hoàng tại BV Bạch Mai từ 2016 đến 2020: $41,0 \pm 17,6$.

Tỉ lệ nam nữ bị phản vệ trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác cũng không có khác biệt: nữ 59,6%, nam 40,40%. Nghiên cứu Nguyễn Thị Thùy Ninh:

nữ 53,8%; nam 46,2%; Đặng Trung Anh: nữ 60,7%; nam 39,3 %, Thái Nguyên Hoàng: nữ 60%, nam: 40%.

Về triệu chứng lâm sàng: nhóm triệu chứng gặp nhiều nhất vẫn là triệu chứng về da, niêm mạc: ban sẩn ngứa gặp ở 67,67%, đỏ da 20,20%; Nghiên cứu Đặng Trung Anh: 92%; Thái Nguyên Hoàng: 79,9%. Theo thống kê của EAACI: triệu chứng da và niêm mạc xảy ra thường xuyên nhất (>90% trường hợp), tiếp theo là các triệu chứng liên quan đến hệ hô hấp và tim mạch (>50%).

Mức độ phản vệ có sự khác biệt với các nghiên cứu do tùy thuộc vào địa điểm tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi độ I: 19,19%, II: 53,54%, độ III: 27,27%. Còn nghiên cứu tiến hành tại BV tuyến trung ương (BV Bạch Mai) như của Nguyễn Thị Thùy Ninh: I: 0%, II: 34,9%, III: 43,3%, IV: 21,8% và Nguyễn Thái Hoàng: độ 1: 15,7%, độ 2: 28,8%, độ 3: 52,5%, độ 4: 3% thì tỉ lệ

nhóm độ III cao nhất và thậm chí gặp cả phản vệ độ IV - nhóm mà chúng tôi không gặp bệnh nhân nào.

Hai nhóm nguyên nhân gây phản vệ gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là thuốc: 45,46%, tiếp sau đó là thức ăn: 34,34%. Đặng Trung Anh: 36,7% nguyên nhân do thuốc, 32,1% do thức ăn; Thái Nguyên Hoàng: thuốc 61,9%, thức ăn 21,1%. Theo EAACI: Thức ăn, thuốc và nọc độc của một số côn trùng là những tác nhân gây ra phản ứng phản vệ phổ biến nhất.

Các thuốc điều trị chủ đạo cho bệnh nhân phản vệ là 71,71% Dimedrol, 91,91% Solumedrol, 71,71% Adrenalin tiêm bắp trong đó 15,15% chuyển sang duy trì tĩnh mạch. Theo Thái Nguyên Hoàng tại Bệnh viện Bạch Mai: 100% tiêm bắp Adrenalin; 40,6% chuyển sang đường tĩnh mạch; 96,8% Solumedrol, 77,9% kháng Histamin H1, 5,4% bệnh nhân được hồi sinh tim phổi. Đặng Trung Anh, BV Đại học Y Hà Nội: 97,6% Adrenalin tiêm bắp, 94% Solumedrol, 92,9% kháng Histamin H1. Có sự khác biệt về tỉ lệ dùng các thuốc vì mức độ nặng của bệnh nhân ở các BV các tuyến khác nhau.

Kết quả điều trị: Thời gian nằm viện trung bình của nhóm nghiên cứu của chúng tôi: $39,93 \pm 38,27$ (h). Nghiên cứu Nguyễn Thị Thùy Ninh: 66,39 (h). Thái Nguyên Hoàng: 104,58 (h), sự khác biệt này cũng đến từ mức độ phản vệ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu độ I và II

còn các nghiên cứu trên tại BV tuyến Trung Ương với mức độ phản vệ nặng hơn.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường nhất ở các bệnh nhân phản vệ vẫn là các triệu chứng da, niêm mạc (87,87%), sau đó là các biểu hiện tiêu hóa (47,47%) và hô hấp, tim mạch.

Nguyên nhân gây phản vệ thường gặp là do thuốc (45,46%), sau đó là thức ăn (34,34%).

Thuốc đầu tay điều trị phản vệ là Adrenalin (71,71% tiêm bắp, 15,15% truyền tĩnh mạch), ngoài ra có các điều trị hỗ trợ khác Solumedrol (91,91%), Dimedrol (71,71%), oxy, dịch truyền tùy thuộc các mức độ phản vệ.

Hầu hết bệnh nhân của chúng tôi ra viện khi đã hết triệu chứng phản vệ (84,85%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anh Đặng Trung** (2018), Tình hình chẩn đoán và xử trí phản vệ tại khoa Cấp cứu và HSTC bệnh viện Đại học Y Hà Nội.
2. **Hoàng Thái Nguyên** (2020), Nghiên cứu tình trạng phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai.
3. **Ninh Nguyễn Thị Thùy** (2014), Nghiên cứu tình trạng sốc phản vệ ở Bệnh viện Bạch Mai.
4. **Thông tư 51/2017/ TT- BYT** về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.
5. **ASCIA Guidelines - Acute Management of Anaphylaxis** 2023.
6. **World allergy organization anaphylaxis guidance** 2020.

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU Ở THAI PHỤ CHUYỂN DẠ BẰNG GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG NGẮT QUÃNG TỰ ĐỘNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI NĂM 2024

Nguyễn Thị Mỹ Hạnh¹, Nguyễn Xuân Anh¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Gây tê ngoài màng cứng (GTNMC) để giảm đau trong chuyển dạ là phương pháp giảm đau an toàn và hiệu quả nhất hiện nay. GTNMC có thể truyền liên tục (CEI), tiêm thuốc ngắt quãng tự động theo cài đặt (PIEB) hoặc các phương pháp khác. Mỗi phương pháp đều có những ưu, nhược điểm riêng. PIEB là một phương pháp giảm đau trong chuyển dạ đã được áp dụng ở nhiều nước trên thế giới. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra PIEB giúp giảm lượng thuốc tê sử dụng, giảm ức chế vận động, hiệu quả giảm đau tốt hơn, mà không tăng các tác dụng phụ khác so với chế độ CEI. Ở Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh bước đầu đưa PIEB vào sử dụng vì thế chúng tôi nghiên cứu đề tài này để so sánh hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng liên tục và gây tê ngoài màng cứng tiêm thuốc ngắt quãng tự động theo cài đặt.

Mục tiêu: So sánh hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng liên tục (CEI) và gây tê ngoài màng cứng tiêm thuốc ngắt quãng tự động theo cài đặt (PIEB) bằng ropivacain 0,1% và fentanyl 2mcg/ml.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên và có đối chứng trên 46 sản phụ chuyển dạ sinh thường, được làm giảm đau NMC bằng Ropivacain 0,1% + Fentanyl 2mcg/ml được chia thành 2 nhóm ngẫu nhiên: nhóm I: CEI (chạy liên tục 8ml/h), nhóm II: PIEB (bolus 8ml mỗi 1h, tốc độ 250ml/h). số liệu được mã hoá và xử lý theo các phương pháp thống kê.

Kết quả: Điểm VAS của 2 nhóm sau khi gây tê đều giảm hơn so với thời điểm H0, sự khác biệt với ý nghĩa thống kê. Lượng thuốc tê Ropivacain, fentanyl trong nghiên cứu ở nhóm PIEB thấp hơn với nhóm CEI, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Số sản phụ cần liều cứu của nhóm PIEB với 13% ít hơn nhóm CEI là 22,7% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Từ khoá: chuyển dạ, giảm đau ngoài màng cứng, liên tục, ngắt quãng tự động

SUMMARY EFFECTIVENESS OF PAIN RELIEF IN PREGNANT WOMEN DURING LABOR USING EPIDURAL ANESTHESIA AT TAM ANH HOSPITAL IN 2024

Background: Epidural anesthesia for pain relief during labor is the safest and most effective pain relief method today. Continuous Epidural Infusion, Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEA) or Programmed Intermittent Epidural Bolus (PIEB). Each method has advantages and disadvantages. PIEB is a pain relief method in labor that has been applied in many countries around the world. Many studies have shown that

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mỹ Hạnh
SĐT: 0389433260

Email: hanhntm@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/7/2024

Ngày duyệt bài: 08/8/2024

PIEB helps reduce the amount of anesthetic used, reduces motor inhibition, and is more effective in pain relief, without increasing other side effects compared to the CEI regimen. At Tam Anh General Hospital, PIEB was initially put into use, so we researched this topic to compare the effectiveness of pain relief in labor using Continuous Epidural Infusion and Programmed Intermittent Epidural Bolus.

Objectives: 1. Compare the effectiveness of Continuous Epidural Infusion (CEI) with Programmed Intermittent Epidural Bolus (PIEB) with Ropivacain 0,1% and fentanyl 2mcg/ml in labor.

Methods: Clinical intervention study, randomized and controlled on 60 pregnant womens who received analgesia during labor with ropivacain 0,1% + fentanyl 2mcg/ml, divided into 2 groups: group I: CEI (continuous 8ml/h) , group II: PIEB (bolus 8ml every 1h, 250ml/h), data were coded and processed according to statistical methods.

Results: VAS scores of both groups after anesthesia decreased compared to time H0, the difference was statistically significant. The amount of anesthetics Ropivacaine and fentanyl in the study in group P was lower than in group C, the difference was statistically significant. The number of pregnant women requiring rescue doses in group P was 13% less than in group C, a statistically significant difference of 22,7% .

Conclusion: Programmed Intermittent Epidural Bolus (PIEB) helps reduce the amount of anesthetic used, and reduces the need for medical staff intervention to achieve pain relief compared with Continuous Epidural Infusion (CEI).

Keywords: labor, epidural anesthesia, Continuous Epidural Infusion, Programmed Intermittent Epidural Bolus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau khi chuyển dạ gây khó chịu, phiền muộn cho sản phụ, đồng thời gia tăng nguy cơ, biến chứng cho sản phụ và trẻ sơ sinh¹. Vì vậy, để nâng cao chất lượng cuộc đẻ, chăm sóc giảm đau chuyển dạ mang tính chất thiết yếu. Hiện nay, có rất nhiều phương pháp giảm đau trong chuyển dạ², trong đó, gây tê ngoài màng cứng có nhiều ưu điểm vượt trội như chất lượng giảm đau tốt, ít ảnh hưởng đến quá trình chuyển dạ và trẻ sơ sinh^{3,4}. Khi thực hiện gây tê ngoài màng cứng, có rất nhiều cách đưa thuốc: truyền liên tục (CEI- Continuous Epidural Infusion), giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển (PCEA - Patient Controlled Epidural Analgesia); giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân điều khiển tích hợp máy tính (CIPCEA - Computer Integrated Patient Controlled Epidural Analgesia); truyền thuốc từng liều ngắt quãng tự động (PIEB- Programmed Intermittent Epidural Bolus)⁴,...

Trước đây, gây tê ngoài màng cứng bằng cách truyền thuốc liên tục (CEI) là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, với các phương tiện có sẵn, tuy nhiên lượng thuốc sử dụng trong chuyển dạ còn cao, cần nhiều liều bổ sung để đạt hiệu quả tối ưu, khó kiểm soát liều lượng, tốc độ bơm, tổn nhân lực y tế⁵. Hiện nay chế độ giảm đau bằng phương pháp truyền thuốc từng liều ngắt quãng tự động (PIEB) bằng bơm tiêm điện cho phép bác sỹ gây mê bolus từng liều ngắt quãng theo cài đặt chính xác giúp hạn chế được nhược điểm của bolus thuốc bằng tay, đồng thời giúp giảm lượng thuốc tê sử dụng, giảm ức chế vận động, hiệu quả giảm đau tốt hơn, nhưng

không tăng tác dụng phụ nào khác so với chế độ CEI^{5,6}.

Tại Bệnh viện Tâm Anh chưa thực hiện các nghiên cứu so sánh về các phương pháp giảm đau này, nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: So sánh hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng liên tục và gây tê ngoài màng cứng tiêm thuốc ngắt quãng tự động theo cài đặt bằng ropivacain 0,1% và fentanyl 2mcg/ml.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Có 46 sản phụ chuyển dạ đẻ thường có chỉ định giảm đau ngoài màng cứng tại khoa Đẻ - Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ tháng 2/2024 đến tháng 6/2024 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Sản phụ con so có chỉ định đẻ đường tự nhiên, đã chuyển dạ. Thai đủ tháng (37 -42 tuần), ngôi đầu. Tuổi 18 – 35. ASA II. Đau VAS \geq 4. Không có chống chỉ định gây tê NMC. Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc tê. Bệnh lý thần kinh ngoại biên.

- Tiền sử rối loạn tâm thần, khó khăn trong giao tiếp, bệnh nhân không hợp tác. Có bệnh đau mạn tính thường xuyên phải sử dụng thuốc giảm đau.

- Sản phụ nặng > 90kg, thấp dưới 140cm

Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu:

- Bệnh nhân hoặc người giám hộ không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu

- Cuộc đẻ diễn biến bất thường: suy thai cấp, cơn co tử cung cường tính, đầu không

lọt, rau bong non, sa dây rau, phải chuyển mổ.

- Biến chứng thủ thuật đặt catheter NMC: không đưa được catheter vào khoang NMC tại vị trí L34, thủng màng cứng.

- Biến chứng gây tê ngoài màng cứng: dị ứng thuốc tê, ngộ độc thuốc tê, yếu chân, liệt chân, buộc phải dùng thuốc gây tê ngoài màng cứng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

- Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: 46 sản phụ thỏa mãn các điều kiện trong quá trình nghiên cứu trong thời gian từ tháng 2/2024 đến tháng 6/2024.

- Công cụ nghiên cứu: các biến được khai thác dựa trên bệnh án nghiên cứu.

2.3. Quy trình nghiên cứu

- Chọn bệnh nhân: theo tiêu chuẩn lựa chọn.

• Bước 1: Khám tiền mê và chuẩn bị BN trước mổ.

• Bước 2: Bóc thăm ngẫu nhiên BN vào một trong 2 nhóm. Bác sỹ gây mê sẽ thực hiện phương pháp trên phiếu bóc thăm đó.

• Bước 3: Chuẩn bị dụng cụ, thiết bị máy móc: nữ hộ sinh hoặc điều dưỡng phòng để thực hiện.

• Bước 4: Tiến hành đặt catheter NMC: bác sỹ gây mê thực hiện.

Nhóm P (PIEB) 8ml hỗn hợp thuốc được đẩy vào khoang NMC mỗi giờ qua casset (có chế độ cài đặt sẵn với tốc độ bolus liều lớn nhất là 250ml/h). Thời gian giữa giữa 2 lần bơm thuốc PIEB là 60 phút (Lockout). Liều cứu ở nhóm P là sau liều bolus của bơm tiêm điện trên 15 phút mà điểm VAS vẫn \geq 4.

Nhóm C (CEI) bơm tiêm điện chạy liên tục 8ml/h. Liều cứu ở nhóm C là liều khi bệnh nhân vẫn truyền liên tục mà VAS ≥ 4 .

Liều cứu: Trong quá trình chuyển dạ mà sản phụ còn cảm giác đau với điểm VAS ≥ 4 thì tiêm thêm 5 ml hỗn hợp thuốc tê nữa qua catheter NMC rồi tiếp tục duy trì. Nếu sau 60 phút mà mức ức chế cảm giác đau chưa đạt đến T10 mặc dù đã bolus và hoặc sử dụng 2 liều cứu liên tiếp trong 2 lần Lock out (90 phút) bệnh nhân loại trừ ra khỏi nghiên cứu.

• Bước 5: theo dõi sau gây tê tại 6 thời điểm:

H₀: Trước gây tê

H₁: Thời điểm xuất hiện ức chế cảm giác đau ở mức VAS < 4

H₂: Sau liều bolus đầu tiên 30 phút

H₃: Sau liều bolus đầu tiên 1 giờ

H₄: Kết thúc giai đoạn I

H₅: Kết thúc giai đoạn II

H₆: Giai đoạn III. Giai đoạn kiểm soát tử cung và khâu tầng sinh môn.

3.4. Các biến số nghiên cứu theo mục tiêu: tuổi, chiều cao, cân nặng, tuổi thai, độ mở cổ tử cung, tuổi thai, trọng lượng thai, vùng ức chế, điểm VAS tại các thời điểm, số

liều cứu, lượng thuốc tiêu thụ, sự hài lòng của bệnh nhân.

3.5. Xử lý số liệu: số liệu được phân tích bằng SPSS 20.0, có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Các biến liên tục được tính trung bình và độ lệch chuẩn, biến rời rạc hoặc biến nhị phân được tính %. So sánh 2 tỉ lệ bằng Chi-square test, so sánh 2 giá trị trung bình bằng kiểm định Mann-Whitney U với biến không chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

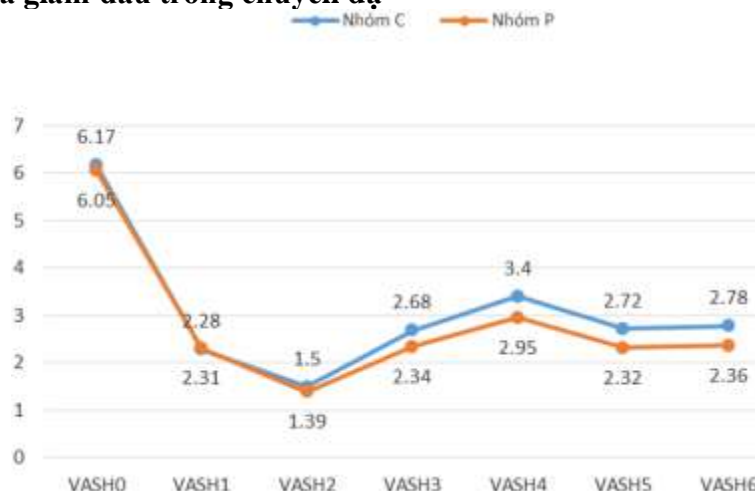
Tuổi trung bình của nhóm PIEB là 26,42 tuổi, nhóm CEI là 27,2 tuổi. Chiều cao trung bình của nhóm PIEB là 158cm, nhóm CEI là 157cm. Cân nặng nhóm PIEB là 65,12 kg, nhóm CEI là 64,7kg. Tuổi thai trung bình nhóm PIEB là 39,18, của nhóm CEI là 39,6. Độ mở cổ tử cung lúc bắt đầu làm giảm đau của nhóm PIEB là 3,16, nhóm CEI là 3,12. Trọng lượng thai lúc sinh của nhóm PIEB là 3311g, của CEI là 3201g. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.1. Vùng ức chế giảm đau của đối tượng nghiên cứu

Vùng ức chế	Nhóm nghiên cứu				P
	Nhóm C (n=23)		Nhóm P (n=23)		
	n	%	n	%	
T6 trở lên	0	0	0	0	>0.05
T7- T9	23	100	23	100	
T10 trở xuống	0	0	0	0	
Tổng	23	100	23	100	

Nhận xét: Tất cả các sản phụ của 2 nhóm đều đạt mức phong bế từ T7- T9. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ



Biểu đồ 3.1. Thay đổi điểm VAS trung bình trong quá trình chuyển dạ

Nhận xét:

- Trước khi gây tê sản phụ đều đau vừa và đau nhiều, điểm VAS có sự tương đồng ở cả 2 nhóm từ 5-7 điểm. Sau khi gây tê mức độ đau giảm rõ rệt so với thời điểm trước khi làm thủ thuật ở cả 2 nhóm nghiên cứu, điểm VAS ở tất cả các thời điểm đều giảm xuống

thấp hơn (hầu hết VAS < 4 điểm) so với thời điểm trước tê ($p < 0,05$).

- Các thời điểm trong giai đoạn Ib và giai đoạn thực hiện thủ thuật giữa 2 nhóm sự khác điểm về điểm VAS không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên điểm VAS trung bình ở nhóm P có điểm trung bình thấp hơn so với nhóm C trên lâm sàng.

Bảng 3.2. Tỷ lệ thêm liều cứu

Liều cứu	Nhóm nghiên cứu				P
	Nhóm C (n=23)		Nhóm P (n=23)		
	N	%	n	%	
Không	18	78,3	20	87,0	< 0,05
Thêm ≥1 liều	5	22,7	3	13,0	
Tổng liều cứu	23	100	23	100	

Nhận xét: Nhóm P sử dụng liều cứu ít hơn nhóm C. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Lượng thuốc tiêu thụ

Tên thuốc		Nhóm C (n=23)	Nhóm P (n=23)	p
Fentanyl (mcg)	$\bar{X} \pm SD$	82,3 ± 30,7	66,55 ± 36,3	< 0,05
	Min – Max	(32 – 198)	(32 – 160)	
Ropivacain (mg)	$\bar{X} \pm SD$	41,2 ± 16,2	32,6 ± 16,7	< 0,05
	Min – Max	(16 – 99)	(16– 80)	

Nhận xét: Lượng thuốc Fentanyl, thuốc Ropivacain đã sử dụng ở nhóm C nhiều hơn nhóm P, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Sự hài lòng của sản phụ

Mức độ hài lòng	Nhóm C (n=23)		Nhóm P (n=23)		p
	n	%	n	%	
Rất hài lòng	19	82,6	21	91,3	> 0,05
Hài lòng	4	17,4	2	8,7	
Chưa hài lòng	0	0	0	0	
Tổng	23	100	23	100	

Nhận xét: Tất cả sản phụ đều hài lòng và rất hài lòng. Tỷ lệ sản phụ rất hài lòng chiếm phần lớn ở cả 2 nhóm, ở nhóm P cao hơn nhóm C. Sự khác biệt ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu như: tuổi, chiều cao, cân nặng, tuổi thai, trọng lượng thai, độ mở tử cung, khoảng cách da ngoài màng cứng và vị trí phong bế của 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

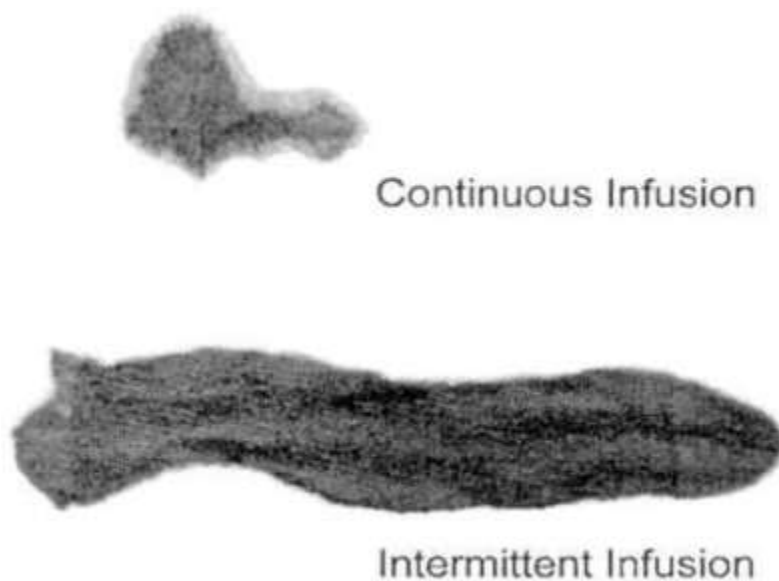
Về hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ. Trước khi làm thủ thuật, điểm VAS trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm C là $6,17 \pm 0,55$ ở nhóm P là $6,05 \pm 0,63$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Thời điểm H1, điểm VAS của cả 2 nhóm giảm rõ rệt so với trước khi gây tê (Nhóm C $2,28 \pm 0,5$; nhóm P $2,31 \pm 0,47$), sự khác biệt điểm VAS này chứng tỏ giảm đau đạt mức hiệu quả. Sau khi gây tê 30 phút, 1h, các thời điểm kết thúc giai đoạn I, II, III, điểm VAS của 2 nhóm giảm rõ rệt so với điểm VAS trước gây tê, điểm VAS giữa nhóm P ở cùng một thời điểm thì có thấp hơn nhóm C tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này cũng tương đồng với

nghiên cứu của tác giả Felix Haid (2020).⁷ Tác giả nhận thấy ở những sản phụ được GTNMC bằng Ropivacain, điểm VAS ở giai đoạn I và II là $3,32 \pm 1,28$; giai đoạn III là $2,13 \pm 0,87$. Cả 2 nhóm C và P, điểm VAS sau khi dùng thuốc giảm rõ rệt so với thời điểm trước khi làm thủ thuật.

Số lần phải dùng liều cứu của nhóm P (13% sản phụ phải Bolus ≥ 1 lần) thấp hơn so với nhóm C (22,7% sản phụ phải Bolus ≥ 1 lần). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tổng lượng hỗn hợp thuốc tê đã sử dụng (bao gồm cả 8 ml bolus lúc đầu) trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm C là $40,32 \pm 16,62$ mg Ropivacain, ở nhóm P là $32,76 \pm 16,26$ mg Ropivacain. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong quá trình thực hiện chúng tôi nhận thấy các sản phụ cần liều cứu chủ yếu ở giai đoạn II của chuyển dạ, khi thực hiện thủ thuật cắt tầng sinh môn. Vấn đề này được giải thích do với cùng thể tích 8ml nhưng cách thức bolus thuốc của nhóm P (250ml/h trong 2 phút) so với truyền liên tục của nhóm C (8ml/h) có tác dụng mở khoang ngoài màng cứng, giúp thuốc lan lên trên và dưới vị trí đầu Catheter tốt hơn. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Felix Haidl (2020)⁷ và một nghiên cứu tổng hợp năm 2022 của tác giả

Wang và cộng sự⁸. Máy Casset của hãng Medsure có các chế độ: truyền liên tục (SE), bệnh nhân tự kiểm soát (PCA), và truyền ngắt quãng tự động (PIEB), trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng chế độ tích hợp PIEB kết hợp PCA, cho nên các liều cứu này bệnh nhân có thể tự kiểm soát (tự bấm khi đau

nhiều). Ưu điểm là sản phụ chủ động kiểm soát cơn đau trong giới hạn liều, giúp giảm nhân lực. Tuy nhiên, chúng tôi cũng lo ngại sản phụ có thể sử dụng liều cứu khi VAS < 4 làm cho số liệu bị sai lệch. Để giám sát điều ấy, chúng tôi kiểm tra thường xuyên sản phụ, kiểm soát số lượng liều bấm.



Hình 3.1. Hình ảnh lan tỏa thuốc của nhóm truyền thuốc liên tục và nhóm tiêm ngắt quãng trong nghiên cứu của tác giả Felix Haidl

Hiệu quả giảm đau cao của mỗi phương pháp giảm đau kết hợp với tác dụng không mong muốn tối thiểu trên sản phụ mang đến sự hài lòng cho sản phụ. Hiệu quả giảm đau càng cao và tác dụng không mong muốn càng thấp sẽ dẫn tới sự hài lòng của sản phụ càng cao. Chúng tôi cũng đạt được kết quả rất khả quan khi không có sản phụ nào không hài lòng khi sử dụng phương pháp này.

V. KẾT LUẬN

Gây tê ngoài màng cứng tiêm thuốc ngắt quãng tự động theo cài đặt giúp giảm lượng

hỗn hợp thuốc tê sử dụng, và giảm nhu cầu can thiệp của nhân viên y tế để đạt được hiệu quả giảm đau so với gây tê ngoài màng cứng liên tục.

VI. KIẾN NGHỊ

Phương pháp tiêm ngắt quãng tự động các liều nhỏ thuốc tê là một phương pháp giảm đau trong chuyển dạ có hiệu quả giảm đau tốt, ít cần sự can thiệp của nhân viên y tế, an toàn cho sản phụ, thai nhi và trẻ sơ sinh. Do đó, có thể áp dụng tại một số bệnh viện có đủ điều kiện nhân lực và trang thiết bị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Labor S, Maguire S.** The Pain of Labour. *Rev Pain.* 2008;2(2):15-19. doi:10.1177/204946370800200205.
2. **Smith A, Laflamme E, Komanecy C.** Pain Management in Labor. *Am Fam Physician.* 2021;103(6):355-364.
3. **Freeman LM, Bloemenkamp KW, Franssen MT, et al.** Patient controlled analgesia with remifentanyl versus epidural analgesia in labour: randomised multicentre equivalence trial. *BMJ.* 2015;350:h846. doi:10.1136/bmj.h846.
4. **Frauenfelder S, van Rijn R, Radder CM, de Vries MC, Dijksman LM, Godfried MB.** Patient satisfaction between remifentanyl patient-controlled analgesia and epidural analgesia for labor pain. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015;94(9):1014-1021. doi:10.1111/aogs.12694.
5. **Liu X, Zhang H, Zhang H, Guo M, Gao Y, Du C.** Intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusions for labor analgesia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE.* 2020;15(6): e0234353. doi:10.1371/journal.pone.0234353.
6. **The effect of programmed intermittent epidural bolus compared with continuous epidural infusion in labor analgesia with ropivacaine: a meta-analysis of randomized controlled trials - Huang - Annals of Palliative Medicine.** Accessed July 1, 2024. <https://apm.amegroups.org/article/view/61995/html>.
7. **Haidl F, Arne Rosseland L, Rørvik AM, Dahl V.** Programmed intermittent boluses vs continuous epidural infusion in labor using an adrenaline containing solution: A randomized trial. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2020;64(10): 1505-1512. doi:10.1111/aas.13689.
8. **Wang X xue, Zhang X lan, Zhang Z xia, et al.** Programmed intermittent epidural bolus in parturients. *Medicine (Baltimore).* 2022;101(5): e28742. doi:10.1097/MD.00000000000028742.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ TIÊN LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN NẶNG VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN TÂM ANH HÀ NỘI NĂM 2020 - 2024

Phùng Quang Tùng¹, Hà Viết Ngọc¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và phân tích một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC), Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 48 bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn tại khoa HSTC, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ tháng 9/2020 tới tháng 3/2024. Kết quả điều trị được đánh giá dựa vào kết cục lâm sàng, thời gian thở máy, thời gian dùng vận mạch, số lần lọc máu, số ngày nằm viện và nằm tại khoa HSTC. Một số yếu tố tiên lượng tử vong được xác định bằng hồi quy đơn biến và đa biến. **Kết quả:** Trong 48 bệnh nhân, nam giới chiếm 58,3%. Độ tuổi trung bình là $69,6 \pm 15,7$ tuổi. Bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng chiếm 52,1%. Tỷ lệ chuyển từ nhiễm khuẩn nặng thành sốc nhiễm khuẩn chiếm 60% (15/25). Tỷ lệ tuân thủ gói 1 giờ thấp (20,8%). Tỷ lệ tử vong là 16,7%. Số ngày thở máy trung bình là $3,8 \pm 6,8$ ngày, số ngày dùng vận mạch là $2,9 \pm 3,7$ ngày. Số ngày nằm viện là $16,3 \pm 14,8$ ngày và số ngày nằm HSTC là $7,5 \pm 7,8$ ngày. Các yếu tố tiên lượng tử vong: Độ thanh thải Lactate 24 giờ (ngưỡng cắt

30,3%, độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 75%, OR=9, KTC 95%: 1,56-51,95); điểm SOFA (ngưỡng cắt 8,5; độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 85%, OR=17, KTC 95%: 2,75-104,97); điểm APACHE II (ngưỡng cắt 20,5; độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 85%, OR=12, KTC 95%: 2,03-71,01); ARDS (OR=20,6; KTC 95%: 3,22-131,1); DIC (OR=20,6; KTC 95%: 3,22-131,1), số tạng suy (ngưỡng cắt 2,5; độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 75%; OR=9; KTC 95%: 1,56-51,95). Phân tích đa biến cho thấy ARDS là yếu tố nguy cơ độc lập ảnh hưởng đến tiên lượng, OR=34,7 (KTC 95%: 1,8-683,5, P=0,02). **Kết luận:** Độ thanh thải Lactat 24 giờ, điểm SOFA, điểm APACHE II, ARDS, DIC và số tạng suy là các yếu tố tiên lượng tử vong. Trong đó, ARDS là yếu tố nguy cơ độc lập tiên lượng tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn nặng, sốc nhiễm khuẩn, các yếu tố tiên lượng tử vong.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT AND PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH SEPSIS/SEPTIC SHOCK AT THE INTENSIVE CARE UNIT OF TAM ANH HOSPITAL IN HANOI FROM 2020 TO 2024

Objective: To evaluate the treatment results and analyze some prognostic factors for mortality in patients with sepsis and septic shock at the Intensive Care Unit (ICU) of Tam Anh Hospital in Hanoi. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 48

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Quang Tùng
SĐT: 0973595161

Email: tungpq@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/7/2024

Ngày duyệt bài: 01/8/2024

patients with sepsis or septic shock admitted to the ICU of Tam Anh General Hospital, Hanoi from September 2020 to March 2024. Treatment results were evaluated based on clinical outcome, mechanical ventilation duration, vasopressor use duration, number of dialysis sessions, length of hospital stay, and length of ICU stay. Several prognostic factors for mortality were determined using univariate and multivariate regression analysis. **Results:** Among the 48 patients, 58.3% were male. The average age was 69.6 ± 15.7 years. Patients with sepsis accounted for 52.1%. The rate of progression from sepsis to septic shock was 60% (15/25). The compliance rate with the 1-hour bundle was low (20.8%). The mortality rate was 16.7%. The average duration of mechanical ventilation was 3.8 ± 6.8 days, and the average duration of vasopressor use was 2.9 ± 3.7 days. The average length of hospital stay was 16.3 ± 14.8 days and the average length of ICU stay was 7.5 ± 7.8 days. Prognostic factors for mortality included: 24-hour lactate clearance (cutoff 30.3%, sensitivity 75%, specificity 75%, OR=9, 95% CI: 1.56-51.95), SOFA score (cutoff 8.5, sensitivity 75%, specificity 85%, OR=17, 95% CI: 2.75-104.97), APACHE II score (cutoff 20.5, sensitivity 75%, specificity 85%, OR=12, 95% CI: 2.03-71.01), ARDS (OR=20.6, 95% CI: 3.22-131.1), DIC (OR=20.6, 95% CI: 3.22-131.1), and number of organ failures (cutoff 2.5, sensitivity 75%, specificity 75%, OR=9, 95% CI: 1.56-51.95). Multivariate analysis showed that ARDS was an independent risk factor for mortality, with OR=34.7 (95% CI: 1.8-683.5, $p=0.02$). **Conclusion:** 24-hour lactate clearance, SOFA score, APACHE II score, ARDS, DIC, and number of organ failures are prognostic factors for mortality. ARDS is an independent predictor of mortality in patients with sepsis and septic shock.

Keywords: Sepsis, septic shock, prognostic factors for mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn (SNK) là bệnh lý thường gặp và là nguyên nhân tử vong hàng đầu tại bệnh viện. Theo nghiên cứu của Kristina E Rudd⁶, hàng năm có khoảng 48,9 triệu ca sepsis được ghi nhận trên toàn thế giới và có 11 triệu ca tử vong, trung bình cứ 2,8 giây lại có một người chết vì sepsis. Ở Việt nam, theo nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn³, tỷ lệ tử vong do sepsis là 40,1%. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, kết quả điều trị phụ thuộc vào mức độ tuân thủ và thời gian thực hiện các chiến lược điều trị. Chính vì vậy tổ chức Surviving Sepsis Campaign đã liên tục cập nhật và rút ngắn thời gian các gói từ 24 giờ xuống 6 giờ, 3 giờ và 1 giờ. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị song nhiễm khuẩn nặng và SNK vẫn là thách thức của tất cả các khoa hồi sức trên toàn thế giới. Việc tiên lượng được sớm rủi ro trong điều trị giúp các nhà lâm sàng lên kế hoạch điều trị sớm, phù hợp, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ tử vong. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện với hai mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và phân tích một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và SNK, từ đó đưa ra các khuyến nghị nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân có đủ các tiêu chuẩn sau:

+ Tuổi ≥ 16 .

+ Chẩn đoán là sepsis hoặc septic shock theo tiêu chuẩn SCCM/ESICM 2016⁷.

+ Người bệnh (NB) hoặc gia đình NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Hồ sơ bệnh án không đủ dữ liệu nghiên cứu.

+ NB điều trị dưới 24 giờ hoặc ra viện, chuyển viện vì lý do cá nhân, tài chính

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu là toàn bộ NB thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đến điều trị tại khoa HSTC bệnh viện Tâm Anh Hà Nội từ tháng 9/2020 đến tháng 3/2024.

2.3. Tiến hành nghiên cứu

NB nhập khoa HSTC được chuẩn đoán nhiễm khuẩn nặng hoặc SNK theo tiêu chuẩn SCCM/ESICM 2016⁷ sẽ được thu thập các số liệu: Tuổi, giới, bệnh nền, thời gian khởi phát, nơi chẩn đoán, thời điểm chẩn đoán, thời gian thực hiện các công việc trong gói 1 giờ, vị trí ổ nhiễm khuẩn, đánh giá độ nặng lúc vào theo điểm SOFA, APACHE II, số tạng suy, các chỉ số: Công thức máu, chức năng gan, thận, khí máu, Procalcitonin, Lactat máu lúc vào và sau 24 giờ. Theo dõi NB đến khi ra viện.

So sánh giữa hai nhóm: Sống và tử vong về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tuân thủ gói 1 giờ, tuân thủ kháng sinh 1 giờ, thời gian nằm HSTC, thời gian nằm viện, thời gian thở máy, thời gian dùng thuốc vận mạch, số lần lọc máu, các thang điểm đánh giá mức độ nặng và mối liên quan đến tiên lượng tử vong.

Độ thanh thải Lactate 24 giờ tính theo công thức: Độ thanh thải Lactate = [(Lactate ban đầu – Lactate sau 24 giờ)/Lactate ban đầu] x 100. Thời điểm chẩn đoán (T0) là thời điểm phân loại xác định bệnh. Nếu NB được chuyển đến từ các đơn vị khác thì thời điểm chẩn đoán được tính từ thời điểm ghi nhận đầy đủ các tiêu chuẩn của nhiễm khuẩn nặng hoặc SNK. Các thành phần của gói 1 giờ dựa vào Surviving sepsis campaign 2018. Định nghĩa tuân thủ gói 1 giờ khi được thực hiện 5/5 công việc đối với SNK và 4/5 công việc đối với nhiễm khuẩn nặng (trừ áp dụng thuốc vận mạch).

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Sử dụng các test thống kê trong y học. Các kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (n=48)	Tử vong (n=8) median (IQR)	Sống (n=40) median (IQR)	p
Tuổi (năm)	69,6 ± 15,7	76 (68,25 - 79,75)	73 (59,25 - 80,75)	0,36 ^a
Nam giới, n (%)	28 (58,3)	6 (75)	22 (55)	0,440 ^b
Bệnh nền, n (%)				
Đái tháo đường	21 (43,8)	4 (19)	17 (81)	0,715 ^b
Tăng huyết áp	24 (50)	4 (16,7)	20 (83,3)	> 0,999 ^b
Đột quy não	5 (10,4)	0	5 (100)	0,573 ^b
Suy tim	4 (6,3)	1 (33,3)	2 (66,7)	0,429 ^b
Bệnh ác tính	9 (18,8)	2 (22,2)	7 (77,8)	0,633 ^b

Vị trí ổ nhiễm khuẩn tiên phát, n (%)				
Hô hấp	13 (27,1)	5 (62,5)	8 (20)	0,025 ^b
Tiết niệu	13 (27,1)	0	13 (32,5)	0,088 ^b
Da mô mềm	2 (4,2)	0	2 (5)	>0,999 ^b
Tiêu hoá	16 (33,3)	1 (12,5)	15 (37,5)	0,24 ^b
Máu	4 (8,3)	2 (25)	2 (5)	0,124 ^b
Tỷ lệ cấy máu dương tính 22/48 (41,6%)				

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là $69,6 \pm 15,7$ tuổi. Nam giới chiếm ưu thế (58,3%). Bệnh mãn tính hay gặp nhất là tăng huyết áp (50%) và đái tháo đường (43,8%). Ổ nhiễm khuẩn tiên phát hay gặp nhất là tiêu hoá (33,3%), sau đó là hô hấp và tiết niệu (27,1%), nhiễm khuẩn hô hấp có tỉ lệ tử vong cao nhất (62,5%). Tỷ lệ cấy máu dương tính là 41,6%. Trong đó 90% là vi khuẩn gram âm và E.coli là vi khuẩn hay gặp nhất (65%).

Bảng 2. Tình trạng NB tại thời điểm T0

Đặc điểm	Chung (n=48)	Tử vong (n=8) median (IQR)	Sống (n=40) median (IQR)	p
SNK, n (%)	23 (47,9)	3 (37,5)	20 (50)	0,703 ^b
NK nặng, n (%)	25 (52,1)	5 (62,5)	20 (50)	
Mạch (lần/phút)	113 (100 - 130)	140 (100 - 160)	113 (101 - 128)	0,228 ^a
Nhiệt độ (độ C)	$38,4 \pm 1,3$	37,65 (36,5 - 38,8)	38,9 (37,6 - 39,2)	0,078 ^a
HA tâm thu	$96,9 \pm 25,7$	87,5 (76 - 99,25)	90 (82,3 - 118,5)	0,422 ^a
Tần số thở	$25,6 \pm 6,3$	29,5 (24,3 - 33,8)	24 (20,25 - 27)	0,018 ^a
SPO2 (%)	$91,8 \pm 7,9$	91 (81,5 - 92)	94 (91,25 - 97,75)	0,078 ^a
Hồng cầu (T/L)	4,16 (3,49 - 4,64)	3,76 (2,68 - 4,15)	4,27 (3,53 - 4,85)	0,103 ^a
Bạch cầu (G/L)	$14,5 \pm 8,7$	13,1 (4,4 - 17,2)	14 (7,9 - 18,2)	0,658 ^a
Tiểu cầu (G/L)	188 (160 - 248)	219 (156 - 268)	188 (162 - 229)	0,422 ^a
PCT (ng/ml)	$30,4 \pm 36,7$	$16,9 \pm 25$	$33,1 \pm 38,3$	0,258 ^c
Lactat (mmol/l)	$4,63 \pm 2,46$	4,19 (3,36 - 6,66)	4,11 (2,79 - 5,67)	0,658 ^a
LACR (%)	$33,1 \pm 46,2$	-5,7 (-66,4-32,8)	46,3 (27,6-64,4)	0,003 ^a
PaO2/FiO2	311(180,3-407,5)	242(118,3-424,5)	311(206,3-403,75)	0,391 ^a
SOFA	$6,6 \pm 3,3$	10 (6-14,25)	5,5 (4-7,75)	0,007 ^a
APACHE II	15 (11-21)	25,5 (18,75-30)	14 (10-18,75)	0,001 ^a

Nhận xét: Điểm SOFA, APACHE II, tần số thở ở nhóm tử vong đều cao hơn so với nhóm sống và độ thanh thải Lactate 24 giờ (LACR) ở nhóm tử vong thấp hơn nhóm sống. Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Tình trạng rối loạn cơ quan

Đặc điểm	Chung (n=48)	Tử vong (n=8) median (IQR)	Sống (n=40) median (IQR)	p
ARDS, n (%)	8 (16,7)	5 (62,5)	3 (7,5)	0,002 ^b
AKI, n (%)	23 (47,9)	6 (75)	17 (42,5)	0,13 ^b
ALI, n (%)	8 (16,7)	2 (25)	6 (15)	0,605 ^b
MI, n (%)	7 (14,6)	3 (37,5)	4 (10)	0,08 ^b
DIC, n (%)	8 (16,7)	5 (62,5)	3 (7,5)	0,002 ^b
Số tạng suy, $\bar{X} \pm SD$	2,27 \pm 1,07	3 (2,25 - 4)	2 (1 - 2,75)	0,004 ^a

Chú thích: ARDS: Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển; AKI: Tổn thương thận cấp; ALI: Tổn thương gan cấp; MI: Tổn thương cơ tim; DIC: Đông máu rải rác trong lòng mạch. ^a Mann-Whitney U test. ^b Fisher exact test. ^c Independent T-test

Nhận xét: Tỷ lệ có ARDS, DIC và số tạng suy ở nhóm tử vong đều cao hơn so với nhóm sống sót. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 4. Các biện pháp can thiệp và kết quả điều trị

Đặc điểm	Chung (n =48)	Tử vong (n=8)	Sống (n=40)	p
Thở máy, n (%)	22 (45,8)	8 (100)	14 (35)	0,001 ^b
Số ngày thở máy	3,8 \pm 6,8	6 (4 - 15)	0 (0 - 2)	< 0,001 ^a
Lọc máu, n (%)	26 (54,2)	7 (87,5)	19 (47,5)	0,055 ^b
Số lần lọc máu	3,1 \pm 2,5	6 (2 - 7)	2 (1 - 3)	0,027 ^a
Kiểm soát nguồn phẫu thuật, n (%)	15 (31,3)	2 (25)	13 (32,5)	> 0,999 ^b
Tuân thủ gói 1 giờ, n (%)	10 (20,8)	0	10 (25)	0,177 ^b
Dùng kháng sinh 1 giờ, n (%)	19 (39,6)	1 (12,5)	18 (45)	0,123 ^b
Chuyển SNK, n (%)	15 (60)	5 (100)	10 (50)	0,061 ^b
Số ngày dùng vận mạch	2,9 \pm 3,7	8,5 (4,25 - 10,75)	1 (0,25 - 2)	< 0,001 ^a
Số ngày nằm HSTC	7,5 \pm 7,8	9 (4 - 17,5)	4,5 (3 - 6)	0,061 ^a
Số ngày nằm viện	16,3 \pm 14,8	10 (5,5 - 17,5)	12 (10,25 - 16)	0,318 ^a

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong là 16,7%. Tỷ lệ chuyển từ nhiễm khuẩn nặng sang SNK cao (60%). Tỷ lệ tuân thủ gói 1 giờ và dùng kháng sinh 1 giờ thấp (20,8% và 39,6%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ thở máy, số ngày thở máy, số lần lọc máu, số ngày dùng vận mạch giữa nhóm sống và nhóm tử vong với $p < 0,05$.

3.3. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tử vong

Bảng 5. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong

	Tử vong (n = 8)	Sống (n = 40)	OR (95%CI)	p
SOFA	10 (6 - 14,25)	5,5 (4 - 7,75)	1,46 (1,11 - 1,91)	0,006
APACHE II	25,5 (18,75 - 30)	14 (10 - 18,75)	1,26 (1,08 - 1,46)	0,003
Số tạng suy	3 (2,25 - 4)	2 (1 - 2,75)	2,68 (1,24 - 5,78)	0,012
LACR (%)	-5,7 (-66,4; 32,8)	46,3 (27,6 - 64,4)	0,96 (0,93 - 0,98)	0,008

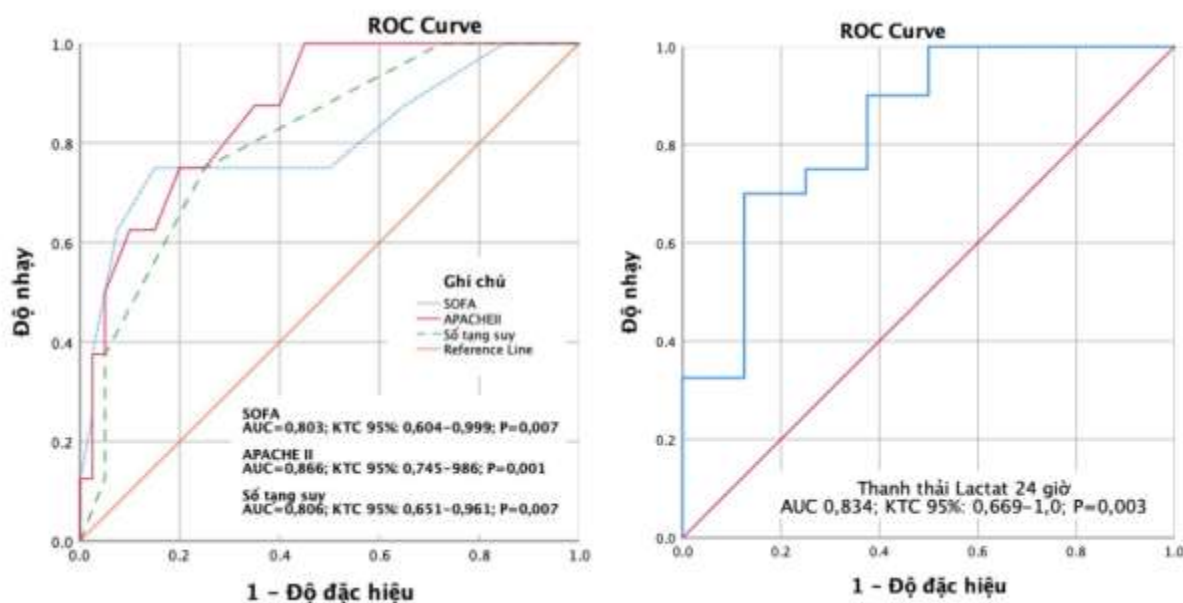
ARDS	5 (62,5)	3 (7,5)	20,6 (3,22 - 131,1)	0,001
DIC	5 (62,5)	3 (7,5)	20,6 (3,22 - 131,1)	0,001

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố: SOFA, APACHE II, số tạng suy, độ thanh thải Lactat 24 giờ (LACR), biến chứng ARDS, DIC đều liên quan đến tỷ lệ tử vong và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 6. Độ nhạy, độ đặc hiệu của một số yếu tố tiên lượng tử vong.

Yếu tố	Cut-off	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dự đoán dương tính (%)	Giá trị dự đoán âm tính (%)	OR	KTC 95%
LACR	30.30	75	75	37,5	93,75	9	1,56 - 51,95
SOFA	8.5	75	85	50	94,44	17	2,75 - 104,97
APACHE II	20.5	75	80	42,86	94,12	12	2,03 - 71,01
Số tạng suy	2,5	75	75	37,5	93,75	9	1,56 - 51,95

Nhận xét: Điểm SOFA với ngưỡng cắt là 8,5 điểm APACHE II với ngưỡng cắt 20,5; số tạng suy với ngưỡng cắt là 2,5; độ thanh thải lactate 24h với ngưỡng cắt 30,3% đều có độ nhạy và độ đặc hiệu khá tốt.



Biểu đồ 1. Biểu đồ diện tích dưới đường cong ROC của các chỉ số

Nhận xét: Độ thanh thải Lactate 24h, điểm SOFA, điểm APACHE II, số tạng suy đều có khả năng dự đoán kết cục tử vong nội viện tốt với AUC lần lượt là: 0,834; 0,803; 0,866 và 0,806. Các giá trị đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 7. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong

Yếu tố	OR	KTC 95%	P
LACR \leq 30,3%	4,07	0,34 - 48,79	0,268
SOFA $>$ 8	0,88	0,02 - 35,71	0,947
APACHE II $>$ 20	4,23	0,09 - 185,04	0,455

Số tạng suy > 2	4,48	0,23 - 86,29	0,320
ARDS	34,7	1,8 - 683,5	0,02
DIC	4,28	0,16 - 113,18	0,385

Nhận xét: Phân tích đa biến cho thấy, ARDS là yếu tố nguy cơ độc lập tiên lượng tử vong; OR = 34,7; KTC 95%: 1,8 - 683,5, p = 0,02.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về tuổi, giới: Tuổi trung bình là $69,6 \pm 15,7$ tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi ở hai nhóm. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lâm Kim Bảo¹ ($69,1 \pm 14,1$). Trong nghiên cứu, nam giới chiếm ưu thế (58,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn³, nam chiếm 64,3%.

Vị trí ổ nhiễm khuẩn tiên phát: Xác định ổ nhiễm trùng tiên phát là rất quan trọng, không chỉ giúp cho chẩn đoán mà còn giúp bác sĩ định hướng căn nguyên gây bệnh và lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm thích hợp. Trong nghiên cứu, vị trí ổ nhiễm khuẩn tiên phát hay gặp nhất là tiêu hoá (33,3%) và hô hấp (27,1%), kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Dương Tiên² ổ nhiễm khuẩn tiên phát hay gặp nhất là tiêu hóa (40,85%) và hô hấp (32,39%).

Cấy máu: Cấy máu trước khi dùng kháng sinh là một trong 5 thành tố của gói 1 giờ. Trong nghiên cứu tỷ lệ cấy máu dương tính là 41,6%. Trong đó 90% là vi khuẩn gram âm và E.coli là vi khuẩn hay gặp nhất (65%). Nghiên cứu của Lâm Kim Bảo¹ tỷ lệ cấy máu dương tính thấp hơn (24,7%), E.coli là vi khuẩn hay gặp nhất (47,8%).

Mức độ nặng: Điểm SOFA và APACHE II lúc vào ở nhóm tử vong cao hơn nhiều so

với nhóm sống, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn³, và nghiên cứu của Hao C.⁵

4.2. Kết quả điều trị

Về tỷ lệ tử vong: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tử vong là 16,3%, thấp hơn nghiên cứu của Trương Dương Tiên² (57,75%). Có thể do trong nghiên cứu của Trương Dương Tiên, SNK chiếm đa số (87,32%) còn của chúng tôi là 47,9%. Tỷ lệ tử vong cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn³, 16,3% so với 40,1%. Cỡ mẫu hạn chế có thể là nguyên nhân góp phần dẫn đến sự khác biệt này. Tuy nhiên khi phân tích dưới nhóm tỷ lệ tử vong trong nhóm SNK là 37,5%, nhóm nhiễm khuẩn nặng là 62,5%. Điều này phù hợp với tỷ lệ tuân thủ gói 1 giờ và dùng kháng sinh 1 giờ thấp (20,8% và 39,6%), dẫn tới tỷ lệ nhiễm khuẩn nặng chuyển thành SNK cao (60%).

Về thời gian điều trị: Chúng tôi thấy các biện pháp hỗ trợ cơ quan xâm lấn và sử dụng thuốc vận mạch trong thời gian nằm hồi sức thường được áp dụng cho nhóm tử vong hơn là nhóm sống. Cụ thể là, trung vị số ngày thở máy, số lần lọc máu và số ngày dùng vận mạch ở nhóm tử vong cao hơn hẳn so với nhóm sống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số ngày nằm HSTC và số ngày nằm viện không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm sống và nhóm tử vong.

Thời gian nằm HSTC và nằm viện của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Dương Tiền².

4.3. Các yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong

Phân tích đơn biến, chúng tôi thấy có 6 yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và SNK đó là: Điểm SOFA, điểm APACHE II, số tạng suy, độ thanh thải lactat 24 giờ, có ARDS kết hợp, có DIC kết hợp.

Điểm APACHE II và điểm SOFA được sử dụng rộng rãi để theo dõi nguy cơ tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và SNK. Trong nghiên cứu, điểm SOFA có khả năng tiên đoán tốt [(AUC = 0,803; KTC 95%: 0,604 - 0,999, $p = 0,007$), với ngưỡng cắt 8,5 có OR= 17, độ nhạy (75%), độ đặc hiệu (85%)]. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hao C⁵ [(AUC = 0,822 (KTC 95%: 0,776 - 0,867, $p < 0,001$), ngưỡng cắt là 7,5, độ nhạy (68,72%), độ đặc hiệu (87,90%)]. Điểm APACHE II với ngưỡng cắt cao hơn và có khả năng tiên đoán tốt hơn so với nghiên cứu của Hao C⁵ : [(AUC: 0,866; KTC 95%: 0,745 - 986, $p = 0,001$), với ngưỡng cắt 20,5 có OR= 12, độ nhạy (75%), độ đặc hiệu (80%)] so với [(AUC = 0,682; KCT 95%: 0,621 - 0,743, $p < 0,001$), với ngưỡng cắt 18,5, độ nhạy (72,63%), độ đặc hiệu (54,84%)]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn⁴: Điểm SOFA ≥ 8 (OR điều chỉnh: 2,717; 95% CI: 1,371 - 5,382) và điểm APACHE II ≥ 21 (OR điều chỉnh: 2,668; 95% CI: 1,338 - 5,321) có liên quan độc lập với nguy cơ tử vong cao trong bệnh viện.

Độ thanh thải Lactate giúp theo dõi sự phục hồi tưới máu mô và kết quả của hồi sức

chống sốc. Trong nghiên cứu độ thanh thải Lactate 24 giờ có khả năng tiên đoán tốt: [AUC = 0,834 (KTC 95%: 0,669-1,0, $p = 0,003$), ngưỡng cắt 30,3% có OR= 9, độ nhạy (75%), độ đặc hiệu (75%)]. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trương Dương Tiền² [(AUC = 0,9; KTC 95%: 0,785-1,014, $p < 0,001$), với ngưỡng cắt 21% có độ nhạy (89,47%), độ đặc hiệu (72,73%)].

Bệnh sinh của sepsis rất phức tạp, khi phản ứng viêm không thể kiểm soát được, cơn bão cytokine xảy ra, lan rộng và gây rối loạn chức năng đa cơ quan (MODS). Trong nghiên cứu số tạng suy có khả năng dự đoán tốt [(AUC = 0,806; KTC 95%: 0,651-0,961, $p = 0,007$), với ngưỡng cắt là 2,5 có OR=9, độ nhạy (75%), độ đặc hiệu (75%)]. Tỷ lệ tử vong ở nhóm có DIC (OR= 20,6) và có ARDS (OR=20,6) cao hơn có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Yao L⁸ số tạng suy, ARDS và DIC là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tiên lượng tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và SNK.

Phân tích đa biến cho thấy ARDS là yếu tố độc lập tiên lượng tử vong, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Yao L⁸.

V. KẾT LUẬN

Độ thanh thải Lactat sau 24 giờ, điểm SOFA, điểm APACHE II, ARDS và DIC, số tạng suy là các yếu tố tiên lượng tử vong. Trong đó, ARDS là yếu tố nguy cơ độc lập tiên lượng tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn.

Hạn chế của nghiên cứu: Thiết kế quan sát mô tả, đơn trung tâm và cỡ mẫu nhỏ làm hạn chế việc khái quát hóa kết quả. Tuy nhiên, nghiên cứu sơ bộ này nhằm mục đích khám phá những yếu tố hiện hữu, xác định

tính khả thi của việc khái quát hóa cho một nghiên cứu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Kim Bảo, Huỳnh Văn Ân**, Các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Nguyễn Trãi. Tạp chí Y học Việt Nam 528 - Tháng 7 – Số đặc biệt – 2023, 11 -16.
2. **Trương Dương Tiến, Phạm Thị Ngọc Thảo, Đỗ Quốc Huy, Đặng Vạn Phước**, Nghiên cứu vai trò độ thanh thải lactate máu động mạch trong điều trị nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2017. 454(1), 264-268.
3. **Do, S. N., et al. (2021)**, "Factors relating to mortality in septic patients in Vietnamese intensive care units from a subgroup analysis of MOSAICS II study", Sci Rep. 11(1), p. 18924.
4. **Do SN, Dao CX, Nguyen TA, et al**, Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score for predicting mortality in patients with sepsis in Vietnamese intensive care units. BMJ Open 2023;13:e064870. doi: 10.1136/bmjopen-2022-064870.
5. **Hao C, Hu Q, Zhu L, Xu H, Zhang Y**, Combined prognostic value of serum lactic acid, procalcitonin and severity score for short-term prognosis of septic shock patients]. Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue. 2021 Mar;33(3):281-285. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn121430-20201113-00715.
6. **Kristina E Rudd et al**, Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990 – 2017 analysis for the Global Burden of Disease Study. The Lancet, Volume 395, Issue 10219, P200 -211, January 18, 2020.
7. **Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. (February 2016)**, "The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)". JAMA. 315 (8): 801–10.
8. **Yao L, Zhang L, Zhou C**, Analysis of Prognostic Risk Factors of Sepsis Patients in Intensive Care Unit Based on Data Analysis. J Healthc Eng. 2022 Jan 7;2022:3746640. doi: 10.1155/2022/3746640.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC LẤY SỎI NIỆU QUẢN TẠI BỆNH VIỆN TÂM ANH GIAI ĐOẠN NĂM 2022- 2024

Trần Văn Quý¹, Nguyễn Thế Trường¹, Phạm Quang Trung¹,
Nguyễn Ngọc Tân¹, Đinh Quang Huy¹, Trương Bảo Thắng¹, Lê Anh Tuấn¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Sỏi tiết niệu là một bệnh lý hay gặp và hay tái phát, tỷ lệ bệnh vào khoảng 4 - 12% trong cộng đồng dân cư. Sỏi tiết niệu tuyệt đại đa số hình thành tại thận, sau đó sỏi theo dòng nước tiểu xuống khu trú ở bất kỳ vị trí nào trên đường tiết niệu. Có nhiều phương pháp điều trị sỏi tiết niệu: Điều trị nội khoa, tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi nội soi, tán sỏi qua da, phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi lấy sỏi trong và ngoài phúc mạc... Cho đến nay can thiệp ngoại khoa vẫn là lựa chọn quan trọng trong điều trị sỏi niệu quản. Hiện nay các phương pháp điều trị ít xâm lấn ngày càng được ưa chuộng vì tính hiệu quả, an toàn và tính thẩm mỹ cao. Phẫu thuật nội soi lấy sỏi là một trong các phương pháp ít xâm lấn đã được áp dụng phổ biến tại nhiều bệnh viện trên phạm vi cả nước, và đạt được nhiều kết quả tốt.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh giai đoạn 2022- 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu 50 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi niệu quản và phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2024.

Kết quả: 50 bệnh nhân gồm 38 nam (76%) và 12 nữ (24%). Tuổi trung bình là 48,72 tuổi (27 - 73 tuổi). Thời gian phẫu thuật trung bình 54,1 ± 12,32 phút. Thành công 96%. Không có tai biến trong phẫu thuật. Số ngày nằm viện sau mổ trung bình 3,8 ± 1,24 ngày. Biến chứng sớm sau phẫu thuật: có 1 bệnh nhân rò nước tiểu cần phải dẫn lưu khoang sau phúc mạc (2%). Biến chứng xa: 01 bệnh nhân hẹp niệu quản cần phẫu thuật tạo hình niệu quản (2%).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản là một phương pháp ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả đối với sỏi niệu quản.

Từ khóa: Sỏi niệu quản, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC URETEROLITHOTOMY FOR URETERAL STONES AT TAM ANH HOSPITAL

Background: Urinary stones are a common and recurring disease, the disease rate is about 4 - 12% in the population. The vast majority of urinary stones form in the kidneys, then the stones follow the urine stream down and settle anywhere in the urinary tract. There are many methods of treating urinary stones: Medical treatment, extracorporeal lithotripsy, endoscopic lithotripsy, percutaneous lithotripsy, open surgery and laparoscopic surgery to remove intraperitoneal and extraperitoneal stones... Up to now Surgical intervention remains an important option in the treatment of ureteral stones.

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Quý

ĐT: 0346468420

Email: tranquyk30b@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 14/7/2024

Ngày duyệt bài: 18/7/2024

Currently, minimally invasive treatment methods are increasingly popular because of their effectiveness, safety and high aesthetics. Laparoscopic stone removal surgery is one of the minimally invasive methods that has been commonly applied in many hospitals across the country, and has achieved many good results. Evaluate the results of retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy for ureteral stones at Tam Anh General Hospital.

Research subjects and methods:

Retrospective description of 34 patients with confirmed diagnosis of ureteral stones and retroperitoneal laparoscopic surgery to remove stones at Tam Anh General Hospital from March 2022 to March 2024.

Results: 50 patients included 38 men (76%) and 12 women (24%). The average age was 50,68 years old (27–73 years old). Average surgery time was $54,1 \pm 12,32$ minutes. 96% success. There were not complications during surgery. The average number of days in the hospital after surgery was $3,8 \pm 1,24$ days. Early complications after surgery: There was a patient with ureteral stenosis who required ureteroplasty. 1 patient had urine leakage requiring retroperitoneal drainage (2%). Distant complications: 01 patient with ureteral stenosis needed ureteroplasty (2%).

Conclusion: Laparoscopic retroperitoneal surgery to remove ureteral stones is a minimally invasive, safe and effective method for ureteral stones.

Keywords: Ureteral stones, laparoscopic ureterolithotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là một bệnh lý hay gặp và hay tái phát, tỷ lệ bệnh vào khoảng 2 - 12% dân số. Tần suất bệnh sỏi tiết niệu thay đổi theo tuổi, giới, chủng tộc[1]. Có nhiều phương pháp điều trị sỏi tiết niệu: Điều trị

nội khoa, TSNCT, TSNS, tán sỏi qua da, phẫu thuật mở và PTNS lấy sỏi trong và ngoài phúc mạc. Lựa chọn phương pháp nào là tùy thuộc vào vị trí, tính chất, số lượng sỏi, tình trạng chức năng thận, trang thiết bị và kinh nghiệm của phẫu thuật viên [2]. Hiện nay các phương pháp điều trị ít xâm lấn ngày càng được ưa chuộng vì tính hiệu quả, an toàn và tính thẩm mỹ cao. Phẫu thuật nội soi lấy sỏi là một trong các phương pháp ít xâm lấn đã được áp dụng phổ biến và đạt được nhiều kết quả tốt. Qua đó cũng thể hiện rõ được những lợi thế của phương pháp được xem là thay thế cho phẫu thuật mở [3]. Tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh phẫu thuật nội soi lấy sỏi niệu quản được thực hiện từ năm 2018 và hiện nay được thực hiện thường quy. Chúng tôi thực hiện đề tài: **“Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tại Bệnh viện Tâm Anh từ tháng 01/2022 – 01/2024”**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là các bệnh nhân có sỏi niệu quản được thực hiện phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:

Tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán xác định sỏi niệu quản và được phẫu thuật lấy sỏi nội soi sau phúc mạc.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Các bệnh nhân với bệnh án không đủ các thông số phục vụ cho nghiên cứu.

Bệnh nhân sỏi niệu quản và được phẫu thuật lấy sỏi nội soi sau phúc mạc nằm ngoài thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang: Các bệnh nhân được thống kê số liệu theo mẫu thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án lưu trữ.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới.

- Lâm sàng: Lý do vào viện: Con đau quặn thận, rối loạn tiểu tiện...Khám phát hiện thận to.

- Cận lâm sàng: Siêu âm hệ tiết niệu, chụp cắt lớp vi tính.

- Một số đặc điểm trong mổ, sau mổ: Thời gian phẫu thuật, các tai biến trong mổ, thời gian rút dẫn lưu, thời gian nằm viện.

- Kết quả sớm:

+ Kết quả tốt: Lâm sàng bệnh nhân không đau, không sốt. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị không sót sỏi, sonde JJ đúng vị trí.

+ Kết quả trung bình: Lâm sàng nhiễm trùng chân trocar hoặc rò nước tiểu nhưng tự liền trong thời gian hậu phẫu mà không cần can thiệp.

+ Kết quả xấu: Khám lâm sàng bệnh nhân còn đau. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị sót sỏi. Rò nước tiểu không tự liền phải can thiệp đặt sonde JJ niệu quản, hoặc dẫn lưu lại. Chảy máu sau mổ phải mổ lại. Bệnh nhân tử vong.

- Kết quả xa:

+ Kết quả tốt: Thể trạng phục hồi tốt, lao động sinh hoạt bình thường. Chức năng thận phục hồi tốt hơn so với trước phẫu thuật.

+ Kết quả trung bình: Bệnh nhân vẫn lao động được. Chức năng thận không tốt lên so với trước điều trị. Siêu âm đài bể thận còn giãn.

+ Kết quả xấu: Bệnh nhân đau vùng thắt lưng. Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính có hẹp niệu quản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	N	Tỷ lệ
< 30	1	2%
30 – 60	32	64%
> 60	17	34%
Tổng	50	100%

Nhận xét: Tuổi thấp nhất là 27 tuổi, tuổi cao nhất là 76 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 48,72 tuổi, trong đó nhóm tuổi trong độ tuổi lao động 31 – 60 tuổi gặp nhiều nhất 64%.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	N	Tỷ lệ
Nam	38	76%
Nữ	12	24%
Tổng số	50	100%

Nhận xét: Nam giới gặp 38 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 76%. Nữ giới gặp 12 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 24%.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	N	Tỷ lệ (%)
Cơn đau quặn thận	14	28%
Đau thắt lưng	30	60%
Đái máu	1	2%
Đau thắt lưng + đái máu	3	6%
Khám sức khỏe định kỳ	6	12%
Khám phát hiện thận to	3	6%
Sốt	3	6%
Phản ứng thành bụng	1	2%

Nhận xét: Bệnh nhân đến vào viện chủ yếu là do đau mỗi âm i đơn thuần vùng thắt lưng (60%), đây là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi. Cơn đau quặn thận phải nhập viện trong tình trạng cấp cứu 28%. Khám sức khỏe định kỳ phát hiện gặp 12%.

Bảng 4. Đặc điểm sỏi niệu quản

Đặc điểm sỏi	N	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Phải	58%
	Trái	40%
	Hai bên	2%
Kích thước trung bình sỏi	13,9 x 7,25mm	

Nhận xét: Sỏi bên phải 29 bệnh nhân (58%). bên trái 20 bệnh nhân (40%). 01 bệnh nhân có sỏi niệu quản 2 bên. Kích thước sỏi trung bình là: 13,9 x 7,25mm.

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (Phút)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 60	36	72%
60 – 120	13	26%
> 120	1	2%

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật nhanh nhất là 30 phút, chậm nhất là 125 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình là 54,1 phút.

Bảng 6. Số ngày rút dẫn lưu sau mổ

Số ngày	N	Tỷ lệ (%)
< 3	20	40%
3 – 5	30	60%
> 6	0	0%

Nhận xét: Thời gian rút dẫn lưu sau mổ sớm nhất là 02 ngày, muộn nhất là 05 ngày. Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 2,66 ngày.

Bảng 7. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện (Ngày)	N	Tỷ lệ (%)
2	0	
3 – 4	43	
5 – 6	7	
> 6	0	

Nhận xét: Số ngày nằm viện ngắn nhất là 03 ngày, muộn nhất là ngày 06 ngày. Số ngày nằm viện trung bình là 3,8 ngày.

Bảng 8. Tai biến trong khi phẫu thuật

Tai biến	N	Tỷ lệ (%)
Không lấy được sỏi	2	4%
Chuyển mổ mở	2	4%
Sỏi di chuyển lên thận	2	4%
Tràn khí dưới da	0	0%
Rách phúc mạc	0	0%
Chảy máu	0	0%
Tổn thương tạng	0	0%

Nhận xét: Trong nghiên cứu gặp 02 trường hợp 4%, sỏi di chuyển lên thận, không lấy được sỏi, phải chuyển mổ mở.

Bảng 9. Kết quả sớm

Kết quả	N	Tỷ lệ (%)
Tốt	47	94%
Trung bình	2	4%
Xấu	1	2%

Nhận xét: Kết quả tốt chiếm 94%. Trung bình 4%. Xấu: 2%.

Bảng 10. Kết quả xa

Kết quả	N	Tỷ lệ (%)
Tốt	48	96%
Trung bình	1	2%
Xấu	1	2%

Nhận xét: Có 01 bệnh nhân kết quả xấu, chụp cắt lớp vi tính có hẹp niệu quản.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 50 bệnh nhân sỏi niệu quản được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi sau phúc mạc chúng tôi thấy:

4.1. Đặc điểm chung

Độ tuổi 31- 60 tuổi, chiếm tỷ lệ cao 66%. Trong đó: Tuổi thấp nhất 27 tuổi, tuổi cao nhất 76 tuổi, tuổi trung bình: 48,72 tuổi (Đây là lứa tuổi đang lao động chính cho gia đình và xã hội). Nam giới có 38/50 trường hợp (76%), nữ có 12 trường hợp (24%).

Bệnh nhân vào viện vì đau âm ỉ đơn thuần vùng thắt lưng có tỷ lệ cao 60%. Con đau quặn thận 28%. Nguyễn Bửu Triều (2003), Trần Văn Sáng (1996), đều cho rằng sỏi niệu quản dễ gây tắc nghẽn nhất, gây ra cơn đau quặn thận, nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên,... So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy hoàn toàn phù hợp với các quan điểm của các tác giả đã nêu trên [4], [5]. Kích thước sỏi trung bình: 13,9 x 7,2mm. Với kích thước sỏi như trên, chỉ định lấy sỏi nội soi sau phúc mạc của nghiên cứu này tương tự như nghiên cứu của Trần Quốc Hòa [6], Vũ Lê Chuyên [7], các tác giả này chỉ định mổ lấy sỏi niệu quản bằng phương pháp nội soi sau phúc mạc với sỏi có chiều ngang hơn 10mm.

4.2. Kết quả phẫu thuật

Có 2 trường hợp phải mổ mở chiếm 4%. Cả 02 chuyển mổ mở là do sỏi ở vị trí cao, tổ chức xung niệu quản viêm dính khó khăn trong quá trình bóc tách, dẫn tới sỏi di chuyển lên thận, không lấy được sỏi qua nội soi phải chuyển mổ mở để lấy sỏi. Cả 02 trường hợp sau mổ đều diễn biến tốt. Tỷ lệ

chuyển mổ mở của Nguyễn Hoàng Đức nghiên cứu từ năm 2003 – 2005 tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh là 5/265 trường hợp chiếm 1,8% [8], và của Bùi Chín – cộng sự nghiên cứu năm 2005 tại Bệnh viện Bình Dân là 2/51 trường hợp chiếm 3,9% [7]. So sánh tỷ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi với các tác giả trên cũng gần giống như vậy.

Thời gian mổ trung bình: 54,1 phút. Kết quả nghiên cứu của Vũ Lê Chuyên [7]: Thời gian mổ trung bình của tác giả là $59,4 \pm 22,4$ phút, nhanh nhất là 20 phút và dài nhất là 120 phút. Kết quả của Nguyễn Hoàng Đức [8], thời gian mổ trung bình là $81 \pm 28,1$ phút, nhanh nhất là 40 phút, chậm nhất là 180 phút. Thời gian mổ trong nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn so với các tác giả trên. Thời gian nằm viện trung bình là 3,8 ngày tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Đức là $3,4 \pm 1,6$ ngày [8], của Trần Quốc hòa $3,52 \pm 1,1$ ngày [6].

Kết quả sớm: Tốt đạt 94%, trung bình 4%, xấu 2%. 01 bệnh nhân cho kết quả xấu (2%). 01 bệnh nhân có kết quả xấu đó là trường hợp sau mổ 03 tuần bệnh nhân vào cấp cứu trong tình trạng sốt, đau tức hố thắt lưng, sờ thấy khối vùng hố thắt lưng. Bệnh nhân được siêu âm, chụp cắt lớp vi tính được chẩn đoán rò nước tiểu sau phẫu thuật. Xử trí dẫn lưu khoang sau phúc mạc dưới hướng dẫn của siêu âm, sau 03 tháng bệnh nhân hết rò nước tiểu đến viện rút dẫn lưu. Khám lại sau rút dẫn lưu 01 tháng rút sonde JJ. So sánh với tác giả Trần Quốc Hòa cũng cho kết quả sớm tương tự (tốt: 93,8%, trung bình:

4,9%, xấu: 1,3%) [6].

Kết quả xa: Tốt 96%, trung bình 2%, xấu 2%. Gặp 01 bệnh nhân sau rút sonde JJ 1 tháng đến khám lại khi có biểu hiện lâm sàng đau đầu tức hồ thận, sốt nhẹ, rối loạn tiểu tiện. Được siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và chẩn đoán hẹp niệu quản sau phẫu thuật. Bệnh nhân được nhập viện phẫu thuật tạo hình niệu quản, sau mổ bệnh nhân diễn biến tốt.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc hiện nay vẫn là một phẫu thuật hiệu quả, ít xâm lấn, an toàn, ít tai biến và biến chứng, thời gian nằm viện ngắn và cho kết quả tốt trong điều trị sỏi niệu quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Hinh** (2013). “Bệnh sỏi tiết niệu”, Bệnh sỏi tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 25- 34.
2. **Trần Quán Anh** (2001). “Sỏi niệu quản”, Bệnh học ngoại khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 132- 145.
3. **Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Văn Hiệp, Lê Văn Nghĩa và cộng sự** (2003). “Một số phẫu thuật niệu khoa qua nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Bình Dân trong 2 năm 2001-2002”, Y học thành phố Hồ Chí Minh 7(1), trường Đại học Y dược TP HCM, tr. 21-26.
4. **Trần Văn Sáng** (1996), “Sỏi tiết niệu”, Bài giảng bệnh học niệu khoa, Nhà xuất bản Mũi Cà Mau, tr.83 – 130.
5. **Nguyễn Bửu Triều** (2003). “Sỏi tiết niệu”. Bách khoa thư bệnh học, Tập I. Nhà xuất bản từ điển bách khoa, Hà Nội, tr.240 – 24.
6. **Trần Quốc Hòa** (2023), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội giai đoạn 2020-2023”. Tạp chí Y học Việt Nam, số 2 tháng 3 năm 2024, tr.248 – 251.
7. **Bùi Chín, Vũ Lê Chuyên, Bùi Văn Chiến và cộng sự** (2006). “Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản lưng”. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 319 số đặc biệt 2/2006, tr. 319 – 325.
8. **Nguyễn Hoàng Đức, Trần Lê Linh Phương và cộng sự** (2006). “Hiệu quả của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản đoạn lưng”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 319, số đặc biệt 2/2006, tr. 306-312.

ĐẶC ĐIỂM TEST THẦN KINH TỰ CHỦ TRONG BỆNH TEO ĐA HỆ THỐNG VÀ BỆNH PARKINSON TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Trương Huệ Linh¹, Vũ Thị Hoàng Yến¹, Vũ Thị Hình¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: So sánh đặc điểm test thần kinh tự chủ trong bệnh teo đa hệ thống và bệnh Parkinson tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh 2022-2024.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả so sánh cắt ngang.

Kết quả: 24 bệnh nhân teo đa hệ thống, 75 bệnh nhân bệnh Parkinson được tiến hành test thần kinh tự chủ. Nhóm teo đa hệ thống có tỷ lệ bất thường của từng test cao hơn nhóm Parkinson, khác biệt có ý nghĩa thống kê trên cả 6 test đánh giá bao gồm: test biến thiên nhịp tim khi hít thở sâu, biến thiên nhịp tim do tư thế, biến thiên huyết áp do tư thế, test vận động đẳng trường – nghiệm pháp Handgrip, nghiệm pháp Valsalva, test đáp ứng giao cảm da ($p < 0,05$). Điểm Ewing trung bình (thang điểm đánh giá mức độ nặng của rối loạn thần kinh tự chủ) của nhóm teo đa hệ thống là $2,63 \pm 0,95$, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Parkinson là $1,42 \pm 1,03$ ($p < 0,05$).

Kết luận: Tổn thương thần kinh tự chủ trong bệnh teo đa hệ thống nặng hơn so với bệnh Parkinson, thể hiện trên 6 test đánh giá chức năng thần kinh tự chủ.

Từ khóa: test thần kinh tự chủ, teo đa hệ thống, bệnh Parkinson.

SUMMARY

RESEARCH OF AUTONOMIC TEST IN MULTIPLE SYSTEM ATROPHY AND PARKINSON'S DISEASE AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL

Objectives: Comparison of autonomic nervous test characteristics in multiple system atrophy and Parkinson's disease at Tam Anh General Hospital from 2022-2024.

Methods: Cross-sectional study.

Results: 24 patients with multiple system atrophy and 75 patients with Parkinson's disease were underwent autonomic testing. The multiple system atrophy group exhibited a higher rate of abnormalities in each test compared to the Parkinson's group, with statistically significant differences in all 6 evaluation tests, including: heart rate variability test during deep breathing, heart rate variability in response to position change, blood pressure variation in response to position change, isometric exercise test (Handgrip test), Valsalva test, and sympathetic skin response test ($p < 0.05$). The average Ewing score (a scale used to assess the severity of autonomic nervous disorders) in the multiple system atrophy group was 2.63 ± 0.95 , significantly higher than the Parkinson's group at 1.42 ± 1.03 ($p < 0.05$).

Conclude: Autonomic system damage in multiple system atrophy is more severe than in Parkinson's disease, shown on the results of the 6 autonomic function tests.

Keywords: autonomic function test, multiple system atrophy, Parkinson's disease.

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Huệ Linh

SĐT: 0396469059

Email: huelinh2202@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 13/7/2024

Ngày duyệt bài: 15/7/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Parkinson là một nhóm lớn các bệnh thoái hóa thần kinh, bao gồm bệnh Parkinson nguyên phát, hội chứng Parkinson không điển hình, hội chứng Parkinson thứ phát, hội chứng Parkinson di truyền. Teo đa hệ thống (Multiple System Atrophy – MSA) là một bệnh thoái hóa thần kinh trong nhóm hội chứng Parkinson không điển hình. Khác với bệnh Parkinson nguyên phát, ngoài các triệu chứng của hội chứng Parkinson, teo đa hệ thống còn đặc trưng bởi thất điều tiểu não, rối loạn thần kinh tự chủ sớm và nặng trên hệ tim mạch, tiêu hóa và tiết niệu – sinh dục⁸. Trên lâm sàng, đôi khi rất khó phân biệt giữa teo đa hệ thống và bệnh Parkinson nguyên phát, đặc biệt là khi bệnh Parkinson có biểu hiện rối loạn thần kinh tự chủ⁸. Bằng việc đánh giá đặc điểm cũng như mức độ nặng của rối loạn thần kinh tự chủ, bác sĩ lâm sàng có thể có thêm bằng chứng khách quan hữu ích giúp phân biệt bệnh teo đa hệ thống với bệnh Parkinson⁵⁻⁷. Trên thế giới, qua tìm kiếm qua pubmed, chúng tôi nhận thấy đã có nhiều nghiên cứu so sánh đặc điểm các test đánh giá chức năng thần kinh tự chủ giữa teo đa hệ thống với bệnh Parkinson⁵⁻⁷. Tuy nhiên, tại Việt Nam, qua các tạp chí y khoa uy tín trong nước, chúng tôi chỉ tìm thấy một số nghiên cứu của tác giả Võ Nguyễn Ngọc Trang và cộng sự về vấn đề này^{1,2}. Hơn nữa, sử dụng các test thần kinh tự chủ để phân biệt bệnh Parkinson với teo đa hệ thống vẫn còn có những sự khác biệt về kết quả giữa các nghiên cứu hiện có⁵⁻⁷. Vì vậy, chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: ***So sánh đặc điểm test thần kinh tự chủ trong bệnh teo đa hệ thống và bệnh Parkinson tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh 2022-2024.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Các bệnh nhân được chẩn đoán teo đa hệ thống và các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson tại khoa Thần kinh – Đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh.

- Các bệnh nhân được chẩn đoán teo đa hệ thống trên lâm sàng mức độ “xác định” và “rất có thể” theo tiêu chuẩn đồng thuận của Hội rối loạn vận động (Movement Disorders society - MDS) năm 2022.

- Các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson trên lâm sàng theo tiêu chuẩn của Hội rối loạn vận động (Movement Disorders society - MDS) năm 2015.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Hội chứng Parkinson thứ phát và các bệnh lí khác thuộc hội chứng Parkinson không điển hình. Các bệnh lý tổn thương thần kinh trung ương và ngoại biên kèm theo có ảnh hưởng đến hệ thần kinh tự chủ. Bệnh lý đái tháo đường có biến chứng tổn thương thần kinh. Bệnh lý tim mạch, hô hấp không cho phép thực hiện các nghiệm pháp gắng sức hoặc đang sử dụng một số nhóm thuốc có ảnh hưởng đến tần số tim.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả so sánh cắt ngang

2.2.2. Công cụ nghiên cứu

Máy điện cơ Nicoet Viking Quest/ Natus, dụng cụ bóp tay GRIP-A, bộ dụng cụ đo áp lực đường thở. Bệnh án nghiên cứu, bảng phân độ Ewing, thang điểm UMSARS toàn bộ, thang điểm UMSARS phần II, thang điểm UPDRS phần III.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn, khám lâm sàng, đo đặc bằng phân mềm trên máy điện cơ Natus.

2.2.4. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Các bệnh nhân được chẩn đoán teo đa hệ thống và bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn chẩn đoán, được đánh giá mức độ nặng theo thang điểm phù hợp (UMSARS II, UMSARS toàn bộ và UPDRS III đối với nhóm teo đa hệ thống; thang điểm UPDRS III với nhóm Parkinson).

Bước 2: Tiến hành test thần kinh tự chủ cho các bệnh nhân teo đa hệ thống, bao gồm 6 test:

Chức năng hệ đối giao cảm được đánh giá thông qua:

- (1) Biến thiên nhịp tim khi hít thở sâu
- (2) Biến thiên nhịp tim khi thay đổi tư thế
- (3) Nghiệm pháp Valsava

Chức năng hệ giao cảm được đánh giá thông qua:

- (4) Biến thiên huyết áp khi thay đổi tư thế
- (5) Biến thiên huyết áp khi vận động đẳng trường – nghiệm pháp Handgrip
- (6) Đáp ứng giao cảm da

Nhận định kết quả dựa theo phân độ Ewing. Mức độ nặng trên test thần kinh tự chủ được đánh giá qua tổng điểm Ewing của cả 5 test.

Bước 3: Lưu thông tin và phân tích kết quả.

2.2.5. Phân tích số liệu

Thu thập, xử lý, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.

Giá trị $p < 0,05$ được xem là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2022 đến tháng 4/2024

2.4. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Thần kinh – Đột quy, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Hà Nội

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về nhóm nghiên cứu

24 bệnh nhân teo đa hệ thống và 75 bệnh nhân bệnh Parkinson được tuyển chọn vào nghiên cứu. Trong nhóm teo đa hệ thống, nữ chiếm 50%, nam chiếm 50%. Trong nhóm bệnh Parkinson, nữ chiếm 52%, nam chiếm 48%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ giới tính giữa hai nhóm với $p = 0,865 > 0,05$.

Bảng 1. Thông tin chung tuổi và mức độ nặng của bệnh của hai nhóm bệnh

	Teo đa hệ thống $\bar{X} \pm SD$	Bệnh Parkinson $\bar{X} \pm SD$	p
Tuổi (năm)	62,54 ± 7,74	62,64 ± 9,50	0,835
Thời gian mắc bệnh (năm)	2,27 ± 0,96	2,73 ± 1,38	0,317
UPDRS-III	32,08 ± 8,51	30,15 ± 18,65	0,17
UMSARS toàn bộ	41,83 ± 10,31		
UMSARS-II	20,83 ± 6,94		

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi, thời gian mắc bệnh, mức độ nặng dựa trên thang điểm UPDRS III giữa hai nhóm bệnh teo đa hệ thống và bệnh Parkinson ($p > 0,05$).

3.2. So sánh đặc điểm test thần kinh tự chủ giữa bệnh teo đa hệ thống và bệnh Parkinson

3.2.1. So sánh kết quả test thần kinh tự chủ giữa bệnh teo đa hệ thống và bệnh Parkinson

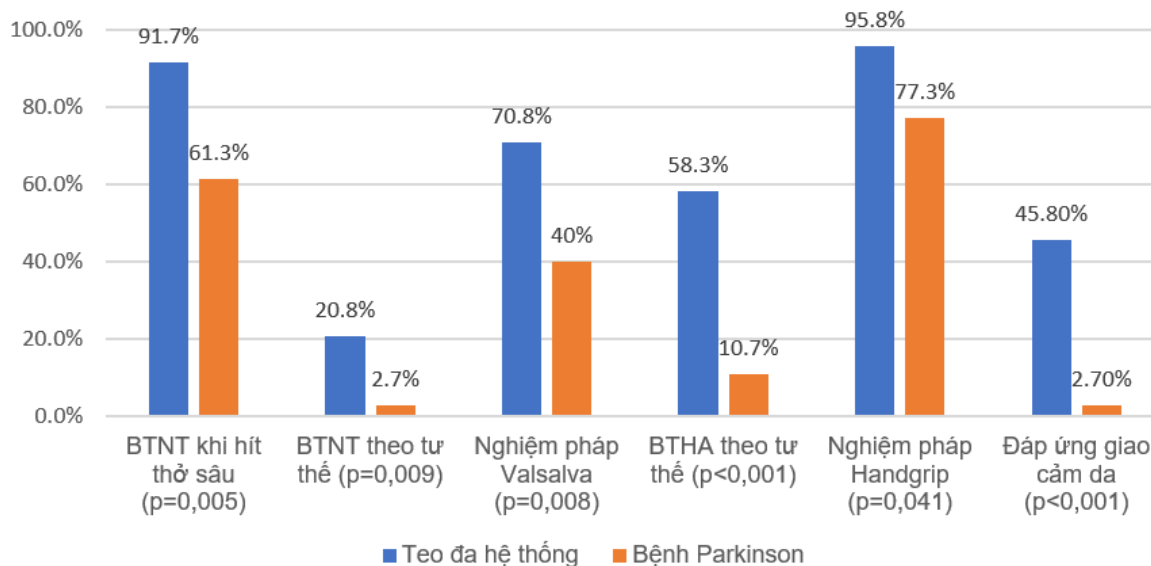
Bảng 2. So sánh kết quả test thần kinh tự chủ giữa bệnh teo đa hệ thống và bệnh Parkinson

Test khảo sát	Nhóm MSA	Nhóm Parkinson	p
Chức năng đối giao cảm	$\bar{X} \pm SD$		
BTNT khi hít thở sâu (nhịp/phút)	9,46 ± 3,56	13,39 ± 7,19	0,015
BTNT theo tư thế (Chỉ số R-R theo tư thế)	1,09 ± 0,06	1,14 ± 0,12	0,024
Nghiệm pháp Valsalva (Chỉ số Valsalva)	1,15 ± 0,09	1,25 ± 0,15	0,001
Chức năng giao cảm	$\bar{X} \pm SD$		
BTHA tâm thu theo tư thế (mmHg)	-11,71 ± 13,07	2,75 ± 11,89	p<0,001
BTHA tâm trương theo tư thế (mmHg)	-7,33 ± 10,5	4,23 ± 6,98	0,024
BTHA tâm trương trong nghiệm pháp Handgrip (mmHg)	5,38 ± 9,12	10,37 ± 7,68	0,024

BTNT: biến thiên nhịp tim, BTHA: biến thiên huyết áp

Nhận xét: Có sự khác biệt về kết quả trên từng test: BTNT khi hít thở sâu, BTNT theo tư thế, nghiệm pháp Valsalva, BTHA theo tư thế, nghiệm pháp Handgrip (p<0,05) giữa hai nhóm.

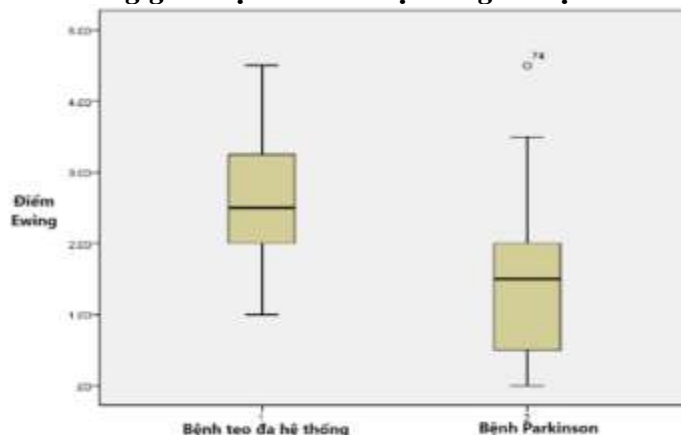
3.2.2. So sánh tỷ lệ test bất thường giữa bệnh teo đa hệ thống và bệnh Parkinson



Biểu đồ 1. So sánh tỷ lệ test bất thường giữa bệnh teo đa hệ thống và bệnh Parkinson

Nhận xét: Tỷ lệ bất thường trên tất cả 6 test đánh giá chức năng thần kinh tự chủ ở nhóm teo đa hệ thống đều cao hơn nhóm bệnh Parkinson, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.2.3. So sánh điểm Ewing giữa bệnh teo đa hệ thống và bệnh Parkinson



Biểu đồ 2. So sánh điểm Ewing giữa bệnh teo đa hệ thống và bệnh Parkinson

Nhận xét: Điểm Ewing được tính bằng tổng điểm của 5 test đánh giá chức năng tự chủ tim mạch. Điểm Ewing của nhóm bệnh teo đa hệ thống là $2,63 \pm 0,95$. Điểm Ewing của nhóm bệnh Parkinson là $1,42 \pm 1,03$. Có sự khác biệt về mức độ rối loạn chức năng thần kinh tự chủ dựa theo thang điểm Ewing giữa bệnh Parkinson và bệnh teo đa hệ thống với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. So sánh mức độ rối loạn thần kinh tự chủ giữa bệnh teo đa hệ thống và bệnh Parkinson qua từng test

Hệ đối giao cảm

4.1.1. Test biến thiên nhịp tim với hít thở sâu

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 24 bệnh nhân teo đa hệ thống, chúng tôi ghi nhận biến thiên nhịp tim hít vào – thở ra trung bình là 9,46, thấp hơn so với nhóm Parkinson là 13,39, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,015 < 0,05$). Tác giả Pavy-Letraon cũng ghi nhận biến thiên nhịp tim trung bình của nhóm teo đa hệ thống là 5,16 nhịp/phút, thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh Parkinson⁶. Khi khảo sát về tỷ lệ bất

thường, tỉ lệ test biến thiên nhịp tim khi hít thở sâu bất thường là 91,7%, cao hơn có ý nghĩa so với tỉ lệ bất thường trong nhóm bệnh Parkinson là 61,3% ($p = 0,005$). Nghiên cứu của Võ Nguyễn Ngọc Trang và Pavy-Letraon đều ghi nhận tỉ lệ bất thường trong nhóm teo đa hệ thống cao hơn nhóm Parkinson. Chính vì thế, nhiều tác giả đã đưa ra kết luận có thể dùng test biến thiên nhịp tim với hít thở sâu để giúp phân biệt giữa bệnh Parkinson và teo đa hệ thống⁵⁻⁷.

4.1.2. Test biến thiên nhịp tim theo tư thế

Trong test biến thiên nhịp tim theo tư thế, chỉ số RR trung bình của nhóm MSA là 1,09, thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm Parkinson là 1,14 ($p < 0,05$). Đồng thời tỉ lệ test bất thường trong nhóm MSA là 20,83%, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Parkinson là 2,67% ($p = 0,009$). Kết quả này của chúng tôi khác biệt so với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, khi mà nghiên cứu của Võ Nguyễn Ngọc Trang và Pavy-Letraon ghi nhận không có sự khác biệt về tỉ lệ bất thường giữa hai nhóm bệnh Parkinson và teo đa hệ thống^{1,2,6}. Như đã trình bày trước đó, lí do khác biệt có thể là do cỡ mẫu của chúng

tôi nhỏ hơn, và quan trọng, trong cách tính chỉ số RR, chúng tôi dùng phương pháp tự động trên máy theo tỉ lệ khoảng RR cao nhất và thấp nhất.

4.1.3. Nghiệm pháp Valsalva

Trong nghiệm pháp Valsalva, chỉ số Valsalva trung bình của nhóm teo đa hệ thống là $1,15 \pm 0,09$, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Parkinson là $1,25 \pm 0,15$. Tỉ lệ test bất thường của nhóm teo đa hệ thống (70,83%) cũng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Parkinson (40%), $p < 0,05$. Kết quả này nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Pavy-Letraon khi có thể dùng nghiệm pháp Valsalva để phân biệt hai bệnh lí này⁶.

Hệ giao cảm

4.1.4. Test biến thiên huyết áp với vận động thể lực đẳng trường (nghiệm pháp Handgrip)

Với nghiệm pháp vận động thể lực đẳng trường (Nghiệm pháp Handgrip), biến thiên nhịp tim trong nhóm teo đa hệ thống là $5,38 \pm 9,12$, thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm Parkinson là $10,37 \pm 7,68$ ($p = 0,024 < 0,05$). Tỉ lệ test bất thường giữa bệnh teo đa hệ thống (95,83%) cũng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Parkinson (77,3%), $p < 0,05$. Mặc dù kết quả chỉ số biến thiên nhịp tim và tỉ lệ test bất thường trong nhóm teo đa hệ thống ở nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với nghiên cứu của Võ Nguyễn Ngọc Trang ($7,37 \pm 6,87$; tỉ lệ bất thường 77,8%)² và một số tác giả nước ngoài, nhưng các nghiên cứu này đều ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa trong tỉ lệ bất thường giữa nhóm teo đa hệ thống và bệnh Parkinson⁵⁻⁷. Như vậy vận động thể lực đẳng trường cũng có thể góp phần phân biệt giữa teo đa hệ thống và bệnh Parkinson.

4.1.5. Test biến thiên huyết áp theo tư thế

Chỉ số biến thiên huyết áp tâm thu khi từ tư thế nằm sang tư thế đứng trong vòng 3 phút ở nhóm teo đa hệ thống là $-11,71 \pm 13,07$ mmHg, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh Parkinson là $2,75 \pm 11,89$ mmHg, $p < 0,001$. Xét về tỉ lệ, tỉ lệ bệnh nhân hạ huyết áp tư thế ở nhóm teo đa hệ thống là 58,3%, cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh Parkinson là 10,7%. Điều này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Pavy-Letraon⁶ và Võ Nguyễn Ngọc Trang^{1,2}.

Như vậy, qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy hạ huyết áp tư thế trong nhóm teo đa hệ thống rõ hơn và nặng hơn so với nhóm bệnh Parkinson. Đây cũng có thể là một trong những test giúp hỗ trợ phân biệt teo đa hệ thống và bệnh Parkinson.

4.1.6. Test ghi đáp ứng giao cảm da

Ở test đáp ứng giao cảm da, chúng tôi ghi nhận nhóm teo đa hệ thống có tỉ lệ bất thường là 45,83%, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm 75 bệnh nhân Parkinson của chính nghiên cứu này (2,7%) ($p < 0,05$), cũng như nhóm 53 bệnh nhân Parkinson (1,89%) theo nghiên cứu của Vũ Thị Minh thực hiện tại cơ sở năm 2022³.

Sự khác biệt trong test đáp ứng giao cảm da giữa hai nhóm cũng được ghi nhận qua nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước^{1,2,5-7}. Do đó, ngoài bộ 5 test thần kinh tự chủ tìm mạch, test đáp ứng giao cảm da cũng góp phần phân biệt giữa bệnh Parkinson và teo đa hệ thống.

4.2. So sánh mức độ rối loạn thần kinh tự chủ giữa bệnh teo đa hệ thống và bệnh Parkinson qua tổng điểm Ewing

Trong nghiên cứu này, điểm Ewing của nhóm teo đa hệ thống là $2,63 \pm 0,95$, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh Parkinson là $1,42 \pm 1,03$, với $p < 0,001$. Như vậy, có sự khác biệt về mức độ nặng rối loạn chức năng

thần kinh tự chủ tính bằng thang điểm Ewing giữa bệnh Parkinson và bệnh teo đa hệ thống. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Pavy-Letraon trên 96 bệnh nhân Parkinson và 32 bệnh nhân teo đa hệ thống, điểm Ewing của nhóm teo đa hệ thống là $2,98 \pm 1,23$, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh Parkinson là $1,79 \pm 1,28$, với $p < 0,001^6$. Nghiên cứu tại Việt Nam của Võ Nguyễn Ngọc Trang và cộng sự cũng cho kết quả tương tự^{1,2}. Nghiên cứu này, cũng với các nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy giá trị của phân độ Ewing trong chẩn đoán phân biệt hai bệnh lí, ngay cả khi bệnh nhân không có hạ huyết áp tư thế.

Nhìn chung, chúng tôi ghi nhận bệnh teo đa hệ thống có tổn thương thần kinh tự chủ rõ rệt và nặng hơn so với bệnh Parkinson. Kết luận này phù hợp với y văn trên thế giới, đồng thời cũng phù hợp tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Parkinson và teo đa hệ thống, trong đó rối loạn thần kinh tự chủ sớm và nặng là một trong các tiêu chuẩn giúp chẩn đoán bệnh teo đa hệ thống và loại trừ chẩn đoán bệnh Parkinson vô căn. Sự kết hợp giữa lâm sàng và sử dụng test thần kinh tự chủ dưới trợ giúp của máy điện cơ góp phần hỗ trợ chẩn đoán phân biệt này.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương thần kinh tự chủ trong bệnh teo đa hệ thống nặng hơn so với bệnh Parkinson, thể hiện trên 6 test đánh giá chức năng thần kinh tự chủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Nguyễn Ngọc Trang, Nguyễn Hữu Công.** So sánh mức độ tổn thương thần kinh tự chủ giữa bệnh Parkinson và teo đa hệ thống. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2021;25(2):75 – 81.
2. **Võ Nguyễn Ngọc Trang.** Đánh giá mức độ rối loạn thần kinh tự chủ trên bệnh Parkinson và teo đa hệ thống. Luận án tiến sĩ Y học. 2022.
3. **Vũ Thị Hình, Nguyễn Văn Liệu, Trương Huệ Linh, Nguyễn Đoàn Thủy,.** Nghiên cứu đặc điểm test thần kinh tự chủ trên bệnh nhân Parkinson. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;2(2):45-49.
4. **Baschieri F, Calandra-Buonaura G, Doria A, et al.** Cardiovascular autonomic testing performed with a new integrated instrumental approach is useful in differentiating MSA-P from PD at an early stage. Parkinsonism Relat Disord. May 2015;21(5): 477-82. doi:10.1016/j.parkreldis.2015.02.011.
5. **Garg D, Srivastava AK, Jaryal AK, et al.** Is There a Difference in Autonomic Dysfunction Between Multiple System Atrophy Subtypes? Mov Disord Clin Pract. May 2020;7(4): 405-412. doi:10.1002/mdc3.12936.
6. **Pavy-LeTraon A, Brefel-Courbon C, Dupouy J, Ory-Magne F, Rascol O, Senard JM.** Combined cardiovascular and sweating autonomic testing to differentiate multiple system atrophy from Parkinson's disease. Neurophysiol Clin. Apr 2018;48(2): 103-110. doi:10.1016/j.neucli.2017.11.003.
7. **Pellecchia MT, Stankovic I, Fanciulli A, et al.** Can Autonomic Testing and Imaging Contribute to the Early Diagnosis of Multiple System Atrophy? A Systematic Review and Recommendations by the Movement Disorder Society Multiple System Atrophy Study Group. Mov Disord Clin Pract. Oct 2020;7(7):750-762. doi:10.1002/mdc3.13052.
8. **Zesiewicz T. A.** Parkinson Disease. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology. 2019;25(4):896-918.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TIỀN UNG THƯ VÀ UNG THƯ SỚM ĐƯỜNG TIÊU HOÁ BẰNG KỸ THUẬT NỘI SOI CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC (ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION) TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI

Đào Trần Tiến¹, Vũ Trường Khanh¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Điều trị ung thư đường tiêu hoá ở giai đoạn sớm (thực quản, dạ dày, đại tràng) có thể đạt điều trị triệt căn khỏi hoàn toàn. Trên thế giới, cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) được ứng dụng rộng rãi, là phương pháp điều trị chuẩn, triệt căn đối với các tổn thương ung thư đường tiêu hoá ở giai đoạn sớm cũng như các tổn thương tiền ung thư. Phương pháp này đã được chứng minh hiệu quả và an toàn trong điều trị các tổn thương ung thư sớm đường tiêu hoá. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả, độ an toàn của phương pháp ESD trong điều trị các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm đường tiêu hoá tại bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội trong 3 năm từ 12/2021- 2024.

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả, độ an toàn của phương pháp cắt tách dưới niêm mạc (Endoscopic Submucosal Dissection) trong điều trị các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm đường tiêu hoá tại bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả, cắt ngang có theo dõi. Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư giai đoạn đầu hoặc

tổn thương tiền ung thư ở đường tiêu hoá được điều trị bằng cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD).

Kết quả: 51 bệnh nhân được nhập viện cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi từ ngày 12/2021 đến tháng 5/2024. Tỷ lệ nam/nữ: 1,6/1, tuổi trung bình $65,06 \pm 9,90$ gồm u thực quản (4 bệnh nhân), u dạ dày (15 bệnh nhân) và đại tràng (32 bệnh nhân). Kích thước khối u trung bình là $42,1 \pm 16,7$ mm (20-90 mm). Thời gian theo dõi trung bình $403,69 \pm 279,29$ ngày. Tỷ lệ ung thư giai đoạn sớm 58,82% (30/51). Tỷ lệ cắt bỏ nguyên khối trên nội soi (en-bloc) 48/51 (94,12%) và enbloc trên mô bệnh học là 45/51 (88,24%). Tỷ lệ thủng trong phẫu thuật và chảy máu chậm là 0% (0/41). Không quan sát thấy tái phát ở bất kỳ bệnh nhân nào trong thời gian theo dõi từ 3 đến 27 tháng.

Kết luận: ESD là phương pháp hiệu quả và an toàn điều trị ung thư đường tiêu hoá giai đoạn đầu hoặc tổn thương tiền ung thư.

Từ khóa: ung thư sớm, cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi

SUMMARY

RESULT OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION FOR TREATMENT OF EARLY STAGE CANCER AND PRECANCEROUS LESION IN THE GASTROINTESTINAL TRACT IN TAM ANH HA NOI GENERAL HOSPITAL

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Trần Tiến

SĐT: 0945121519

Email:tiendt@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 06/8/2024

Ngày duyệt bài: 07/8/2024

Background: Early diagnosis and treatment of gastrointestinal cancer (esophagus, stomach, colon) improves the effectiveness of treatment as well as the survival and quality of life for patients. Early gastrointestinal cancers can be cured completely. Endoscopic submucosal dissection (ESD) has been widely accepted as the standard method for treating early-stage cancer or precancerous lesions in the gastrointestinal tract. This method is effective as well as safe in the treatment of early cancer lesions of the gastrointestinal tract. We aimed to demonstrate the safety and efficacy of ESD method in the treatment of precancerous lesions and early gastrointestinal cancers at Tam Anh General Hospital.

Objective: To evaluate the efficacy and safety of endoscopic submucosal dissection in the treatment of precancerous lesions and early gastrointestinal cancers at Tam Anh General Hospital in Hanoi for 3 years from 12/2021 to 05/2024.

Methods: The clinical data of patients were retrospectively collected and analyzed. Inclusion criteria of the study were patients who underwent ESD; patients who were diagnosed with early-stage cancer or precancerous lesions in the gastrointestinal tract.

Results: 41 patients were enrolled from December 2021 to 2024. Male/female ratio: 1,6/1, average age $65,06 \pm 9,90$ (36 to 83 years). Lesion features: 4 lesions were located in the esophagus, 15 lesions in stomach and 32 lesion was in the colon. The mean tumor size was $42,1 \pm 16,7$ mm, the resected lesion size ranged from 20 to 90 mm. The complete endoscopy en-bloc, and histology en bloc rates were 48/51 (94,12%), 45/51 (88.24%), respectively. The rate of early-stage cancer is 58,82% (30/51). The rate of intraoperative perforation and delayed bleeding was 0% (0/41). During the follow-up after

treatment, none of the patients was diagnosed with local or distant recurrence. None of the patients died of carcinoma.

Conclusions: Our results showed the feasibility and safety of endoscopic submucosal dissection for treating gastrointestinal early-stage cancer or precancerous lesions.

Keywords: early cancer, endoscopic submucosal dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường tiêu hoá bao gồm ung thư đại tràng, dạ dày và thực quản là nhóm ung thư phổ biến nhất trên thế giới với tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong đặc biệt là ở các nước châu Á trong đó có Việt Nam. Các khối ung thư đường tiêu hoá nếu được phát hiện trong giai đoạn sớm thì có thể điều trị triệt căn với tỷ lệ sống thêm trong 5 năm hơn 90%^{1,2}. Trước đây, điều trị ung thư giai đoạn đầu hoặc các tổn thương tiền ung thư chủ yếu là phẫu thuật, tuy nhiên phương pháp phẫu thuật thường xâm lấn, thời gian nằm viện dài, phục hồi chậm và cũng ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân. Những năm gần đây, nội soi can thiệp cắt tách dưới niêm mạc (ESD - Endoscopic Submucosal Dissection)³ được coi là phương pháp điều trị chuẩn đối với các ung thư đường tiêu hoá giai đoạn sớm. Phương pháp này có nhiều ưu điểm như thể cắt bỏ hoàn toàn, nguyên vẹn khối u, đạt hiệu quả điều trị triệt căn cao, cải thiện tỷ lệ sống thêm. Mặt khác, can thiệp qua nội soi ít xâm lấn nên chi phí thấp hơn, ít biến chứng nghiêm trọng (0-4% như thủng, hẹp)^{2,4}. Tuy nhiên, đây cũng là kỹ thuật khá phức tạp, cần nhiều thời gian thực hiện và đào tạo chuyên sâu⁸. Phương pháp nội soi can thiệp cắt tách dưới niêm mạc đã được chấp nhận và chỉ định điều trị đối với ung thư thực quản, dạ dày, đại tràng giai đoạn

sớm^{1,2} ở nhiều quốc gia trên thế giới như Mỹ, Châu Âu, Nhật Bản và Việt Nam. Phương pháp này cũng được chỉ định rộng rãi cho các tổn thương tiền ung thư như u tuyến loạn sản mang lại hiệu quả điều trị tốt^{1,2}. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với:

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả, độ an toàn của phương pháp cắt tách dưới niêm mạc (endoscopic submucosal dissection) trong điều trị các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm đường tiêu hoá tại bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 51 bệnh nhân ung thư sớm, tiền ung thư thực quản, dạ dày, đại trực tràng được tiến hành cắt tách dưới niêm mạc tại Khoa Tiêu hoá, Bệnh viện đa khoa Tâm Anh, Hà Nội từ tháng 12/2021 đến 05/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

(1) Có chỉ định nội soi cắt tách dưới niêm mạc (ESD) theo hướng dẫn Bộ Y tế về điều trị ung thư dạ dày (3127/QĐ-BYT 2020) và đại trực tràng (2549/QĐ-BYT 2018) và tiền ung thư thực quản, dạ dày, đại trực tràng theo hướng dẫn Hội Nội soi Châu Âu (ESGE – 2022)².

ESD thực quản:

- Loạn sản biểu mô vảy độ cao hoặc ung thư biểu mô vảy thực quản trong niêm mạc (Tis).

ESD đại trực tràng:

- U tuyến (adenoma) có loạn sản độ thấp, độ cao, dạng lan rộng.
- Ung thư biểu mô tuyến trong niêm mạc (Tis, No, M0).

ESD dạ dày:

- U tuyến dạ dày có loạn sản độ thấp, độ cao.

- Ung thư biểu mô tuyến biệt hoá trong niêm mạc (T1a), không loét, ≤ 2 cm.

(2) Được tiến hành ESD tại Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội

(3) Được theo dõi đánh giá hiệu quả sau điều trị, biến chứng, tái phát

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư giai đoạn muộn trên mô bệnh học (nghi ngờ ung thư xâm nhập (T1b), xâm lấn hạch, thần kinh, mạch bạch huyết) hoặc nghi ngờ xâm lấn, di căn xa (CLVT, siêu âm nội soi)

- Không đồng ý hoặc không thể làm thủ thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang, có theo dõi dọc loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu: chọn cỡ mẫu thuận lợi.

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được lựa chọn theo tiêu chuẩn, thăm khám, thực hiện thủ thuật ESD và theo dõi theo quy trình thống nhất.

Kỹ thuật nội soi cắt tách dưới niêm mạc

Dụng cụ: dây nội soi dạ dày/ đại tràng (Fujifilm hoặc Olympus Medical Systems, Tokyo, Nhật Bản) với nắp trong suốt (cap). Hệ thống bơm khí CO2 và hệ thống máy cắt đốt ERBE 300D (Đức), dao cắt dưới niêm mạc (Dual knife, IT knife, Hood Knife), kẹp cầm máu coagrasper, kim tiêm cầm máu và dung dịch tiêm đánh dấu dưới niêm mạc 0,2% indigo carmine.

Quy trình nội soi cắt tách dưới niêm mạc – ESD: Bệnh nhân được tiến hành gây mê tĩnh mạch propofol hoặc nội khí quản. (1) sử dụng dây nội soi phóng đại đánh giá mức độ lan rộng của khối u, mức độ sâu; (2) Đánh dấu rìa bên ngoài tổn thương 3-5 mm; (3) tiêm dưới niêm mạc tách tổn thương; (4) Dùng dao cắt khoanh quanh một phần hoặc toàn bộ tổn thương; (5) tách dần toàn bộ tổn

thương u khối lớp dưới niêm mạc (lấy nguyên khối enbloc); (6) Đánh giá diện cắt, kẹp đông dự phòng chảy máu tại diện cắt, đóng kín tổn thương bằng clip.

Đánh giá sau can thiệp: Sau cắt ESD, bệnh nhân được nhịn ăn trong 12-24 giờ sau can thiệp và theo dõi các biến chứng: chảy máu, thủng tạng rỗng, nhiễm trùng. Khi ESD u dạ dày, PPI được chỉ định trong thời gian nằm viện và duy trì trong 8 tuần sau đó.

Đánh giá diện cắt trên kết quả mô bệnh học: Cắt bỏ nguyên khối trên nội soi – enbloc là khi cắt bỏ một khối duy nhất, R0 hoặc enbloc mô bệnh học là khi cắt bỏ khối u hoàn toàn trên mô học với các diện cắt bên và đáy không còn tổn thương u.

Đối với ung thư, đánh giá mức độ xâm lấn bạch huyết hoặc mạch máu.

Sau can thiệp, bệnh nhân được nội soi đánh giá sau 3, 6, 12 tháng và hàng năm để đánh giá liền tổn thương, tái phát, biến chứng.

Tiêu chí đánh giá: tuổi, giới tính, vị trí tổn thương u, enbloc, biến chứng, tái phát.

Phân tích thống kê: Xử lý số liệu trên phần mềm Epidata 7.0 và các phân tích thống kê mô tả

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Từ tháng 12/2021 đến tháng 5/2024, tổng cộng 51 bệnh nhân tiền ung thư và ung thư sớm tại thực quản, dạ dày, đại trực tràng được điều trị ESD tại bệnh viện của chúng tôi và thu được kết quả như sau:

Bảng 3.1: Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình	65,06 ± 9,90
Nam: Nữ	1,6/1
Tiền sử gia đình có người ung thư	13,72%
Vị trí khối u	
Dạ dày	15 (29,4%)
Thực quản	4 (7,84%)
Đại, trực tràng	32 (62,74%)
Can thiệp trước đây (EMR, cắt polyp)	2/51
Kích thước trung bình (mm)	42,1 ± 16,7
Đặc điểm mô bệnh học	
U tuyến loạn sản độ thấp	21 (41,18%)
Ung thư giai đoạn sớm (Tis, T1a)	30 (58,82%)
Đặc điểm hình ảnh đại thể	
0-I	14 (27,5%)
0-IIA	8 (15,7%)
0-IIB	2 (3,9%)
0-IIC	1 (1,97%)
0-III	0
Mix (0-IIAC)	5 (9,8%)
LSTs	21 (41,18%)

Trong số 51 bệnh nhân gồm 31 nam và 20 nữ, độ tuổi từ 36 đến 85 tuổi, tuổi trung bình $65,06 \pm 9,90$. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử gia đình người thân thế hệ 1 (bố, mẹ, anh chị em ruột) bị ung thư 13,72% (7/51). Tỷ lệ bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm (giai đoạn Tis, T1) được cắt ESD là 58,82% (30/51). Trong đó, ung thư sớm tại vị trí thực quản 4/30, ung thư dạ dày 9/30, ung thư đại trực tràng 17/30. 21/50 bệnh nhân tiền ung thư là các u tuyến loạn sản độ thấp. Về đặc điểm

hình thái tổn thương, các tổn thương u dạng phẳng (IIA, IIB, LSTs) chiếm chủ yếu 31/51, tổn thương lõm (0-I) 14/51, dạng hình thái loét (IIC,III) hoặc hỗn hợp với các tổn thương lõm bề mặt loét (0-IIAC) ít gặp hơn 6/51. Kích thước tổn thương khối u trung bình $4,21 \pm 1,67$ cm với khối tổn thương lớn nhất kích thước 9 cm.

3.2. Hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật

Bảng 3.2. Hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật

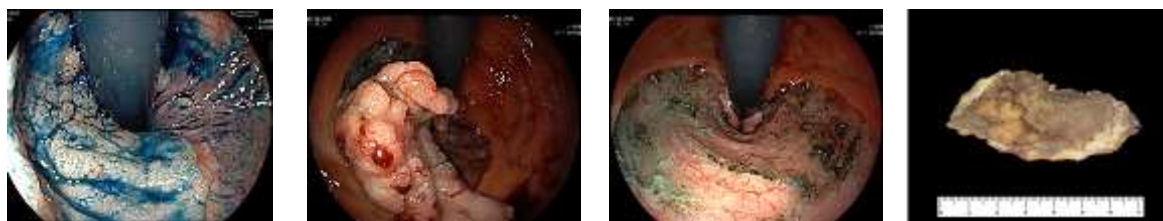
Vị trí	N	Kích thước (cm)	Enbloc		Thời gian		Thời gian theo dõi (ngày)
			Nội soi (%)	GPB	Thủ thuật (phút)	Nằm viện (ngày)	
Chung	51	$4,21 \pm 1,67$	48/51 (94,1%)	45/51 (88,2%)	$95,1 \pm 64,5$	$2,8 \pm 1,0$	$403,7 \pm 279,3$
Thực quản	4	$4,75 \pm 1,71$	4/4 (100%)	4/4 (100%)	$137,5 \pm 83,3$	$3,3 \pm 0,5$	$332,3 \pm 112,6$
Dạ dày	15	$4,33 \pm 1,25$	15/15 (100%)	15/15 (100%)	$79,4 \pm 35,4$	$3,1 \pm 0,9$	$510,7 \pm 224,2$
Đại, trực tràng	32	$4,06 \pm 1,88$	29 (90,8%)	28 (87,5%)	$97,2 \pm 71,5$	$2,64 \pm 1,1$	$362,5 \pm 210,1$

Bảng 3.3. Biến chứng thủ thuật

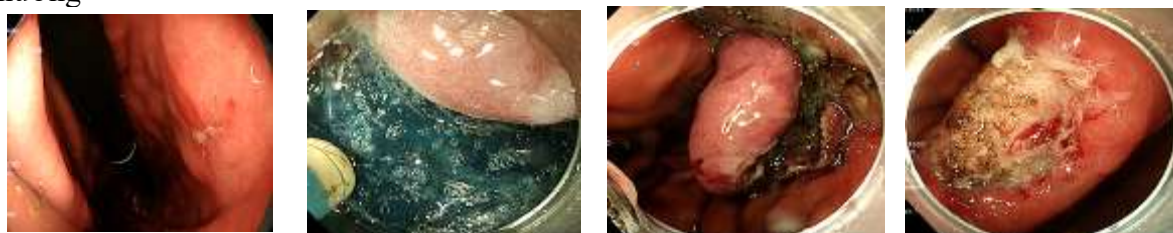
Vị trí	N	Thủng	Chảy máu trong 24 giờ	Chảy máu muộn	Tái phát 1 năm (Nếu R0)	Biến chứng khác
Thực quản	4	0	0	0	0	1
Dạ dày	15	0	1	0	0	0
Đại tràng	32	0	1	0	0	0

Phương pháp ESD đã được thực hiện trên 51 bệnh nhân; thời gian can thiệp dao động từ 30 đến 326 phút, thời gian trung bình $95,12 \pm 64,45$. Tỷ lệ cắt bỏ nguyên khối trên nội soi đạt 48/51 (94,12%), đánh giá triệt căn trên mô bệnh học (histology enbloc 45/51 (88,24%). Về biến chứng sớm, chảy máu trong 24 giờ gặp ở 2 bệnh nhân (1 ESD dạ dày, 1 ESD trực tràng) được can

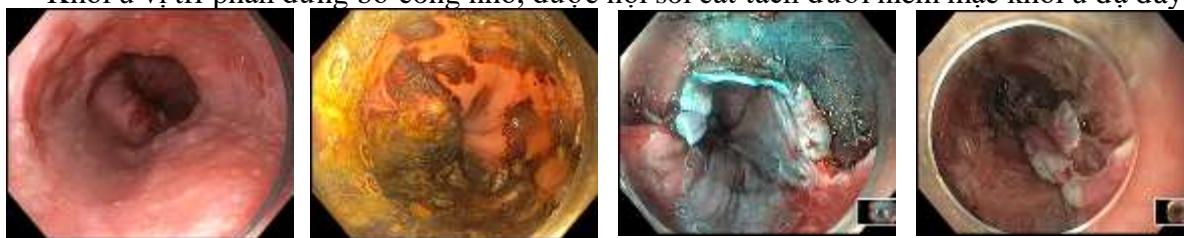
thiệp qua nội soi bằng kẹp cầm máu đóng lại bằng kẹp clip và không phải can thiệp gì thêm. 1 trường hợp ESD thực quản nghi ngờ đã được đóng lại bằng kẹp clip và liền tổn thương sau can thiệp, chúng tôi không gặp trường hợp biến chứng nặng sau thủ thuật như thủng, viêm phúc mạc, chảy máu muộn (sau 72 giờ).



Hình 3.1. Ca lâm sàng. Nữ 53 tuổi. Chẩn đoán: U tuyến loạn sản độ cao, LST-G trực tràng
 Khối u trực tràng nhuộm màu đánh dấu, và cắt tách dưới niêm mạc bóc nguyên khối tổn thương



Hình 3.2. Nam, 66 tuổi. Chẩn đoán K dạ dày giai đoạn sớm (Tis,N0,Mo)
 Khối u vị trí phân đờng bờ cong nhỏ, được nội soi cắt tách dưới niêm mạc khối u dạ dày



Hình 3.3. Ca lâm sàng Nam, 66 tuổi. Chẩn đoán: K biểu mô vảy thực quản giai đoạn sớm (Tis, No, Mo)

Khối u 1/3 dưới thực quản chiếm 2/3 chu vi, không bắt màu nhuộm lugol, được cắt tách dưới niêm mạc.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng kỹ thuật ESD trên tất cả những bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm (Tis, T1a) và các tổn thương tiền ung thư (loạn sản) ở đường tiêu hoá gồm thực quản, dạ dày, đại trực tràng. Các khối u được chỉ định cắt ESD thường là các khối u có kích thước lớn với kích thước trung bình 42 mm (lớn nhất 90 mm). Trên hình ảnh nội soi, các tổn thương tiền ung thư, ung thư giai đoạn sớm gặp phần lớn là các tổn thương dạng phẳng theo phân loại Paris (0-IIA,0-IIB) hoặc tổn thương phẳng lan rộng dạng LST (Laterally spreading tumor)

60,81% (31/51). Các tổn thương dạng này thường khó quan sát nên dễ bị bỏ sót trên nội soi. Các tổn thương dạng lồi, hoặc loét có thể dễ nhận biết trên nội soi tuy nhiên nếu các tổn thương u có loét niêm mạc thì thường có khả năng xâm lấn xuống các lớp thành ống tiêu hoá như dưới niêm mạc, hoặc lớp cơ và không còn là ung thư sớm hoặc chỉ định cắt tách dưới niêm mạc.

Cắt tách dưới niêm mạc được thực hiện qua nội soi để cắt bỏ các tổn thương u với kích thước lớn do vậy ít xâm lấn hơn phẫu thuật nên thời gian phục hồi nhanh hơn và nằm viện ngắn hơn (trung bình $2,8 \pm 1,0$ ngày).

Các khối u trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước trung bình 42,1mm (khối u lớn nhất là 90mm). Do vậy, các phương pháp thông thường (cắt polyp, cắt niêm mạc) sẽ cắt u thành nhiều mảnh nên dễ tái phát do không cắt hết được tổn thương. Phương pháp ESD giúp cắt bỏ nguyên vẹn khối u (enbloc), điều này sẽ tránh tái phát tại chỗ, cũng như hỗ trợ chẩn đoán chính xác mô bệnh học của tổn thương sau can thiệp, nhất là các tổn thương ung thư, giúp theo dõi và tiên lượng bệnh chính xác và hiệu quả. Do vậy, tiêu chí enbloc – tách nguyên khối tổn thương rất quan trọng, đây là lý do chính để khuyến cáo ESD trong các hướng dẫn trên thế giới. Tỷ lệ cắt enbloc trên nội soi trong nghiên cứu chúng tôi 94,12% (48/51) và enbloc trên mô bệnh học (diện đáy và diện bên không còn tổn thương u) là 88,24% (45/51) với thời gian nằm viện ngắn trung bình 2,8 ngày. Tỷ lệ cắt nguyên khối của chúng tôi cao tương tự như các nghiên cứu trên thế giới^{5,6}. Tỷ lệ cắt nguyên khối (enbloc) trên nội soi, mô bệnh học và triệt căn (R0) càng cao sẽ đảm bảo hiệu quả điều trị khối u càng cao và tỷ lệ tái phát càng thấp⁷. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào sau can thiệp (R0) tái phát tại chỗ trong thời gian theo dõi (403,7 ngày) ngay cả với các khối u giai đoạn sớm (Tis, T1a) (0/30). Một số yếu tố liên quan đến khả năng cắt nguyên khối tổn thương như kích thước khối u, vị trí, hay kinh nghiệm của từng trung tâm. Trong đó, cắt enbloc thành công các tổn thương ở đại trực tràng thấp hơn so với dạ dày (100%) do lòng đại trực tràng hẹp hơn, thành mỏng hơn, nhiều góc hoặc đoạn cuộn khiến cho các thao tác điều chỉnh, cố định dây soi, tiếp cận tổn thương gặp khó khăn.

ESD là kỹ thuật mới, hiệu quả tuy nhiên cũng khá phức tạp, dễ biến chứng cũng như

tiêu tốn nhiều thời gian thực hiện. Thời gian thực hiện thủ thuật kéo dài trung bình 95,12 phút. Các yếu tố liên quan đến thời gian thủ thuật như kích thước tổn thương, vị trí u, sẹo do cắt khối u trước đó (cắt niêm mạc, polyp) hoặc sinh thiết trước đó. Trong đó, thời gian trung bình ESD tại thực quản (137,5 phút) và đại tràng (97,2 phút) thường dài hơn so với dạ dày (79,4 phút) do lòng thực quản và đại tràng hẹp hơn, thành mỏng hơn, nên đòi hỏi kỹ thuật cao và thận trọng hơn khi thực hiện. Mặt khác, ESD các khối u đại trực tràng thường có kích thước lớn, tái phát sau cắt polyp trước đó, hoặc sẹo hoá sau sinh thiết khiến cho can thiệp tổn thương khó hơn và mất nhiều thời gian hơn trong quá trình tách lớp dưới niêm mạc⁸.

Biến chứng khi thực hiện ESD thường gặp như chảy máu với tỷ lệ 3,9% (2/51), chủ yếu chảy máu sớm trong 24h và chỉ cần xử trí bằng can thiệp nội soi kẹp cầm máu ngay trong quá trình làm thủ thuật, hoặc nội soi đánh giá lại trong 72h, hoặc trước khi ra viện. Các nghiên cứu trên thế giới cũng thấy rằng tỷ lệ chảy máu sau thủ thuật có thể từ 5-10%² và một số yếu tố liên quan đến nguy cơ chảy máu như tuổi, rối loạn đông máu (bệnh nền xơ gan, dùng thuốc chống đông (1 bệnh nhân), hoặc các tổn thương có kích thước lớn (>6 cm). Chúng tôi không gặp các biến chứng nặng như thủng, viêm phúc mạc.

Một số hạn chế của nghiên cứu. Thứ nhất, nghiên cứu mô tả cắt ngang trong thời gian theo dõi ngắn nên chưa ước tính chính xác tỷ lệ sống thêm của bệnh nhân ung thư. Thứ hai, nghiên cứu bao gồm nhiều khối u ở các vị trí khác nhau (thực quản, dạ dày, đại tràng) do vậy không đồng nhất trong đánh giá do các yếu tố nguy cơ ung thư ở các vị trí khác nhau và ảnh hưởng đến tiên lượng sống thêm. Chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu thêm

bệnh nhân và đánh giá hiệu quả điều trị của kỹ thuật này trên từng ung thư đường tiêu hoá khác nhau với thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá chính xác hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nội soi cắt tách dưới niêm mạc là phương pháp có hiệu quả trong điều trị các tổn thương tiền ung thư và ung thư thực quản, dạ dày, đại trực tràng ở giai đoạn sớm với tỷ lệ thành công cao, an toàn, phục hồi nhanh giúp cải thiện chất lượng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Djinbachian R, Rex DK, Chiu H, et al.** International consensus on the management of large (≥ 20 mm) colorectal laterally spreading tumors: World Endoscopy Organization Delphi study. *Digestive Endoscopy*. Published online June 27, 2024;den.14826. doi:10.1111/den.14826.
- Pimentel-Nunes P, Libânio D, Bastiaansen BAJ, et al.** Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2022. *Endoscopy*. 2022;54(06):591-622. doi:10.1055/a-1811-7025.
- Saito Y, Mashimo Y, Kikuchi T, et al.** Endoscopic Submucosal Dissection Resulted in Higher En-Bloc Resection Rates and Reduced Lower Recurrence for LSTS $\gg 20$ mm Compared to Conventional EMR. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2007;65(5): AB273. doi:10.1016/j.gie.2007.03.657.
- Bestetti AM, De Moura DTH, Proença IM, et al.** Endoscopic Resection Versus Surgery in the Treatment of Early Gastric Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Oncol*. 2022;12: 939244. doi:10.3389/fonc.2022.939244.
- Aslan F, Alper E, Cekic C, et al.** Endoscopic submucosal dissection in gastric lesions: the 100 cases experience from a tertiary reference center in West. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2015;50(3): 368-375. doi:10.3109/00365521.2014.999253.
- Sauer M, Hildenbrand R, Oyama T, Sido B, Yahagi N, Dumoulin F.** Endoscopic submucosal dissection for flat or sessile colorectal neoplasia > 20 mm: A European single-center series of 182 cases. *Endosc Int Open*. 2016;04(08):E895-E900. doi:10.1055/s-0042-111204.
- Gorgun E, Yilmaz S, Ozgur I, et al.** Predictors of En Bloc, R0 Resection and Post-Procedural Complications Following Advanced Endoscopic Resections for Colorectal Neoplasms: Results of 1213 Procedures. *Diseases of the Colon & Rectum*. Published online June 18, 2024. doi:10.1097/DCR.0000000000003394.
- Matsuyama Y, Yamada M, Sakamoto T, et al.** 615 Endoscopic Predictive Factors of Technical Difficulty for Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection: Results From the National Cancer Center Hospital Database. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2014; 79(5): AB161-AB162. doi:10.1016/j.gie.2014.02.153.

ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN NHU ĐỘNG THỰC QUẢN TRÊN BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG TRÀO NGƯỢC KHÁNG TRỊ

Lê Minh Thùy¹, Đoàn Hoàng Long¹, Lê Thanh Quỳnh Ngân¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Sử dụng thuốc ức chế bơm proton là lựa chọn đầu tay trong điều trị bệnh trào ngược dạ dày thực quản. Tuy nhiên, có đến 50% bệnh nhân vẫn còn triệu chứng trào ngược và nên được xem xét các rối loạn nhu động thực quản kèm theo. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ các nhóm rối loạn nhu động thực quản trên bệnh nhân có triệu chứng trào ngược kháng trị và so sánh một số đặc điểm giữa nhóm có và không có viêm thực quản trên nội soi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 121 bệnh nhân có triệu chứng trào ngược kháng trị được đo HRM từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024 tại phòng khám Tiêu hóa, Bệnh viện đa khoa Tâm Anh TP.HCM. **Kết quả:** Tuổi trung bình 46 ± 13 và 52,1% nam giới. Tỉ lệ nhóm nhu động theo Chicago 4.0: 38% bình thường, 7,4% cơ thắt tâm vị, 23,1% tắc nghẽn vùng nối, 1,7% mất nhu động hoàn toàn, 24% nhu động không hiệu quả (IEM), 5,8% cơ thắt đoạn xa. Áp lực nền cơ thắt thực quản dưới (LES) và áp lực tích hợp khi nghỉ trong 4 giây (IRP4s) thấp hơn ở nhóm có so với nhóm không có viêm thực quản trên nội soi (lần lượt là $23,3 \pm 14,9$ so với $33,4 \pm 32,7$ và $11,2 \pm 11,1$ so với $19,3 \pm 25,9$, $p < 0,05$). Sau khi hiệu

chỉnh cho một số đặc điểm lâm sàng, IRP 4s < 5mmHg có liên quan đến viêm thực quản (OR = 15,54; khoảng tin cậy 95% là 1,21 – 199,16; $p = 0,035$). **Kết luận:** IEM là rối loạn nhu động thường gặp nhất trên bệnh nhân có triệu chứng trào ngược kháng trị. IRP 4s < 5mmHg có liên quan đến viêm thực quản trên nội soi.

Từ khóa: Bệnh trào ngược dạ dày thực quản kháng trị, đo áp lực nhu động thực quản độ phân giải cao, rối loạn nhu động thực quản.

SUMMARY

EVALUATION OF ESOPHAGEAL MOTILITY DISORDERS IN PATIENTS WITH REFRACTORY REFLUX-LIKE SYMPTOMS

Introduction: Empirical treatment with a proton pump inhibitor is a recommended diagnostic strategy for gastroesophageal reflux disease. However, up to 50% of patients continue to experience reflux symptoms despite undergoing treatment. In such cases, it is crucial to consider the possibility of other esophageal motility disorders, especially achalasia, which requires entirely different management. **Objectives:** The study aimed to describe the prevalence of esophageal motility disorders among individuals with refractory reflux-like symptoms and compare clinical symptoms and some parameters in high-resolution manometry (HRM) between patients with and without erosive esophagitis in endoscopic findings. **Methods:** A descriptive study was conducted among 121 patients with refractory reflux-like symptoms performed HRM from January 2023 to

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Thùy

SĐT: 0901347894

Email: thuyminh20794@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 13/7/2024

Ngày duyệt bài: 07/8/2024

January 2024 at Tam Anh General Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam. **Results:** The mean of age was 46 ± 13 and 52,1% were males. According to the Chicago classification version 4.0, the proportions of esophageal motility groups were: 38% normal, 7,4% achalasia, 23,1% esophagogastric junction outflow obstruction, 1,7% absent contractility, 24% ineffective esophageal motility and 5,8% distal esophageal spasm. The mean resting lower esophageal sphincter (LES) and 4-second integrated resting pressure (4s IRP) were significantly lower in the group with erosive esophagitis compared to the group without erosive esophagitis in endoscopic findings ($23,3 \pm 14,9$ versus $33,4 \pm 32,7$ and $11,2 \pm 11,1$ versus $19,3 \pm 25,9$, respectively, $p < 0,05$). After adjusting for some parameters, 4s IRP < 5 mmHg was positively associated with erosive esophagitis in endoscopic findings (OR 15,54; 95% Confidence Interval: 1,21 – 199,16; $p = 0,035$). **Conclusion:** Ineffective esophageal motility was the most common motility disorder in patients with refractory reflux-like symptoms. 4s IRP < 5 mmHg was positively associated with erosive esophagitis in endoscopic findings.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease, high resolution manometry, esophageal motility disorders.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) là bệnh thường gặp trong thực hành lâm sàng, với tỉ lệ dao động 8 – 33% dân số nói chung². Tại Đông Nam Á, tỉ lệ hiện mắc của GERD ước tính là 6,3 – 18,3%⁵. Điều trị thử bằng thuốc ức chế bơm proton là lựa chọn đầu tay trên lâm sàng nhưng tỉ lệ không đáp ứng có thể lên đến 50%⁵. Kỹ thuật đo áp lực nhu động thực quản độ phân giải cao (HRM) là một công cụ để hỗ trợ chẩn đoán

và điều trị cho bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dạ dày kháng trị. HRM giúp loại trừ các rối loạn vận động nặng như co thắt tâm vị. Ngoài ra, HRM giúp khảo sát nhu động thực quản và vùng nối dạ dày thực quản. Mặc dù HRM không phải là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán GERD, các bất thường trên vùng nối dạ dày thực quản và giảm nhu động thực quản có liên quan đến viêm thực quản trên nội soi, giúp hỗ trợ chẩn đoán và điều trị GERD. Hệ thống phân loại rối loạn nhu động được chấp nhận rộng rãi hiện tại là phân loại Chicago 4.0¹¹. Tại Việt Nam, còn ít nghiên cứu liên quan đến kỹ thuật đo HRM. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ các rối loạn nhu động thực quản theo phân loại Chicago 4.0 trên bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản kháng trị.

2. So sánh triệu chứng lâm sàng, kết quả nội soi và các thông số đo áp lực nhu động thực quản độ phân giải cao giữa nhóm có và không có viêm thực quản trên nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân ≥ 18 tuổi có triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản và không đáp ứng với điều trị PPI liều chuẩn sau 8 tuần theo đồng thuận Hội Tiêu hóa Châu Á Thái Bình Dương⁴. Nghiên cứu loại trừ các trường hợp chống chỉ định với kỹ thuật đo HRM hoặc bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang với chọn mẫu thuận tiện.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám Tiêu hóa, Bệnh viện đa khoa Tâm Anh TP.HCM.

Chỉ số nghiên cứu

Các đối tượng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được hỏi bệnh và thu thập các yếu tố nhân trắc học, triệu chứng lâm sàng, bộ câu hỏi trào ngược dạ dày thực quản (GERDQ), kết quả nội soi thực quản dạ dày tá tràng và kết quả đo HRM.

Nội soi thực quản dạ dày tá tràng: Mức độ viêm thực quản trào ngược được đánh giá dựa trên phân loại Los Angeles⁸. Theo phân loại này, viêm thực quản được định nghĩa là sự hiện diện của một hoặc nhiều tổn thương niêm mạc và không viêm thực quản khi không có tổn thương niêm mạc thực quản quan sát được trên nội soi. Chẩn đoán nhiễm *Helicobacter Pylori* khi xét nghiệm urease nhanh qua nội soi dương tính.

Đo áp lực nhu động thực quản: Bệnh nhân được giải thích về kỹ thuật và hướng dẫn phối hợp. Catheter HRM (Medtronic) được đưa vào thực quản của bệnh nhân qua đường mũi. Bệnh nhân được đo ở tư thế nằm ngửa và tư thế ngồi. Ở tư thế nằm, các giai đoạn chính gồm: (1) cho BN nằm nghỉ 60s để thích nghi và hít thở sâu 3 lần để xác định vị trí catheter và vị trí cơ thắt thực quản trên và dưới, (2) bệnh nhân nuốt 5ml nước ít nhất 10 lần, cách nhau 30s và (3) bệnh nhân nuốt nhanh 2ml nước trong 5 lần liên tiếp, cách nhau 2s. Ở tư thế ngồi, bệnh nhân cũng thực hiện tương tự giai đoạn (1)(2), ở giai đoạn (3) bệnh nhân uống nhanh 200ml bằng ống hút. Áp lực thu được qua các vị trí nhận cảm trên bề mặt catheter sẽ được chuyển về máy tính dưới dạng biểu đồ màu sắc và các chỉ số sẽ được tính toán trên phần mềm Manoview ESO 3.3. Kết quả HRM được đánh giá theo phân loại Chicago 4.0¹¹: (1) Cơ thắt tâm vị: tăng IRP 4s, 100% nhu động thất bại; (2) Tắc nghẽn vùng nối: tăng IRP 4s ở cả hai tư thế

kèm ít nhất 20% nhịp nuốt có kiểu hình tăng áp lực lòng thực quản, không thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán cơ thắt tâm vị; (3) Mất nhu động hoàn toàn: IRP 4s bình thường, 100% nhu động thất bại; (4) Nhu động không hiệu quả: IRP 4s bình thường và $\geq 70\%$ nhịp nuốt không hiệu quả hoặc $\geq 50\%$ nhịp nuốt thất bại; (5) Cơ thắt đoạn xa: IRP 4s bình thường, $\geq 20\%$ nhịp nuốt đến sớm với DCI > 450 mmHg.s.cm; (6) Thực quản tăng co bóp: IRP 4s bình thường và $\geq 20\%$ nhịp nuốt tăng co bóp. Hình thái vùng nối dạ dày thực quản (EGJ) được xác định bởi khoảng cách giữa cơ thắt thực quản dưới (LES) và cơ hoành, EGJ típ 1 khi LES và cơ hoành chồng lên nhau, EGJ típ 2 khi cách nhau < 3cm và EGJ típ 3 khi cách nhau ≥ 3 cm.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel xử lý bằng phần mềm R 4.3.3. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng số đếm và tỉ lệ phần trăm. Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn. Chi-squared test được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa hai nhóm của các biến phân loại. Student's t test và Mann-Whitney test được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa hai nhóm của các biến liên tục có phân phối chuẩn và không chuẩn. Xác định các yếu tố liên quan với viêm thực quản trên nội soi bằng phân tích hồi quy logistic đa biến. Với độ tin cậy 95%, tất cả các phân tích cho kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM. Bệnh nhân được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin cá nhân và bệnh tật đều được giữ bí mật thông qua việc mã hóa trên máy tính để đảm bảo quyền lợi riêng tư.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024, nghiên cứu thu tuyển được 121 bệnh nhân. Bảng 1 trình bày một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 121)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi, TB ± ĐLC	46 ± 13
Giới nữ, n(%)	58 (47,9)
BMI, n(%)	
Không thừa cân, béo phì	77 (63,6)
Thừa cân, béo phì	44 (36,4)
Triệu chứng lâm sàng, n(%)	
Nóng rát	23 (19)
Ợ chua	63 (52,1)
Ợ hơi	39 (32,2)
Đau thượng vị	27 (22,3)
Nôn	18 (14,9)
Đau ngực	19 (15,7)
Nuốt nghẹn	57 (47,1)
Ho	10 (8,3)
Đầy bụng	17 (14)
GERDQ ≥ 8, n(%)	89 (73,6)
Viêm thực quản trào ngược trên nội soi, n(%)	
Độ A	46 (38)
Độ B	1 (0,8)
Độ C/D	1 (0,8)
Nhiễm Helicobacter pylori, n(%)	17 (14)
Kết quả đo HRM, n(%)	
Bình thường	46 (38)
Cơ thắt tâm vị	9 (7,4)
Tắc nghẽn vùng nối	28 (23,1)
Mất nhu động hoàn toàn	2 (1,7)
Nhu động không hiệu quả	29 (24)
Cơ thắt thực quản đoạn xa	7 (5,8)

Bảng 2 so sánh một số đặc điểm lâm sàng, chỉ số HRM giữa hai nhóm có và không có viêm thực quản trên nội soi. Không có sự khác biệt về chỉ số khối cơ thể (BMI), điểm GERDQ giữa hai nhóm. Áp lực cơ thắt thực quản dưới và IRP 4s ở nhóm viêm thực quản thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với

TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn nhóm không viêm thực quản (lần lượt là $23,3 \pm 14,9$ so với $33,4 \pm 32,7$ và $11,2 \pm 11,1$ so với $19,3 \pm 25,9$, $p < 0,05$). Tỷ lệ rối loạn nhu động không hiệu quả (IEM) ở nhóm viêm thực quản là 35,4%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không viêm thực quản là 16,4%.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh nhân giữa nhóm viêm và không viêm thực quản

	Viêm thực quản (n = 48)	Không viêm thực quản (n = 73)	p
Tuổi, TB ± ĐLC	44,7 ± 12,9	48 ± 13,2	0,177
Giới nữ, n(%)	23 (47,9)	35 (47,9)	1
BMI, n(%)			
Không thừa cân, béo phì	30 (62,5)	47 (64,4)	0,752
Thừa cân, Béo phì	18 (37,5)	26 (35,6)	
GERDQ, TB ± ĐLC	9,08 ± 2,83	9,11 ± 2,74	0,96
Áp lực LES, TB ± ĐLC	23,3 ± 14,9	33,4 ± 32,7	0,024
Áp lực LES < 10 mmHg, n(%)	7 (14,6)	10 (13,7)	1
IRP 4s, TB ± ĐLC	11,2 ± 11,1	19,3 ± 25,9	0,02
IRP 4s < 5mmHg, n(%)	16 (33,3)	17 (23,3)	0,315
IEM, n(%)	17 (35,4)	12 (16,4)	0,03

Sau khi hiệu chỉnh cho một số yếu tố như giới tính, tuổi, BMI và hình thái vùng nối dạ dày thực quản (EGJ), IRP 4s < 5 mmHg có liên quan đến viêm thực quản trên nội soi (OR 15,54; khoảng tin cậy 95% 1,21 – 199,16; p < 0,05)

Bảng 3. Các yếu tố liên quan viêm thực quản trên nội soi

Đặc điểm	Phân tích đơn biến, OR (Khoảng tin cậy 95%)	Phân tích đa biến, OR (Khoảng tin cậy 95%)
Giới nam	1,72 (0,53 – 5,62)	1,72 (0,53 – 5,62)
Tuổi	1,01 (0,96 – 1,06)	1,01 (0,96 – 1,06)
BMI	1,01 (0,87 – 1,18)	1,01 (0,87 – 1,18)
Bình thường	Tham chiếu	Tham chiếu
Thừa cân	2,67 (0,46 – 15,35)	1,52 (0,16 – 14,32)
Béo phì	1,2 (0,22 – 6,53)	1,43 (0,18 – 11,2)
IRP 4s < 5mmHg	4,18 (1,03 – 16,94)	15,54 (1,21 – 199,16)
Áp lực LES < 10 mmHg	4,87 (0,47 – 50,98)	4,21 (0,12 – 142,19)
Hình thái EGJ		
EGJ típ 1	Tham chiếu	Tham chiếu
EGJ típ 2	0,72 (0,19 – 2,76)	0,21 (0,03 – 1,62)
EGJ típ 3	0,29 (0,03 – 2,92)	0,03 (0 – 1,02)

IV. BÀN LUẬN

Các triệu chứng trào ngược không đáp ứng với điều trị PPI trở thành vấn đề khó khăn thường gặp trong thực hành lâm sàng. Theo đồng thuận Hội Tiêu hóa Châu Á Thái Bình Dương, các triệu chứng liên quan đến trào ngược được coi là kháng trị khi không

cải thiện với điều trị PPI liều chuẩn từ 8 tuần trở lên⁴. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng đáp ứng với PPI khác nhau giữa các nhóm GERD khác nhau. Bệnh trào ngược không viêm thực quản (NERD) có triệu chứng dai dẳng hơn so với bệnh nhân có viêm thực quản (ERD). Điều này phù hợp với kết quả

trong nghiên cứu của chúng tôi, trên những bệnh nhân có triệu chứng trào ngược kháng trị, tỉ lệ không viêm thực quản trên nội soi chiếm tỉ lệ cao hơn, khoảng 60%.Ợ chua và nóng rát sau xương ức là triệu chứng điển hình của GERD, trong đó ợ chua là triệu chứng thường gặp nhất trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, với tỉ lệ 52,1%. Một vài nghiên cứu chỉ ra trên những bệnh nhân GERD, triệu chứng ợ chua có xu hướng ít đáp ứng với thuốc PPI so với triệu chứng nóng rát⁶.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ co thắt tâm vị trên những bệnh nhân có triệu chứng trào ngược kháng trị là 7,4%. Kết quả của nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của đo HRM ở những trường hợp có triệu chứng trào ngược dai dẳng để tránh bỏ sót các rối loạn nhu động nặng, đặc biệt là co thắt tâm vị vì làm thay đổi hoàn toàn phương pháp điều trị. Trên những bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản kháng trị, IEM là rối loạn nhu động thường gặp nhất với tỉ lệ 24%. Hơn nữa, tỉ lệ IEM ở nhóm viêm thực quản cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không viêm thực quản. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của tác giả Justin Wu và cộng sự, khả năng thanh thải chất trào ngược của thực quản bị suy giảm do giảm nhu động thực quản thường gặp hơn ở bệnh nhân bị viêm thực quản so với nhóm không viêm thực quản (26,1% so với 13,3%; $p = 0,03$)¹⁰. Giải thích vấn đề này, nghiên cứu của Diener và cộng sự cho kết quả bệnh nhân GERD mắc IEM có nhiều đợt trào ngược, thời gian tiếp xúc với axit dài hơn và thanh thải axit thực quản chậm hơn so với những người có nhu động thực quản bình thường³. Những dữ liệu này cho thấy vai trò của IEM trong sinh lý bệnh của GERD. Tuy nhiên, một vấn đề đặt

ra về mối quan hệ nhân quả giữa GERD và tình trạng giảm nhu động thực quản còn chưa có kết quả rõ ràng, liệu rằng tình trạng giảm nhu động thực quản là nguyên nhân làm cho vấn đề trào ngược nặng lên gây viêm thực quản hay là hậu quả của tiếp xúc axit bất thường của thực quản. Một nghiên cứu của tác giả Rerych và cộng sự báo cáo về 25 bệnh nhân GERD được đo HRM trước và 3 - 5 tháng sau phẫu thuật Nissen, kết quả là có sự gia tăng đáng kể về áp lực EGJ trung bình ($p < 0,05$) và IRP 4s ($p < 0,001$) ở những bệnh nhân sau phẫu thuật⁹.

Tuổi cao, giới nam, béo phì được chứng minh là yếu tố nguy cơ của GERD trong nhiều nghiên cứu dịch tễ học⁷. Tuy nhiên, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt đáng kể về độ tuổi, giới tính, BMI giữa nhóm có và không có viêm thực quản trên nội soi. Để giải thích vấn đề này, thứ nhất là vì tỉ lệ viêm trào ngược trên nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là trào ngược nhẹ độ A theo phân loại Los Angeles. Thứ hai, cũng là điểm hạn chế trong nghiên cứu là chúng tôi không tiến hành đo pH thực quản 24 giờ nên không phân biệt được giữa nhóm bệnh nhân NERD với nhóm nóng rát chức năng và thực quản tăng nhạy cảm, là những nguyên nhân gây ra triệu chứng liên quan đến trào ngược không đáp ứng với điều trị PPI, từ đó có thể không đánh giá chính xác yếu tố nguy cơ trên những bệnh nhân GERD thật sự.

Áp lực khi nghỉ của LES và IRP 4s có giá trị thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có viêm thực quản. Áp lực LES thấp làm giảm vai trò chống trào ngược của vùng nối dạ dày thực quản, từ đó gây nên tình trạng trào ngược, đặc biệt là trên bệnh nhân có giảm nhu động thực quản kèm theo. Tình trạng trào ngược dạ dày thực quản dẫn đến tiếp xúc

bất thường của niêm mạc thực quản với dịch axit gây viêm thực quản. Sau khi hiệu chỉnh một số yếu tố về giới tính, tuổi, BMI và hình thái EGJ, IRP 4s < 5 mmHg có liên quan đến viêm thực quản trên nội soi. Kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của tác giả Đào Việt Hằng và cộng sự, có mối liên quan thuận giữa IRP 4s < 5 mmHg và viêm thực quản trên nội soi (OR = 2,21; khoảng tin cậy 95% là 1,12 – 4,37; p < 0,05)¹.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng kỹ thuật đo áp lực nhu động thực quản độ phân giải cao, chúng tôi phát hiện một tỉ lệ đáng kể tình trạng co thắt tâm vị (7,4%) và nhu động thực quản không hiệu quả (24%) trên những bệnh nhân có triệu chứng trào ngược kháng trị. Vùng nối dạ dày thực quản có vai trò quan trọng để ngăn trào ngược dịch axit từ dạ dày lên thực quản, áp lực LES thấp và IRP 4s < 5mmHg là yếu tố giúp gợi ý GERD trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Việt Hằng.** Thăm dò vận động và bài tiết ống tiêu hóa. Nhà xuất bản Y học. 2023;(1):152-154.
2. **Delshad S D, Almario C V, et al.** Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease and Proton Pump Inhibitor-Refractory Symptoms. *Gastroenterology*. 2020;158(5): 1250-1261.
3. **Diener U, Patti MG, et al.** Esophageal dysmotility and gastroesophageal reflux disease. *J Gastrointest Surg*. 2001;5(3):260-265.
4. **Fock K M, Talley N, Goh K L, et al.** Asia-Pacific consensus on the management of gastro-oesophageal reflux disease: an update focusing on refractory reflux disease and Barrett's oesophagus. *Gut*. 2016;65(9):1402-1415.
5. **Goh K L, Lee Y Y, et al.** Consensus statements and recommendations on the management of mild-to-moderate gastroesophageal reflux disease in the Southeast Asian region. *JGH Open*. 2021;5(8):855-863.
6. **Kahrilas P J, Howden C W.** Response of regurgitation to proton pump inhibitor therapy in clinical trials of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(8):1419-1425.
7. **Kulig M, Nocon M, et al.** Risk factors of gastroesophageal reflux disease: methodology and first epidemiological results of the ProGERD study. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(6):580-589.
8. **Lundell L R, Dent J, et al.** Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut*. 1999;45(2):172-180.
9. **Rerych K, Kurek J, et al.** High-resolution Manometry in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease Before and After Fundoplication. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017;23(1):55-63.
10. **Wu J C, Cheung C M, et al.** Distinct clinical characteristics between patients with nonerosive reflux disease and those with reflux esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5(6):690-695.
11. **Yadlapati R, Kahrilas P J, et al.** Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0(©). 2021;33(1):e14058.

UNG THƯ MỠ SAU PHỨC MẠC TÁI PHÁT – NHÂN 4 TRƯỜNG HỢP

Ngô Sỹ Thanh Nam¹, Lê Văn Lượng¹, Trần Thái Sơn¹,
Nguyễn Văn Chiến¹, Lưu Văn Đạt¹, Nguyễn Dương Hùng¹,
Trần Đức Hùng¹, Hồ Thanh Tùng¹, Nguyễn Hữu Hùng¹

TÓM TẮT

Ung thư mỡ là một khối u của nguyên bào mỡ, là một khối u trung mô hiếm gặp liên quan đến các mô mềm sâu. Sarcoma mô mềm chiếm chưa đến 1% trong tổng số các khối u ác tính ở người lớn. U mỡ là biến thể phổ biến nhất và chiếm khoảng 15% các khối u mô mềm ở người lớn. Nhân 4 trường hợp RT-LPS tái phát nhiều lần được phẫu thuật tại khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, chúng tôi viết bài này nhằm điểm lại chẩn đoán, phân loại và lựa chọn điều trị đối với RT-LPS.

LPS gồm 5 loại: u mỡ không điển hình/sarcoma mỡ biệt hóa tốt, sarcoma mỡ không biệt hóa, sarcoma mỡ dạng niêm dịch, sarcoma mỡ đa hình thái và sarcoma mỡ đa hình dạng niêm dịch. RT-LPS thường không có triệu chứng dẫn đến phát hiện muộn, các triệu chứng phụ thuộc vị trí khối u, thường do sự chèn ép gây ra: đau, phù nề, mất chức năng cơ quan, đầy chướng bụng, nôn, bí trung – đại tiện,... CT/MRI giúp phát hiện vị trí, tính chất khối u. Về điều trị, phẫu thuật R0 là nguyên tắc cơ bản, xạ trị ± hóa trị hỗ trợ, điều trị đích hiện vẫn còn đang nghiên cứu và cho thấy ít có hiệu quả, có thể chỉ định với các ung thư biệt hóa cao, với ung thư mỡ dạng Myxoid và ung thư mỡ đa hình thì nhạy cảm với hóa trị, tuy nhiên chúng có tỷ lệ sống sót trung bình thấp.

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Sỹ Thanh Nam

SĐT: 0915224868

Email: namnst@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 31/7/2024

Ngày duyệt bài: 09/8/2024

SUMMARY

RECURRENCE OF RETROPERITONEAL LIPOSARCOMA - 4 CASE STUDY

Liposarcoma is a tumor of lipoblasts, which is a rare mesenchymal tumor involving the deep soft tissues. Soft tissue sarcomas account for less than 1% of all malignant tumors in adults. Lipomas are the most common variant and account for approximately 15% of soft tissue tumors in adults. On the occasion of 4 cases of multiple recurrences of RT-LPS operated at the Department of Surgery at Tam Anh General Hospital, we write this article to review the diagnosis, classification and treatment for RT-LPS.

LPS includes 5 types: atypical lipomatous tumors/well-differentiated liposarcoma, dedifferentiated liposarcoma, myxoid liposarcoma, pleomorphic liposarcoma and myxoid pleomorphic liposarcoma. Symptoms of RT-LPS depend on the location of the tumor, often caused by compression: pain, edema, loss of organ function, bloating, vomiting, constipation - defecation, etc. CT/MRI helps detect the location and nature of the tumor. R0 surgery is the main treatment method, radiotherapy ± adjuvant chemotherapy may be necessary for well differentiated cancers, with Myxoid liposarcoma and pleomorphic liposarcoma being sensitive to chemotherapy, however they has a low average survival rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư mỡ là một khối u của nguyên bào mỡ, là một khối u trung mô hiếm gặp liên quan đến các mô mềm sâu. Sarcoma mô mềm chiếm chưa đến 1% trong tổng số các

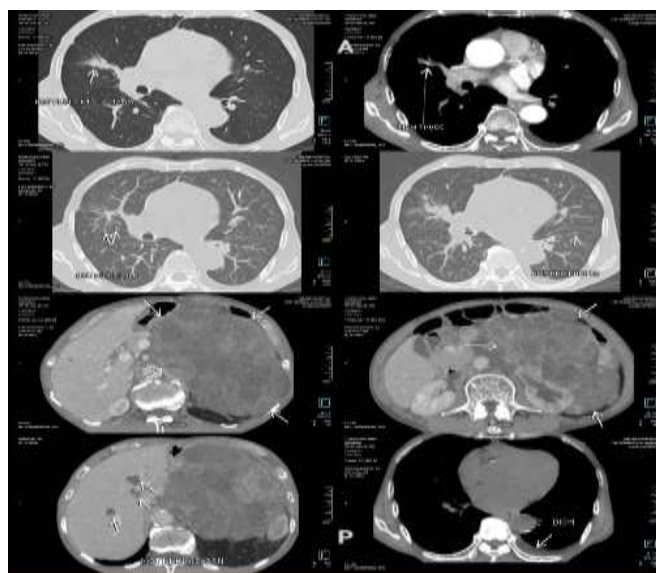
khối u ác tính ở người lớn. U mỡ là biến thể phổ biến nhất và chiếm khoảng 15% các khối u mô mềm ở người lớn. Tỷ lệ mắc u mỡ hàng năm khoảng 2–5 trên 100.000 người, u mỡ sau phúc mạc là trường hợp phổ biến nhất, chiếm 40% trong tổng số các khối u mô mềm xảy ra ở sau phúc mạc [1]. Chẩn đoán ung thư mỡ sau phúc mạc (Retro peritoneal liposarcoma – RT-LPS) thường ở giai đoạn muộn, khi khối u phát triển đủ để chèn ép hoặc xâm lấn các cơ quan lân cận. Điều trị chủ yếu vẫn là phẫu thuật với tỉ lệ tái phát cao. Trong thời gian gần đây, tại bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, chúng tôi đã điều trị phẫu thuật cho 4 bệnh nhân ung thư mỡ sau phúc mạc tái phát nhiều lần, sau đây được phối hợp điều trị hỗ trợ cùng khoa Ung bướu, nhân đây chúng tôi viết bài này nhằm điểm lại bệnh học, hướng điều trị và tiên lượng của bệnh lý này.

II. THÔNG BÁO LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1: BN nam, 79 tuổi, tiền sử: THA, RT-LPS đã mổ 3 lần, giữa các lần mổ không điều trị hóa chất hỗ trợ, vào viện vì khối vùng bụng to dần, ăn uống kém, đầy tức

bụng. Khám thấy bụng sờ có khối lớn ở nửa trái, không có PUTB, đại – tiểu tiện được. Chụp CLVT thấy hình ảnh khối lớn sau phúc mạc bên trái kích thước khoảng 100 x 164 x 100mm, tỉ trọng mỡ và tổ chức đặc ngấm thuốc sau tiêm, xâm lấn thận trái, tiếp xúc gan trái và vòm hoành trái, chèn ép dạ dày. Ngoài ra nhu mô gan có các nốt tỉ trọng mỡ rải rác, nốt lớn kích thước ~ 16 x 13mm hạ phân thùy 7 (hình 1).

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật, trong mổ đánh giá thấy: gan có 02 khối kích thước 2x2 cm hạ phân thùy 6-7, 01 khối u lớn 25x25 cm- xâm lấn thận trái và thượng thận trái, 01 khối u 7x 10cm đoạn hồng tràng, 01 khối u mặt sau dạ dày-xâm lấn mặt sau phía bờ cong lớn dạ dày kích thước 20x10 cm, 01 khối u 5x10 cm xâm lấn đại tràng trái, ngoài ra còn các khối u kích thước trung bình 5 cm ở mạc treo ruột non. Được chỉ định lấy tối đa khối u cùng thận trái, niệu quản trái, thượng thận trái, đoạn hồng tràng, đại tràng trái, bờ cong lớn dạ dày (hình 2). Trong mổ không có biến chứng đặc biệt, sau mổ có suy tuyến thượng thận, được điều trị nội khoa ổn định. BN ra viện sau 22 ngày.



Hình 1. Phim CLVT trước mổ



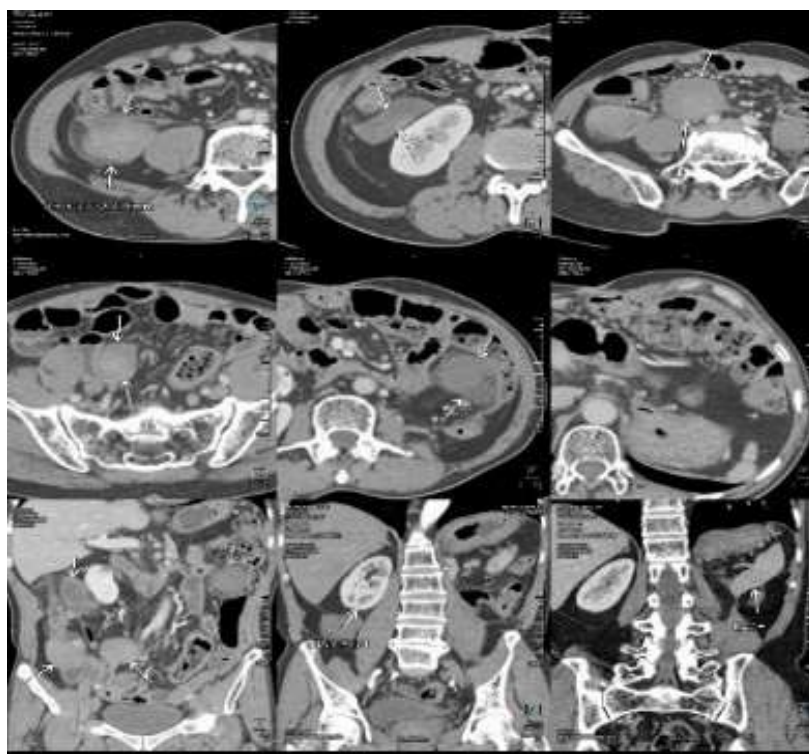
Hình 2. Hình ảnh u trong mô

Giải phẫu bệnh sau mổ: Sarcôm mỡ kém biệt hóa (dedifferentiated liposarcoma). U có nhiều khối, xâm lấn vào mô thận, thành ruột non, thành đại tràng, vỏ bao tuyến thượng thận và thanh mạc dạ dày.

BN sau mổ không điều trị bổ trợ, khám lại sau 1 tháng thấy có tổn thương nghi ngờ thứ phát tại gan, đuôi tụy.

Ca lâm sàng 2: BN Nam, 65 tuổi. Tiền sử: Mổ RT-LPS 4 lần: 2016, 2019, 2022,

T2/2023. Ngày 24.10.2023, BN khám BV 108, chụp CLVT ổ bụng: Nằm ở khoang sau phúc mạc có nhiều khối tổn thương (khoảng 6 khối), tỷ trọng tổ chức, sau tiêm ngấm thuốc mạnh, thâm nhiễm mỡ xung quanh, một số khối không rõ ranh giới với các quai ruột lân cận, khối lớn nhất ở hố chậu phải 62x 76 cm. Thận trái đã cắt. Lách kích thước nhỏ (hình 3).



Hình 3. Phim CLVT trước mổ

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật, trong mổ thấy các quai ruột giãn khu trú từng đoạn do bán tắc, dính toàn bộ vào nhau và dính vào thành bụng bởi dây chằng. Khoảng sau phúc mạc có 6 khối u mỡ cứng chắc, kích thước 3x7 cm, 02 u nằm giữa đuôi tụy và lách, mạc treo đại tràng xuống- kích thước 4x5 cm, 03 u nằm sau phúc mạc- nằm sau manh tràng- đại tràng lên và hồi tràng, kích thước khoảng 2x3 cm, 01 u nằm ở tiểu khung dính vào các quai ruột non - kích thước khoảng 4x5 cm, các khối u có ranh giới rõ. Được tiến hành phẫu thuật cắt dây chằng, gỡ dính, cắt u sau phúc mạc, cắt đại tràng xuống, nối đại tràng ngang- trực tràng cao tận tận, cắt ruột thừa. Trong và sau mổ không có biến chứng đặc biệt, BN ra viện sau 21 ngày.

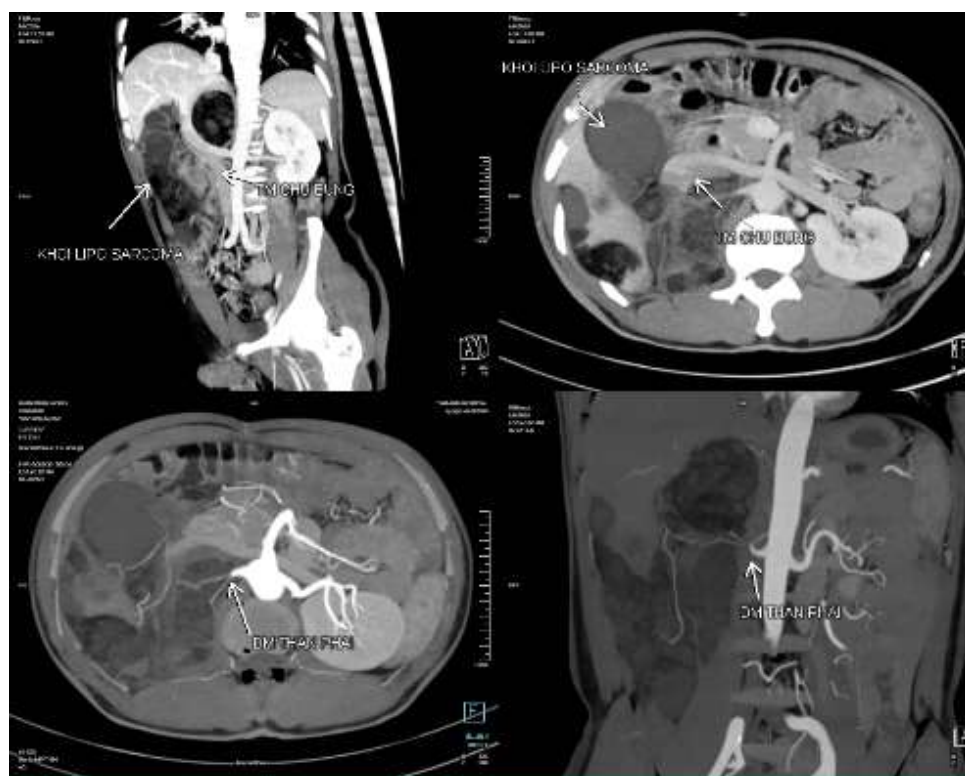
GPB sau mổ: Sarcom mỡ kém biệt hóa, các tế bào u không có khiếm khuyết chức

năng protein sữa chữa ghép cặp sai, gợi ý không có tình trạng mất ổn định vệ tinh.

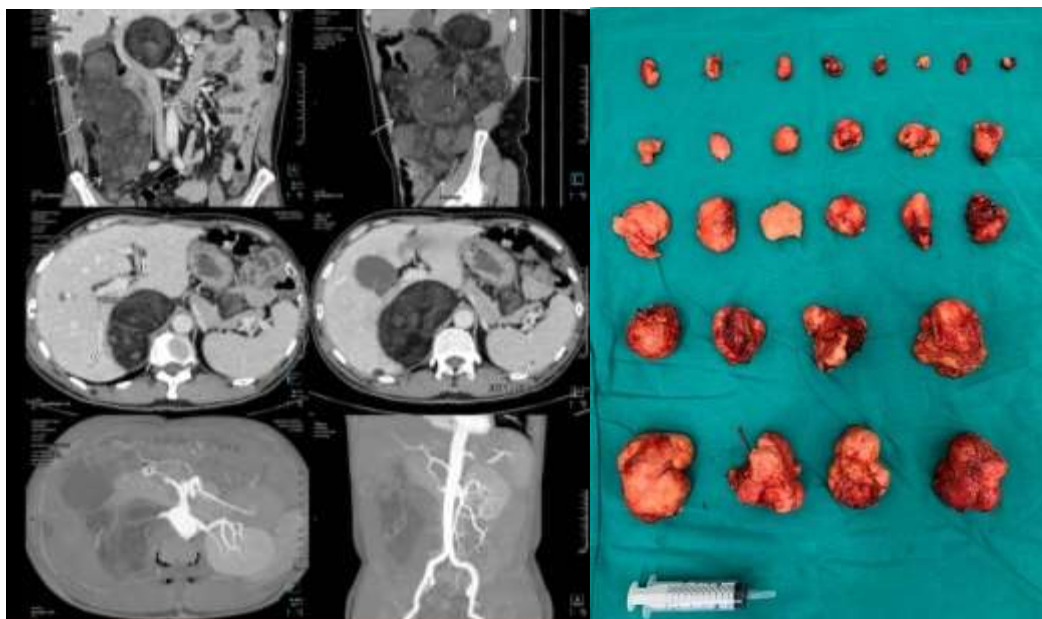
BN sau mổ được điều trị với palbociclib, kiểm tra sau 4 tháng thấy có vài nốt nhỏ (<2cm) ở sau phúc mạc bên trái.

Ca lâm sàng 3: BN nam, 65 tuổi. Tiền sử: Mổ LPS 2 lần. Vào viện vì khối to dần vùng mạn sườn phải, chụp CLVT thấy nhiều khối trong ổ bụng tính chất LPS (hình 4)

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật, trong mổ thấy ổ bụng rải rác có rất nhiều khối u, xâm lấn gan, quai ruột non, vòm hoành phải, tuyến thượng thận phải. Được can thiệp lấy tối đa u sau phúc mạc (lấy gần 64 khối u), cắt phần gan bị xâm lấn, cắt đoạn ruột non, lấy tổ chức xâm lấn vòm hoành phải, tuyến thượng thận phải (hình 5). Trong và sau mổ ổn định, ra viện sau 9 ngày.



Hình 4. Phim CLVT trước mổ



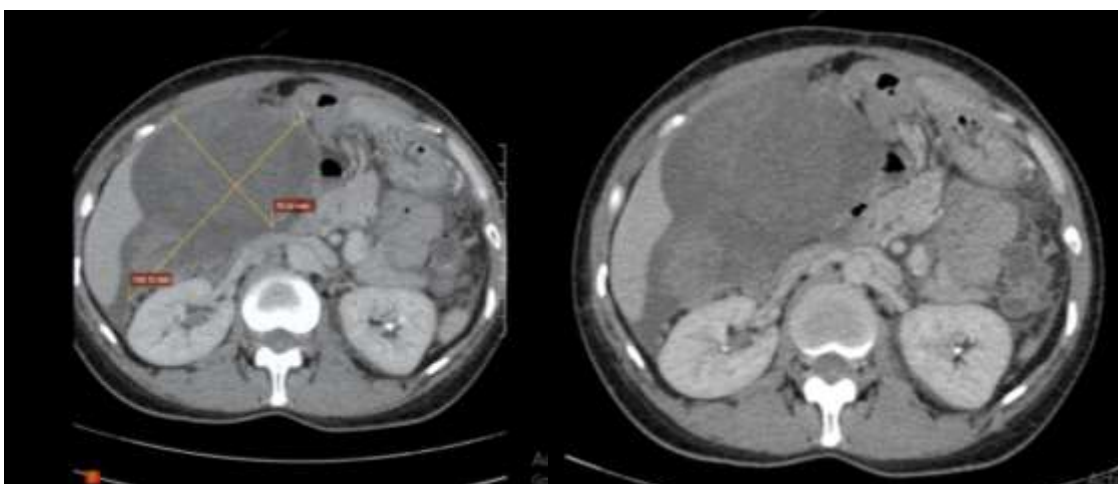
Hình 5. Hình ảnh u trong mỡ

GPB: sarcoma mỡ biệt hóa cao, xâm lấn mô gan, mô cơ vân và thành ruột.

Sau mổ đang được điều trị với palbociclib, kiểm tra lại chưa thấy tổn thương tái phát.

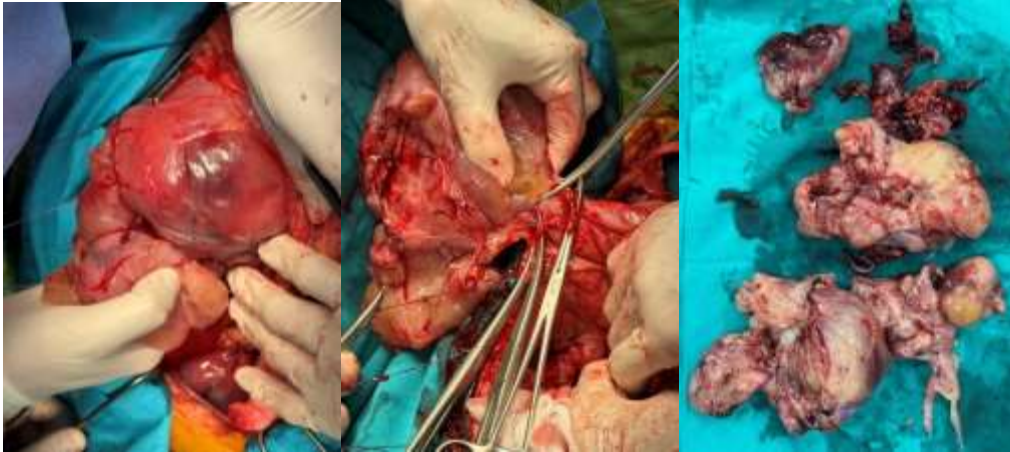
Ca lâm sàng 4: BN nữ, 49 tuổi. Tiền sử: Mổ cắt u sau phúc mạc 02 lần, (2022, 2023).

Người bệnh khám tại BV Hữu nghị Việt Đức, chụp CLVT: Hình ảnh sau mổ Liposarcoma, hiện còn phần tổ chức cạnh thận trái, tổn thương thứ phát trong phúc mạc vùng nửa bụng phải và trong tiêu khung, nang gan phải, dịch tự do ổ bụng, ít dịch khoang màng phổi phải (hình 6).



Hình 6. Hình ảnh CLVT trước mổ

Được chỉ định phẫu thuật, trong mổ thấy nửa bụng phải có khối u lớn sau phúc mạc, đè đẩy các quai ruột, đại tràng sang trái, khối xâm lấn gan phải, vòm hoành phải. Được can thiệp lấy khối u tối đa, lấy tổ chức xâm lấn gan, vòm hoành phải (hình 7). Sau mổ BN hồi phục tốt, ra viện sau 7 ngày.



Hình 7. Hình ảnh khối u trong mô

GPB sau mổ: ung thư mỡ mất biệt hóa thể xơ nhầy, không có khiếm khuyết chức năng protein sửa chữa ghép cặp sai, không có mất ổn định vi vệ tinh. Sau mổ BN không tiếp tục điều trị bổ trợ, theo dõi tái khám sau 1 tháng chưa thấy tổn thương tái phát.

III. BÀN LUẬN

Ung thư mỡ là dạng thường gặp nhất (chiếm khoảng 15%) trong các thể của ung thư mô mềm, RP-LPS là một khối u trung mô hiếm gặp, chiếm khoảng 0,07% đến 0,2% trong số tất cả các khối u, độ tuổi thường gặp từ 40 đến 60, giới nam/nữ tương đối đồng đều. Liposarcoma thường xảy ra nhất ở các chi (52%), tiếp theo là sau phúc mạc (19%), cũng có những báo cáo về LPS ở những vị trí hiếm gặp, chẳng hạn như trung thất, thanh quản hoặc mô quanh tinh hoàn, RT-LPS nguyên phát thường bắt nguồn từ mỡ quanh thận [2].

Theo hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (ASC), có một số yếu tố nguy cơ đối với LPS, bao gồm xạ trị (đặc biệt là xạ trị cho các khối u ác tính khác), một số hội chứng ung thư gia đình, tổn thương hoặc chấn thương hệ thống bạch huyết và tiếp xúc với hóa chất độc hại. Các bệnh nhân của chúng tôi qua khai thác tiền sử chưa ghi nhận yếu tố nguy cơ về xạ

trị, tiếp xúc hóa chất hay bệnh lý ung thư gia đình đặc biệt nào.

LPS được chia làm U mỡ không điển hình (atypical lipomatous tumors)/Sarcoma mỡ biệt hóa tốt (Well-Differentiated Liposarcoma-WDLPS); Sarcoma mỡ không biệt hóa (dedifferentiated liposarcoma-DDLPS); Sarcoma mỡ dạng niêm dịch (myxoid liposarcoma-MLPS); Sarcoma mỡ đa hình thái (pleomorphic liposarcoma-PLPS); Sarcoma mỡ đa hình dạng niêm dịch (myxoid pleomorphic liposarcoma-MPLPS). LPS biệt hóa tốt và không biệt hóa chiếm khoảng 50% tổng số ca mắc liposarcoma. Trong số các phân nhóm này, ở sau phúc mạc, WDLPS phổ biến nhất (43% - 46%), sau đó là MLPS (24% - 28%), DDLPS (18% - 21%) và PLPS (8%), 2 nhóm LPS biệt hóa tốt và không biệt hóa thường đáp ứng kém với hóa xạ trị, trái ngược với các phân nhóm dạng nhầy và đa hình, thường có đáp ứng tốt hơn. Phân nhóm mô học là một yếu tố quan trọng để dự đoán tiên lượng, bao gồm tái phát tại chỗ, tái phát xa và tử vong. Các nghiên cứu theo nhóm trước đây đã chứng minh rằng DDLPS có nguy cơ cao nhất đối với cả tái phát tại chỗ và tái phát xa, trong khi WDLPS có nguy cơ thấp nhất, ngoài ra, DDLPS và PLPS có liên quan đến tỷ lệ tái phát và ác

tính cao hơn trong khi tỷ lệ tái phát và tử vong thấp nhất ở phân nhóm WDLF [3].

Trong các bệnh nhân của chúng tôi, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ khối u có 2 bệnh nhân (số 1 và số 2) ở thể kém biệt hóa, 1 bệnh nhân (số 3) thể biệt hóa tốt và 1 bệnh nhân (số 4) thể myxoid, tất cả 4 bệnh nhân đều có số lần can thiệp cao do bị tái phát nhiều lần, thể hiện ở các thể của LPS đều có nguy cơ tái phát cao sau điều trị phẫu thuật.

RT-LPS thường được phát hiện tình cờ hoặc trong các lần kiểm tra sức khỏe định kỳ, các biểu hiện lâm sàng của RP-LPS giai đoạn sớm không đáng kể, bệnh nhân thường được phát hiện bệnh ở giai đoạn tiến triển, khi khối u đã lớn gây triệu chứng chèn ép như đau bụng, đầy tức bụng, ăn nhanh no, khó đại tiện, khó tiểu tiện,... [2]. Trong 4 bệnh nhân của chúng tôi, có 2 bệnh nhân khám lại định kỳ sau mổ phát hiện tái phát, 2 bệnh nhân do khối u quá to gây chèn ép, ăn uống khó, đầy tức bụng, đi khám phát hiện tái phát. Gần như không có triệu chứng đặc trưng nào để nhận diện bệnh lý này.

Chụp cắt lớp vi tính (CT) được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán và đánh giá trước phẫu thuật đối với RP-LPS. Chụp cộng hưởng từ (MRI) có giá trị cao hơn đối với các mô mềm, cho phép chẩn đoán chính xác hơn các khối u sau phúc mạc. MRI cũng cung cấp hình ảnh rõ ràng về các mạch máu của khối u, cho phép xác định các đặc điểm của khối u và đánh giá mức độ xâm lấn của khối u. Do đó, MRI đang dần thay thế chụp CT trong đánh giá về mặt chẩn đoán hình ảnh của LPS [4]. Các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được chụp CT hoặc MRI, qua chẩn đoán hình ảnh phát hiện khối u với các đặc điểm của tính chất ung thư mỡ, nhận diện được tổn thương xâm lấn cơ quan lân cận như thế nào giúp tiên lượng cho cuộc mổ.

Về điều trị, phẫu thuật cắt bỏ với diện cắt âm tính đang được xem là phương pháp điều trị chính cho RP-LPS. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng cắt bỏ R0 giúp kéo dài thời gian sống thêm sau phẫu thuật. Phạm vi cắt bỏ bằng phẫu thuật đối với RP-LPS vẫn còn gây tranh cãi. Một số nghiên cứu gợi ý một phương pháp gọi là “cắt bỏ mở rộng”, bao gồm việc loại bỏ các cơ quan và cấu trúc lân cận như thận, đại tràng, tuyến tụy, lá lách, cơ thắt lưng, cơ hoành và các mạch mô mỡ sau phúc mạc ở phía chậu, ngay cả khi chúng không bị khối u ảnh hưởng trực tiếp [2]. Tuy nhiên, ngay cả khi đã cắt bỏ hoàn toàn khối u, khoảng 50% bệnh nhân vẫn bị khối u tái phát trong vòng 5 năm.

Đối với RP- LPS tái phát, phẫu thuật lại có thể cải thiện đáng kể tỷ lệ sống sót lâu dài, mặc dù một số nghiên cứu cho thấy rằng việc tăng tần suất tái phát và phẫu thuật có thể dẫn đến tỷ lệ tái phát cao hơn [5]. Cả 4 bệnh nhân đều được tiến hành phẫu thuật lại, trong mổ được lấy tối đa khối u cùng với tạng bị xâm lấn, các BN cũng cho thấy khoảng thời gian tái phát càng về sau càng rút ngắn lại, đặc biệt, do yếu tố mỡ cũ, việc mổ RT-LPS sẽ càng khó khăn do dính các tạng trong ổ bụng và việc khối u xâm lấn vào các tạng lân cận, dẫn đến phải cắt các tạng kèm theo.

Hiệu quả của xạ trị và hóa trị trong RP-LPS vẫn còn gây tranh cãi. Theo một nghiên cứu của Littau MJ và cộng sự, xạ trị hỗ trợ đã được chứng minh là cải thiện tỷ lệ sống sót ở những bệnh nhân có khối u lớn hơn 10 cm, nhưng cần thận trọng khi sử dụng ở những bệnh nhân có khối u nhỏ hơn [6]. Một số nghiên cứu cho thấy xạ trị tân bổ trợ kết hợp với cắt bỏ triệt để có thể dẫn đến kiểm soát tại chỗ tốt hơn và kéo dài thời gian sống so với chỉ phẫu thuật đơn thuần. Tuy nhiên,

lợi ích lâu dài của xạ trị tân bổ trợ vẫn chưa được đánh giá kỹ lưỡng.

Đối với hóa trị bổ trợ, các phác đồ hóa trị dựa trên Anthracycline, chẳng hạn như Doxorubicin, hiện được coi là phương pháp điều trị đầu tay cho LPS tiến triển hoặc di căn. Sự kết hợp của Doxorubicin và Ifosfamide có vẻ hiệu quả hơn so với Doxorubicin đơn lẻ, tuy nhiên, một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng giai đoạn III quy mô lớn do Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị Ung thư Châu Âu (EORTC) tiến hành đã phát hiện ra rằng phác đồ kết hợp này không cải thiện tỷ lệ sống sót chung hoặc tỷ lệ tái phát [7]. Với các bệnh nhân không đáp ứng với Doxorubicin/Ifosfamide có thể được chỉ định sử dụng Gemcitabine, Docetaxel, Trabectedin và Pazopanib làm lựa chọn thứ hai hoặc thứ ba. Trong các nhóm RT-LPS, MLPS là nhóm nhạy cảm với hóa chất nhất, mặc dù thể tỷ lệ sống sót trung bình chung cũng khá thấp.

Điều trị đích hiện đang là trọng tâm nghiên cứu chính trong các chiến lược điều trị RP-LPS. Sự khuếch đại của MDM2 và sự ức chế p53 được công nhận là các cơ chế chính góp phần vào sự phát triển và tiến triển của RP-LPS. Do đó, việc nhắm mục tiêu vào trục MDM2-p53 đã nổi lên như một phương pháp điều trị mới. Các chất ức chế MDM2 mạnh và có chọn lọc đầu tiên được phát hiện là Nutlins, tiếp theo là RG7112, Idasanutlin và SAR405838. CDK4 cũng được xác định là một mục tiêu điều trị tiềm năng cho LPS. Zhang và cộng sự đã chứng minh rằng việc tiếp tục điều trị bằng chất ức chế CDK4 (CDK4i) như một tác nhân đơn lẻ sẽ dẫn đến giảm sự phát triển của các dòng tế bào DDLPS và ức chế sự phát triển của khối u trong mô hình ghép dị chủ trong cơ thể sống [8]. Palbociclib, Ribociclib và Abemaciclib

hiện là các chất ức chế CDK4 được chấp thuận sử dụng trong lâm sàng và chúng đã cho thấy kết quả khả quan khi dùng làm tác nhân đơn lẻ trong điều trị khối u rắn. Anlotinib là được sử dụng để điều trị thay thế cho LPS không thể cắt bỏ hoặc LPS tiến triển, đã được chứng minh là cải thiện thời gian sống không tiến triển và thời gian sống toàn bộ ở những bệnh nhân mắc Sarcoma mô mềm. Xu và cộng sự đã tiến hành một nghiên cứu trong đó họ phân lập và xác định các nguyên bào sợi liên quan đến khối u (TAF) từ u mỡ sau phúc mạc mất biệt hóa (DDLPS). Họ phát hiện ra rằng protein Tsp2 được mã hóa bởi THBS2 thúc đẩy sự hình thành TAF và tiến triển của khối u, cho thấy rằng Tsp2 có thể là một thành phần quan trọng trong bối cảnh RPLPS và là một mục tiêu điều trị đầy hứa hẹn cho bệnh nhân [9]. Có 2 bệnh nhân của chúng tôi sau mổ được điều trị đích với palbociclib, theo dõi sau mổ bằng phim CT thấy có 1 ca có tổn thương tái phát sau 4 tháng, 1 ca chưa thấy tổn thương tái phát sau 2 tháng điều trị.

Tiên lượng thời gian tái phát tại chỗ và thời gian sống không bệnh phụ thuộc vào việc có cắt bỏ hoàn toàn bằng phẫu thuật được không và cấp độ mô học của khối u. Một số yếu tố tiên lượng xấu cho các RT-LPS như: cắt bỏ không hoàn toàn và/hoặc biên độ phẫu thuật dương tính (R2), Phân nhóm mô học: DDLPS, PLPS, MPLPS, cần cắt bỏ cơ quan liền kề kèm theo, tuổi >60, có các triệu chứng xuất hiện khi chẩn đoán, kích thước khối u > 10 cm, có di căn xa, hóa mô miễn dịch dương tính với Ki-67, có cổ trướng [10]. Với từng nhóm mô học, tỉ lệ sống sau 5 năm và 10 năm của WDLPS là 82%, 67%; của DDLPS là 50%, 32%; MLPS là 55%, 47% và của PLPS là 51% và 35% [10].

IV. KẾT LUẬN

Ung thư mỡ sau phúc mạc là khối u hiếm gặp, triệu chứng lâm sàng không điển hình, bệnh thường được phát hiện muộn khi u lớn, đã gây biến chứng chèn ép. Phẫu thuật R0 vẫn là lựa chọn ưu tiên cho RT-LPS, hóa xạ trị hỗ trợ thường ít có tác dụng. Liệu pháp điều trị đích đang có những hiệu quả đáng kể. RT-LPS thường có tỉ lệ tái phát cao, với các khối u tái phát, phẫu thuật vẫn là lựa chọn đầu tay, việc đảm bảo diện cắt R0 giúp cải thiện thời gian sống toàn bộ và thời gian sống không bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F. Mulita, G. I. Verras, E. Liolis, et al.** (2021), Recurrent retroperitoneal liposarcoma: A case report and literature review, *Clin Case Rep*, số 9(9), tr. e04717.
2. **Xiao Wang, Xiaobiao Song, Qiang Song, et al.** (2024), Recurrent retroperitoneal liposarcoma with multiple surgeries: a case report, *Front. Oncol.*, số 14.
3. **J. Xiao, J. Liu, M. Chen, et al.** (2021), Diagnosis and Prognosis of Retroperitoneal Liposarcoma: A Single Asian Center Cohort of 57 Cases, *J Oncol*, số 2021, tr. 7594027.
4. **S. Kuribayashi, Y. Nakai, H. Tsuji, et al.** (2018), [A Case of Retroperitoneal Liposarcoma in which Magnetic Resonance Imaging was Useful in the Decision of Resection of Primary and Recurrent Tumors], *Hinyokika Kyo*, số 64(4), tr. 145-149.
5. **K. Ishii, Y. Yokoyama, Y. Nishida, et al.** (2020), Characteristics of primary and repeated recurrent retroperitoneal liposarcoma: outcomes after aggressive surgeries at a single institution, *Jpn J Clin Oncol*, số 50(12), tr. 1412-1418.
6. **M. J. Littau, S. Kulshrestha, C. Bunn, et al.** (2021), The importance of the margin of resection and radiotherapy in retroperitoneal liposarcoma, *Am J Surg*, số 221(3), tr. 554-560.
7. **P. J. Woll, P. Reichardt, A. Le Cesne, et al.** (2012), Adjuvant chemotherapy with doxorubicin, ifosfamide, and lenograstim for resected soft-tissue sarcoma (EORTC 62931): a multicentre randomised controlled trial, *Lancet Oncol*, số 13(10), tr. 1045-54.
8. **Y. X. Zhang, E. Sicinska, J. T. Czaplinski, et al.** (2014), Antiproliferative effects of CDK4/6 inhibition in CDK4-amplified human liposarcoma in vitro and in vivo, *Mol Cancer Ther*, số 13(9), tr. 2184-93.
9. **C. Xu, L. Yan, X. Guan, et al.** (2022), Tsp2 Facilitates Tumor-associated Fibroblasts Formation and Promotes Tumor Progression in Retroperitoneal Liposarcoma, *Int J Biol Sci*, số 18(13), tr. 5038-5055.
10. **J. L. Spicer** (2021), Retroperitoneal Liposarcoma: An Unusual Presentation of a Rare Cancer, *J Adv Pract Oncol*, số 12(8), tr. 854-862.

THỰC TRẠNG GIAO TIẾP AIDET CỦA ĐIỀU DƯỠNG/HỘ SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI NĂM 2024 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Phan Thị Hồng Tuyên¹, Hoàng Anh Tú¹, Đào Thị Loan¹,
Lê Hải Kiên¹, Nguyễn Anh Văn¹, Thái Thị Thanh Huyền¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Giao tiếp hiệu quả đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao, tác động trực tiếp đến sự hài lòng và an toàn của người bệnh. Mô hình AIDET bao gồm 5 bước chính (Xác nhận, Giới thiệu, Thông tin về Thời gian, Giải thích và Cảm ơn), đã được triển khai tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội, bắt đầu từ tháng 8 năm 2023 để cải thiện chất lượng giao tiếp. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng giao tiếp AIDET của điều dưỡng/hộ sinh với người bệnh và người nhà người bệnh tại bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội năm 2024 và phân tích một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng bảng kiểm AIDET để giám sát 867 lượt thực hành của điều dưỡng/hộ sinh từ tháng 2 đến tháng 6 năm 2024. **Kết quả và Kết luận:** Tỷ lệ đạt chuẩn giao tiếp AIDET là 96,8%. Các chỉ tiêu cụ thể đạt lần lượt là: xác nhận và tạo mối quan hệ 96,7%, tự giới thiệu và định danh người bệnh 93,5%, thông tin về thời gian 94%, giải thích công việc và thủ thuật 96,5%, cảm ơn người bệnh 93%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và thực hành đạt chuẩn AIDET ($p < 0,05$).

¹Phòng Quản lý Điều dưỡng, Bệnh viện đa khoa Tâm Anh, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Hồng Tuyên
SĐT: 0862161559

Email: tuyenpth@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 01/8/2024

Ngày duyệt bài: 08/8/2024

Từ khóa: giao tiếp, AIDET, điều dưỡng, hộ sinh

SUMMARY

THE CURRENT STATUS OF AIDET COMMUNICATION BY NURSES/MIDWIVES AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL IN HANOI IN 2024 AND SOME RELATED FACTORS

Background: Effective communication plays a crucial role in delivering high-quality healthcare services, directly impacting patient satisfaction and safety. The AIDET model, which includes 5 key steps (Acknowledge, Introduce, Duration, Explain, and Thank), was implemented at Tam Anh General Hospital Hanoi starting August 2023 to improve communication quality. **Objectives:** To describe the current state of AIDET communication by nurses/midwives with patients and their families at Tam Anh General Hospital Hanoi in 2024 and analyze related factors. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted using the AIDET checklist to monitor 867 instances of practice by nurses/midwives from February to June 2024. **Results and Conclusion:** The adherence rate to AIDET communication standards was 96.8%. The specific indicators achieved were: Acknowledge and build rapport 96.7%, self-introduction and patient identification 93.5%, information about duration 94%, explaining tasks and procedures 96.5%, and thanking patients 93%. There was a

statistically significant relationship between age and adherence to AIDET practices ($p < 0.05$).

Keywords: communication, AIDET, nurses, midwives.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giao tiếp (GT) là quá trình trao đổi thông tin nhằm thiết lập các mối quan hệ trong xã hội. Trong lĩnh vực y tế, giao tiếp giữa điều dưỡng/hộ sinh (ĐD/HS) với người bệnh (NB) đóng vai trò rất quan trọng. Giao tiếp hiệu quả giúp cung cấp thông tin rõ ràng, đảm bảo an toàn, tăng sự hợp tác, tuân thủ điều trị và cải thiện sự hài lòng của NB cũng như người nhà người bệnh (NNNB). Mô hình giao tiếp AIDET (Acknowledge, Introduce, Duration, Explanation, Thank you) là một công cụ đơn giản và hiệu quả đang được áp dụng rộng rãi tại nhiều bệnh viện (BV) trong và ngoài nước [1], [4], [6], [7]. BV Đa khoa Tâm Anh Hà Nội, với tiêu chuẩn BV khách sạn, đã triển khai mô hình AIDET từ tháng 8 năm 2023. Thực trạng giao tiếp AIDET và những yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hành giao tiếp AIDET của điều dưỡng/hộ sinh tại BV Đa khoa Tâm Anh Hà Nội năm 2024 là gì? Để trả lời các câu hỏi đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu (NC) này nhằm mô tả thực trạng và phân tích các yếu tố liên quan đến việc áp dụng mô hình AIDET trong chăm sóc người bệnh tại BV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian NC

Địa điểm: Các khoa lâm sàng có NB điều trị nội trú tại BV Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

Thời gian NC: Từ tháng 2 đến tháng 6 năm 2024.

2.2. Đối tượng NC

Đối tượng NC: Thực hành giao tiếp AIDET của ĐD/HS khu vực nội trú BV Đa khoa Tâm Anh.

Tiêu chuẩn lựa chọn ĐD/HS: ĐD/HS ký hợp đồng với BV và đã được đào tạo về mô hình AIDET.

Tiêu chuẩn loại trừ ĐD/HS: ĐD/HS đang tham gia khóa học ngoại viện hoặc nghỉ phép trong thời gian NC.

2.3. Phương pháp NC

2.3.1. Thiết kế NC: mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2 \frac{p \cdot (1-p)}{(\epsilon P)^2}$$

n: Là cỡ mẫu NC – Số lượt quan sát tối thiểu cần có

α : Mức ý nghĩa thống kê; với $\alpha = 0,05$ thì hệ số $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

p: Chọn $p = 0,84$. Tỷ lệ điều dưỡng giao tiếp đạt chuẩn theo mô hình AIDET (theo NC của Triệu Bích Ngân) [3].

q: $1 - p$

ϵ : Sai số mong đợi, chọn = 0,03

Từ công thức trên, làm tròn số cho kết quả $n = 813$ lượt quan sát. Trên thực tế, NC quan sát 867 lượt trên 232 ĐD/HS.

- Cách chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên các ĐD/HS tại tất cả khoa lâm sàng có NB nội trú và quan sát thực hiện giao tiếp AIDET. Tại mỗi đơn vị, ĐD/HS được quan sát tối thiểu 2 lần và không được thông báo trước.

2.4. Biến số, chỉ số NC

Thông tin chung: Năm sinh, giới tính, chức danh, đơn vị công tác, thâm niên công tác, trình độ học vấn.

- Thực trạng giao tiếp AIDET: Tỷ lệ giao tiếp đạt chuẩn cho từng nội dung A, I, D, E, T và AIDET.

- Các yếu tố liên quan: Tuổi, giới tính, chức danh, đơn vị công tác, thâm niên công tác, trình độ học vấn.

2.5. Sai số và khắc phục sai số

Sai số thông tin, sai số nhớ lại.

Khắc phục: Sử dụng phần mềm Kobotoolbox để thu thập số liệu và ghi nhận ngay tại thời điểm quan sát. Điều tra NC được tập huấn kỹ lưỡng trước khi thu thập số liệu.

2.6. Bộ công cụ NC và tiêu chí đánh giá

2.6.1. Bộ công cụ: Phần A về đặc điểm chung của ĐD/HS. Phần B là bảng kiểm đánh giá thực hiện quy trình giao tiếp chuẩn AIDET của ĐD/HS dành cho khu vực nội trú. Bảng kiểm được NC, xây dựng dựa trên các NC trong, ngoài nước và các quy định của Bộ Y tế về giao tiếp của nhân viên y tế, quy trình định danh NB và khai thác tiền sử dị ứng, được phê duyệt và ban hành thực hiện tại BV Đa khoa Tâm Anh.

2.6.2. Các tiêu chí đánh giá: Tổng điểm tối đa là 54 điểm. Điểm đạt yêu cầu là $\geq 80\%$ tổng điểm cho mỗi bước A, I, D, E, T. Mỗi

bước được chấm từ 0 đến 2 điểm: 0 điểm (không thực hiện hoặc thực hiện sai) – Không đạt; 1 điểm (có thực hiện nhưng chưa đầy đủ) - Không đạt; 2 điểm (thực hiện đúng và đầy đủ) - Đạt.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

2.7.1. Phần mềm phân tích: Số liệu được thu thập bằng Kobotoolbox và đưa vào phần mềm SPSS 20.0 để xử lý và phân tích.

2.7.2. Phương pháp thống kê: Thống kê mô tả được sử dụng để mô tả đặc điểm chung, tỷ lệ thực hành đạt A, I, D, E, T và AIDET: Các biến định tính dạng tần số (tỷ lệ phần trăm). Để phân tích một số yếu tố liên quan đến thực hành AIDET, kiểm định Chi-square được sử dụng để xác định tỷ suất chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% của các yếu tố liên quan đến các biến phụ thuộc. Giá trị $\alpha = 0,05$; $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức NC

Đề cương NC đã được Hội đồng đề cương của BV Đa khoa Tâm Anh phê duyệt. NC được sự đồng ý của Ban Giám đốc BV và các khoa/phòng liên quan; đảm bảo không ảnh hưởng đến công việc hoặc KPIs của ĐD/HS. Thông tin thu thập được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích NC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng giao tiếp AIDET của ĐD/HS tại BV Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Bảng 3.1. Xác nhận, tạo mối quan hệ (N=867)

Xác nhận, tạo mối quan hệ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gõ cửa, xin phép trước khi vào phòng	818	94,3
Chào NB bằng tên và xưng hô phù hợp	851	98,2
Giao tiếp bằng ánh mắt lạc quan, đồng cảm và nụ cười thân thiện	849	97,9
Chào và hỏi thăm NNNB (nếu có)	851	98,2
Sử dụng câu khẳng định liên quan đến những vấn đề của NB mà nhân viên trước đã bàn giao	825	95,2

Nhận xét: Tỷ lệ thực hành cao nhất: Chào NB bằng tên và xưng hô phù hợp (98,2%); Chào và hỏi thăm NNNB (nếu có). Tỷ lệ thấp nhất: Gõ cửa, xin phép trước khi vào phòng (94,3%).

Bảng 3.2. Tự giới thiệu, định danh NB và thông tin về thời gian (N=867)

Tự giới thiệu, định danh NB	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tự giới thiệu bản thân (tên, chức danh)	837	96,5
Thông báo thời gian làm việc và trách nhiệm hỗ trợ NB	822	94,8
Định danh NB đúng quy định	857	98,8
Thông báo thời gian về thực hiện công việc/thủ thuật	815	94,0

Nhận xét: Tỷ lệ thực hành tốt nhất: Định danh NB đúng quy định (98,8%). Tỷ lệ thấp nhất: Thông báo thời gian về thực hiện công việc/thủ thuật (94,0%).

Bảng 3.3. Giải thích cho NB về công việc, thủ thuật (N=867)

Giải thích về công việc/thủ thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thông báo về thủ thuật NB sắp được thực hiện	847	97,7
Trao đổi để NB/NNNB hiểu thủ thuật này, ĐD/HS thực hiện thường xuyên giúp họ yên tâm	811	93,5
Giới thiệu mục đích, tần suất thực hiện trong ngày và quy trình cơ bản của công việc/thủ thuật	802	92,5
Công khai và đối chiếu y lệnh	853	98,4
Khai thác tiền sử dị ứng, sử dụng thuốc chống đông, choáng ngất...	842	97,1
Hướng dẫn NB tư thế thích hợp	855	98,6
Xác nhận thông tin phản hồi từ NB/NNNB	851	98,2
Sát khuẩn tay trước khi thực hiện y lệnh	855	98,6
Mời NNNB ra ngoài để nhân viên y tế thực hiện thủ thuật	946	97,6
Xin phép NB tiến hành công việc/thủ thuật	857	98,8
Hỏi NB có khó chịu gì không và động viên NB	853	98,4
Hướng dẫn NB tư thế thích hợp sau công việc/thủ thuật	854	98,5

Nhận xét: Tỷ lệ thực hành cao nhất: Xin phép NB tiến hành công việc/thủ thuật (98,8%). Tỷ lệ thấp nhất: Giới thiệu mục đích, tần suất thực hiện trong ngày và quy trình cơ bản của công việc/thủ thuật (92,5%).

Bảng 3.4. Cảm ơn người bệnh (N=867)

Cảm ơn người bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dặn dò NB chủ động theo dõi các triệu chứng, tai biến có thể xảy ra	851	98,2
Dặn dò NB/NNNB sử dụng chuông gọi ĐD/HS khi cần thiết	849	97,9
Hỏi lại NB có cần hỗ trợ hoặc giải đáp thêm nữa không	828	95,5

Hẹn thời gian ĐD/HS quay lại thăm NB	817	94,2
Mời NNNB vào phòng (nếu có), chào và cảm ơn NB	844	97,3
Đóng cửa sau khi ra khỏi phòng	853	98,4

Nhận xét: Tỷ lệ thực hành cao nhất: Đóng cửa sau khi ra khỏi phòng (98.4%). Tỷ lệ thấp nhất: Hẹn thời gian ĐD/HS quay lại thăm NB (94,2%).

Bảng 3.5. Thực hành đạt chuẩn AIDET (N=867)

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Xác nhận, tạo mối quan hệ	838	96,7
Tự giới thiệu, định danh NB	811	93,5
Thông tin về thời gian	815	94,0
Giải thích về công việc/thủ thuật	837	96,5
Cảm ơn	806	93,0

Nhận xét: Tỷ lệ đạt chuẩn: 96,8%, với các nội dung đạt từ 93% trở lên.



Biểu đồ 3.1. Thực hành đạt chuẩn AIDET

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng giao tiếp đạt chuẩn AIDET là 96,8%; không đạt chiếm 3,2%.

3.6. Các yếu tố liên quan đến thực hành giao tiếp chuẩn AIDET

Đặc điểm		Thực hành giao tiếp AIDET		OR (95%CI)
		Không đạt (n,%)	Đạt (n,%)	
Giới tính	Nam	8 (5,3)	142 (94,7)	1,96 (0,85-4,55)
	Nữ	20 (2,8)	697 (97,2)	
Chức danh	Điều dưỡng	28 (3,5)	783 (96,5)	-
	Hộ sinh	0	56 (100)	
Trình độ học vấn	Cao đẳng, trung cấp	12 (2,7)	429 (97,3)	0,72 (0,34-1,53)
	Đại học, Sau đại học	16 (3,8)	410 (96,2)	
Khối làm việc	Nội - Ngoại	25 (3,6)	673 (96,4)	2,06 (0,61-6,89)

	Sản - Nhi	3 (1,8)	166 (98,2)	
Nhóm tuổi	< 25 tuổi	13 (5,3)	233 (94,7)	2,25 (1,06-4,81)
	≥ 25 tuổi	15 (2,4)	606 (97,6)	
Nhóm thâm niên	< 36 tháng	20 (4,3)	441 (95,7)	2,26 (0,98-5,18)
	≥ 36 tháng	8 (2,0)	398 (98,0)	

Nhận xét:

Tuổi: ĐD/HS dưới 25 tuổi có khả năng thực hành giao tiếp AIDET không đạt cao gấp 2,25 lần so với nhóm từ 25 tuổi trở lên ($p < 0,05$).

Khối làm việc: ĐD/HS Khối Nội - Ngoại có khả năng thực hành giao tiếp không đạt cao gấp 2,06 lần nhóm Khối Sản – Nhi, tuy nhiên không có sự khác biệt thống kê đáng kể ($p > 0,05$).

Thâm niên công tác: ĐD/HS có thâm niên dưới 36 tháng có khả năng thực hành giao tiếp không đạt cao gấp 2,26 lần nhóm có thâm niên từ 36 tháng trở lên, tuy nhiên không có sự khác biệt thống kê đáng kể ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Giao tiếp AIDET là một công cụ quan trọng trong chăm sóc NB, giúp cải thiện chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của NB. Trong các NC về giao tiếp AIDET, mô hình AIDET thuận tiện, dễ áp dụng, dễ nhớ [6], [7]. Tỷ lệ thực hiện giao tiếp AIDET tại BV Đa khoa Tâm Anh đạt 96.8%, cao hơn so với NC trước đây của Triệu Bích Ngân tại BV Phụ sản Cần Thơ [2] và NC của Trần Lê Yên [5] khi thực hiện trên sinh viên điều dưỡng. BV Đa khoa Tâm Anh rất chú trọng vấn đề giao tiếp của ĐD/HS. Vì vậy, mô hình giao tiếp AIDET được triển khai đào tạo cho tất cả Khối Điều dưỡng khi gia nhập và được tái đào tạo định kỳ tại các đơn vị. Từ tháng 8

năm 2023, bảng kiểm giám sát giao tiếp theo mô hình AIDET được phê duyệt, phát hành văn bản nội bộ và triển khai áp dụng cho toàn BV Tâm Anh Hà Nội.

Trong NC của chúng tôi, tỉ lệ ĐD/HS xác nhận, tạo mối quan hệ với NB là 96,7%. Trong đó, nội dung được thực hiện tốt nhất là chào hỏi NB và NNNB. Tỷ lệ này cao hơn NC của Nguyễn Thị Phương tại BV Tuệ Tĩnh là 81,0% [3]; cao hơn NC của Lê Thu Hòa tại BV ĐH Y Hà Nội là 89,5% [1]. Sự khác biệt này có thể do phương pháp thu thập số liệu, đối tượng NC và thời gian tiến hành của các NC không giống nhau. Tỷ lệ ĐD/HS chào NB bằng tên riêng của họ chiếm tỉ lệ rất cao (98,2%), cao hơn nhiều so NC tại BV Đại học Y Hà Nội với 32,5%. Việc chào hỏi NB bằng tên riêng của họ thể hiện sự quan tâm, gần gũi, giúp nhân viên y tế tạo được mối quan hệ tốt với NB.

Tuy nhiên, vẫn còn một số lĩnh vực cần cải thiện, với 867 lượt quan sát, 49 lượt ĐD/HS không thực hiện gõ cửa và xin phép NB trước khi vào phòng. Đây cũng là nội dung cần được lưu ý trong việc đào tạo, giám sát thực hiện giao tiếp tại BV để đảm bảo sự riêng tư cho NB/NNNB, hạn chế sự than phiền. Có 10 lượt ĐD/HS không thực hiện định danh NB đúng quy định, 30 lượt không tự giới thiệu tên và chức danh. Trong các quy trình kỹ thuật điều dưỡng, để phòng ngừa sự cố y khoa, việc định danh NB là rất quan

trọng và nội dung tự giới thiệu bản thân cần thiết để tạo sự tin tưởng, an tâm cho NB/NNNB.

Trong NC của chúng tôi, 94% ĐD/HS có thực hiện bước thông tin về thời gian cho NB. Tỷ lệ này trong NC của chúng tôi cao hơn Nguyễn Thị Phương với 74,2%, NB hài lòng việc ĐD/HS thông báo cho họ về thời gian dự kiến thực hiện công việc và thủ thuật [3]. Một số NC đã chỉ ra, khi được thông báo về thời gian chờ đợi, NB sẽ an tâm và hợp tác hơn trong việc khám chữa bệnh [7].

Khi tiến hành quan sát 867 lượt, 96,5% ĐD/HS thực hiện tốt việc giải thích về công việc và thủ thuật cho NB, tương đương với kết quả NC của Lê Thu Hòa [1], NC của Nguyễn Thị Phương [3], NC của Trần Lê Yên [5]. Trên sinh viên, tỷ lệ này đạt 72,9% [5]. Sự không tương đồng này có thể do đối tượng NC, thời gian và địa điểm thực hiện các NC này không hoàn toàn đồng nhất. Các nội dung như thông báo cho NB về thủ thuật, công khai và đối chiếu y lệnh, khai thác tiền sử dị ứng, hướng dẫn NB về tư thế thuận lợi... tạo điều kiện giúp ĐD/HS thuận lợi hơn khi làm thủ thuật, đảm bảo an toàn, tăng sự tin tưởng của NB. Trên đối tượng sinh viên và điều dưỡng viên mới, việc hướng dẫn, nhắc nhở thực hiện giải thích cho NB về công việc/thủ thuật là cần thiết. Bên cạnh đó, trong NC của chúng tôi, 14 lượt ĐD/HS không thực hiện công khai và đối chiếu y lệnh cho NB. Đây cũng là nội dung cần nhắc nhở khi giám sát thực hiện các quy trình.

Trong số 987 lượt giám sát, 806 lần ĐD/HS thực hiện tốt cảm ơn NB, cao hơn NC của Trần Lê Yên với 58,3% sinh viên thực hiện cảm ơn NB sau khi thực hiện thủ

thuật [5]. Tỷ lệ ĐD/HS thực hiện dặn dò NB các tai biến có thể xảy ra, sử dụng chuông gọi khi cần thiết, đóng cửa khi ra khỏi phòng đều đạt trên 94%. Tại BV Đa khoa Tâm Anh, việc đào tạo kỹ năng chăm sóc khách hàng, giao tiếp với NB được triển khai thường xuyên. Bên cạnh đó, quá trình triển khai được giám sát và đánh giá sau thực hiện, đảm bảo việc áp dụng có hiệu quả.

NC của chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi với giao tiếp của ĐD/HS, tuổi từ 25 trở lên có khả năng thực hiện giao tiếp chuẩn AIDET tốt hơn nhóm còn lại. Điều này có thể do càng lớn tuổi, ĐD/HS càng có cơ hội giao tiếp với NB và NNNB, sự chuyên nghiệp trong giao tiếp được hoàn thiện dần. Ngoài ra, khi thực hiện thường xuyên, việc áp dụng sẽ thành thói quen giúp ĐD/HS thực hiện tốt việc giao tiếp, trao đổi thông tin khi chăm sóc NB. Vì vậy, công tác đào tạo và giám sát giao tiếp của nhân viên, cần tập trung hơn vào đối tượng ĐD/HS dưới 25 tuổi. Trong NC này, khi phân tích các yếu tố liên quan, NC mới đề cập đến các yếu tố như giới tính, chức danh, tuổi, trình độ học vấn, thâm niên công tác, khối làm việc, đào tạo AIDET mà chưa đề cập đến các yếu tố khác quan khác như NB, môi trường và điều kiện làm việc cũng như sự hỗ trợ, giám sát của các đơn vị, phòng/ban... NC của chúng tôi sử dụng phương pháp giám sát trực tiếp thông qua bảng kiểm tại các đơn vị nội trú, chưa thực hiện đánh giá về giao tiếp của ĐD/HS tại các đơn vị ngoại trú và chưa thông qua khảo sát sự hài lòng của NB.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ thực hiện các bước của mô hình giao tiếp AIDET tại BV Đa khoa Tâm Anh đạt mức cao, từ 93% trở lên cho tất cả các bước. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giao tiếp AIDET đạt chuẩn với tuổi (dưới 25 và từ 25 trở lên).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Đề xuất cải thiện đào tạo cho các ĐD/HS tuổi dưới 25, đồng thời tiếp tục duy trì và nâng cao hiệu quả giao tiếp AIDET trong BV.

Mở rộng NC tại các đơn vị ngoại trú, đánh giá giao tiếp thông qua sự hài lòng của NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thu Hòa** (2017). Thực trạng giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 453, số 1 tháng 4 năm 2017, trang 119-123.
2. **Triệu Bích Ngân, Lâm Thành Đạt, Lê Hồng Quyên và cộng sự** (2021). Đánh giá thực trạng kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng theo mô hình AIDET tại bệnh viện Phụ sản TP Cần Thơ năm 2021. Báo cáo của bệnh viện Phụ sản Cần Thơ. https://bvphusanct.com.vn/DesktopModules/NEWS/DinhKem/534_11.-Trieu-Bich-Ngan.pdf
3. **Nguyễn Thị Phương, Lê Thị Tuyết và Hoàng Công Thực** (2022). Đánh giá thực trạng giao tiếp của điều dưỡng, kỹ thuật viên và nữ hộ sinh đối với người bệnh tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh. Tạp Chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, 47(6), 67-72.
4. **Trần Thị Thanh Trúc, Trần Thụy Khánh Linh và Faye Hummel** (2019). Đánh giá sự hài lòng của người bệnh say phẫu thuật khi điều dưỡng ứng dụng mô hình AIDET. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 23(5), 176-179.
5. **Trần Lê Yên, Phan Võ Hoàng Vy, Trần Thị Mỹ và cộng sự** (2022). Khảo sát yếu tố liên quan đến thực hành giao tiếp của sinh viên Điều dưỡng Đại học Đông Á theo mô hình AIDET khi thực tập tại bệnh viện. Tạp chí Khoa học Đại học Đông Á, Tập 1 số 4 tháng 12 năm 2022, trang 28-41.
6. **Kun F, Shuping L and Sufen L** (2020). Application and effect evaluation on Acknowledge-Introduce-Duration-Explanation-Thank you (AIDET) communication mode in cataract daytime operation nursing. AES Annals of eys science Vol 5 (June 2020).
7. **Shilpa J. Register, Erin Blanchard, April Belle et al** (2020). Using AIDET® Education Simulations to Improve Patient Experience Scores, Clinical Simulation in Nursing, Volume 38, 2020, Pages 14-17.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐÔNG CỨNG BẰNG TIÊM ACID HYALURONIC DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

Nguyễn Thị Phương¹, Nguyễn Thị Kim Loan¹, Đặng Hồng Hoa¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Viêm quanh khớp vai thể đông cứng là một trong các bệnh lý cơ xương khớp thường gặp, biểu hiện bằng tình trạng đau khớp, kèm theo cứng khớp làm hạn chế cả tầm vận động chủ động và thụ động ở tất cả các động tác của khớp. Hơn 2% dân số có khả năng mắc bệnh, đặc biệt ở phụ nữ lớn tuổi. Có tới 40% người bệnh có triệu chứng dai dẳng và hạn chế vận động kéo dài hơn 3 năm và 15% các trường hợp để lại di chứng. Tiêm Acid Hyaluronic vào khớp vai là 1 liệu pháp an toàn, giúp giảm triệu chứng đông cứng, cải thiện tầm vận động khớp vai.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả tiêm khớp vai bằng Acid Hyaluronic trên người bệnh viêm quanh khớp vai thể đông cứng dưới hướng dẫn siêu âm.

Đối tượng nghiên cứu: Nhóm can thiệp gồm 22 người bệnh viêm quanh khớp vai thể đông cứng được tiêm khớp vai bằng acid Hyaluronic, nhóm chứng gồm 22 người bệnh viêm quanh khớp vai thể đông cứng được tiêm nong khớp vai bằng corticosteroid tại khoa Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội từ tháng 11/2022 đến tháng 05/2024.

Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu, theo dõi dọc, can thiệp có nhóm chứng.

Kết quả: Tiêm khớp vai bằng acid Hyaluronic cải thiện triệu chứng đau, tầm vận động khớp vai ở động tác gập, gấp, xoay trong ($p < 0,05$), hiệu quả tương đương với biện pháp tiêm nong khớp vai bằng corticoid ($p > 0,05$), cải thiện tầm vận động khớp vai ở động tác xoay ngoài hơn nhóm tiêm corticosteroid ($p < 0,05$) trên người bệnh viêm quanh khớp vai thể đông cứng.

Kết luận: Tiêm khớp vai bằng acid hyaluronic cải thiện triệu chứng đau và tầm vận động khớp vai trên người bệnh viêm quanh khớp vai thể đông cứng ($p < 0,05$). Đây là 1 lựa chọn hiệu quả trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng.

Từ khóa: Viêm quanh khớp vai thể đông cứng, Acid Hyaluronic.

SUMMARY

THE EFFECT OF ULTRASOUND- GUIDED INTRA-ARTICULAR HYALURONIC ACID INJECTION IN FROZEN SHOULDER

Background: Frozen shoulder is one of the common musculoskeletal diseases characterized by joint pain, accompanied by stiffness that limits both the active and passive range of motion in the shoulder. More than 2% of the population is likely to get the disease, especially in older women, up to 40% of patients have persistent symptoms and limited movement lasting more than 3 years, and 15% of cases get

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương
SĐT: 0377559959

Email: phuonbg1510@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/7/2024

Ngày duyệt bài: 13/8/2024

sequelae. Injecting Hyaluronic acid into the shoulder joint is a safe therapy to reduce stiffness symptoms and improve the shoulder joint range of motion.

Objective: Investigate whether intra-articular Hyaluronic Acid administration facilitates symptomatic pain relief and functional improvements in patients diagnosed with frozen shoulder.

Subjects: The research group included 22 patients with frozen shoulders who were injected with Hyaluronic Acid to expand the shoulder joint, and the control group included 22 patients with frozen shoulders who were injected with corticosteroids at the Rheumatology Department in Tam Anh Hospital from November 2022 to 2024.

Methods: prospective, longitudinal follow-up, intervention with the control group.

Results: Hyaluronic acid injection improved pain symptoms and shoulder joint range of motion in abduction, flexion movements and internal rotation ($p < 0.05$), equivalent to the corticosteroids injection ($p > 0.05$). However, Hyaluronic acid injection was observed to facilitate functional recovery in external rotation compared to the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: Injecting Hyaluronic acid into the shoulder joint improve symptoms of pain and range of motion of the shoulder joint in patients with frozen shoulders ($p < 0.05$). This is an effective option in the treatment of frozen shoulder.

Keywords: Frozen shoulder, Hyaluronic Acid

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai thể đông cứng là một trong những rối loạn phổ biến nhất trong y học thể thao với tỷ lệ mắc chiếm 2–5% dân số. Bệnh phổ biến hơn ở phụ nữ và người già. Bệnh gây đau khớp, kèm theo cứng khớp, hạn chế tầm vận động cả chủ động và

thụ động ở tất cả các động tác của khớp vai, gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới chất lượng cuộc sống người bệnh. Theo một số thống kê, có tới 40% người bệnh có triệu chứng dai dẳng và hạn chế vận động kéo dài hơn 3 năm, trong đó 15% người bệnh để lại di chứng¹. Người ta ước tính có hơn 14.180 trường hợp cần can thiệp phẫu thuật mỗi năm ở Anh, làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe và mang lại gánh nặng bệnh tật².

Tiêm Acid Hyaluronic đã được chứng minh có tác dụng giảm viêm, kích thích tổng hợp Acid Hyaluronic nội sinh, qua đó giảm đau và cải thiện chức năng của khớp. Tiêm khớp dưới sự hướng dẫn của máy siêu âm giúp bác sĩ đưa thuốc chính xác vào vị trí khớp tổn thương. Đã có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả tiêm khớp vai bằng Acid Hyaluronic trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng với kết quả cho thấy đây là 1 liệu pháp an toàn, giúp giảm triệu chứng đông cứng, cải thiện tầm vận động khớp vai. Tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu đánh giá hiệu quả biện pháp tiêm khớp vai bằng Acid Hyaluronic điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng còn hạn chế. Vì vậy mà chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: **“Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng bằng tiêm Acid Hyaluronic dưới hướng dẫn siêu âm”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 44 người bệnh được chẩn đoán lâm sàng viêm quanh khớp vai thể đông cứng với đầy đủ siêu âm, xquang để loại trừ các nguyên nhân khác gây đau vai tại khoa Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ

tháng 11/2022 đến tháng 5/2024. Các người bệnh cùng được hướng dẫn tập một bài tập phục hồi chức năng, được điều trị các thuốc phối hợp: giảm đau, chống viêm, giãn cơ tương tự nhau.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đông cứng dựa trên tiêu chuẩn lâm sàng và siêu âm.

- Người bệnh có VAS ≥ 6 .

- Kém đáp ứng với vật lý trị liệu, NSAIDs.

- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh có nhiễm khuẩn toàn thân và vị trí tiêm.

- Viêm khớp nhiễm khuẩn, chấn thương gãy xương, rối loạn đông máu, các tổn thương bệnh lý khớp vai khác: chấn thương, viêm gân chóp xoay, viêm gân vôi hoá,...

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp: tiến cứu, can thiệp điều trị, theo dõi dọc, có nhóm chứng.

- Chọn mẫu thuận tiện, phân ngẫu nhiên người bệnh vào 2 nhóm.

+ Nhóm 1: 22 người bệnh được tiêm khớp vai bằng 2,5 ml Hyaluronic (chế phẩm Go-on) vào khớp vai mỗi tuần trong 5 tuần liên tiếp dưới hướng dẫn của máy siêu âm.

+ Nhóm 2: 22 người bệnh được bơm nong tách dính khớp vai bằng hỗn hợp 1ml Diprospan (5mg Betamethasone dipropionate + 2mg betamethasone disodium phosphate), 1ml Lidocain và nước cất dưới hướng dẫn của máy siêu âm để bóc tách tối đa túi hoạt

dịch khớp vai. Lượng dịch trung bình chúng tôi sử dụng trong bơm nong khớp vai tại nhóm 2 là 18,5 ml. Người bệnh được chỉ định nong tối đa 3 lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1 tuần, nếu lần 1 đã đạt hiệu quả điều trị sẽ ngừng nong lần 2 và 3. Nếu nong lần 2 đã đạt hiệu quả điều trị sẽ ngừng nong lần 3.

- Đánh giá thang điểm đau VAS (từ 0 đến 10), thang điểm đau và giảm chức năng vai SPADI toàn phần, đo tầm vận động khớp vai ở 4 động tác cơ bản: gấp, giạng, xoay ngoài, xoay trong bằng cách dùng thước đo chuyên dụng tại các thời điểm trước can thiệp (T0), sau can thiệp 2 tuần (T2), 4 tuần (T4), 6 tuần (T6), và 8 tuần (T8). Tác dụng không mong muốn được ghi nhận ở tất cả các thời điểm nghiên cứu.

- Kỹ thuật tiêm khớp vai dưới siêu âm:

+ Chúng tôi sử dụng máy siêu âm Voluson S8, đầu dò 9 – 12 Hz siêu âm xác định vị trí bao hoạt dịch khớp vai. Thủ thuật được tiến hành trong phòng tiêm khớp vô trùng phù hợp với thủ thuật loại III trở lên.

+ Gây tê da và tổ chức dưới da bằng lidocain từ nông vào sâu.

+ Dùng kim 20G đưa vào ổ khớp dưới hướng dẫn của máy siêu âm. Chú ý tránh làm tổn thương các cấu trúc mạch, thần kinh.

+ Khi đầu kim vào trong ổ khớp, cố định đầu kim thật tốt rồi bơm hỗn hợp thuốc vào trong khớp.

+ Rút kim, sát khuẩn lại, băng tại chỗ.

+ Dẫn dò người bệnh sau làm thủ thuật.

2.3. Phân tích số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 27.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

		Nhóm can thiệp (n=22)	Nhóm chứng (n=22)	P
Tuổi (năm)		65 ± 11,79	61,64 ± 8,99	0,29
Giới	Nam	6 (27,30%)	3 (13,60%)	0,46
	Nữ	16 (72,70%)	19 (86,40%)	
BMI		23,86 ± 4,88	22,41 ± 2,54	0,23
Thời gian mắc bệnh (tháng)		6,18 ± 8,76	5,02 ± 7,66	0,64
Tiền sử bệnh	Khỏe mạnh	6 (27,30%)	7 (31,80%)	0,93
	Đái tháo đường	2 (9,10%)	2 (9,10%)	
	Bệnh tim mạch	8 (36,4%)	6 (27,3%)	
	Khác	6 (27,3%)	7 (31,8%)	
Vị trí vai tổn thương	Vai phải	12 (54,5%)	14 (63,6%)	0,54
	Vai trái	10 (45,5%)	8 (36,4%)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm can thiệp là 65 ± 11,79. Tuổi người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là từ 44 – 84 tuổi. Nữ giới chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu với tỷ lệ nữ/nam là 72,7%/27,3%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tiêm Acid Hyaluronic với nhóm tiêm Corticosteroid về tuổi, giới, chỉ số BMI, thời

gian mắc bệnh, tiền sử mắc bệnh và vị trí tổn thương khớp vai.

3.2. Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng bằng phương pháp tiêm khớp vai acid Hyaluronic dưới hướng dẫn của máy siêu âm

3.2.1. Đánh giá kết quả điều trị dựa trên thang điểm đau VAS

Bảng 2: Thay đổi chỉ số đau VAS tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	Nhóm can thiệp (n=22)	Nhóm chứng (n=22)	p
T0	7,64 ± 1,05	7,72 ± 1,08	0,78
T2	4,32 ± 0,89	4,18 ± 0,80	0,60
T4	3,14 ± 0,94	3,27 ± 0,63	0,58
T6	2,36 ± 1,09	2,32 ± 0,65	0,87
T8	1,82 ± 1,1	1,77 ± 0,81	0,88
p	p < 0,05	p < 0,05	

Nhận xét: Điểm đau VAS trung bình của nhóm can thiệp tại thời điểm trước khi can thiệp là 7,64 ± 1,05, không có sự khác biệt với nhóm chứng (p > 0,05). Sự cải thiện điểm đau theo thang điểm VAS được ghi nhận tại thời điểm sau 2 tuần và duy trì đến tuần thứ 8. Sau 8 tuần điều trị, điểm đau VAS trung bình

giảm 5,81 ± 1,41 điểm, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê (p < 0,05), tương đương với nhóm tiêm corticosteroid (p > 0,05).

3.2.2. Đánh giá kết quả điều trị dựa trên thang điểm đau và giảm chức năng vai SPADI

Bảng 3: Đánh giá kết quả điều trị dựa trên thang điểm SPADI

Thời điểm	Nhóm can thiệp (n=22)	Nhóm chứng (n=22)	p
T0	75,18 ± 8,57	77,77 ± 9,68	0,35
T2	45,50 ± 9,29	44,32 ± 7,29	0,64
T4	34,32 ± 9,48	35,00 ± 5,24	0,77
T6	27,04 ± 9,44	26,27 ± 5,44	0,74
T8	19,86 ± 10,20	18,77 ± 7,3	0,69
p	p < 0,05	p < 0,05	

Nhận xét: Điểm đau và giảm chức năng vai theo thang điểm SPADI trước khi can thiệp là 75,18 ± 8,57, không có sự khác biệt với nhóm tiêm Corticosteroid (p > 0,05). Sự cải thiện điểm đau và chức năng vai theo thang điểm SPADI được ghi nhận tại thời điểm sau 2 tuần và duy trì đến tuần thứ 8.

Sau 8 tuần điều trị, điểm SPADI trung bình giảm còn 19,86 ± 10,2 điểm, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê (p < 0,05), tương đương với nhóm chứng (p > 0,05).

3.2.3. Đánh giá sự cải thiện tầm vận động khớp vai

Bảng 4: Đánh giá cải thiện tầm vận động khớp vai

Chỉ số đánh giá		Góc gấp	Góc dạng	Xoay trong	Xoay ngoài
T0	Nhóm can thiệp (n=22)	72,5° ± 28,06°	96,36° ± 8,64°	51,36° ± 9,78°	52,73° ± 7,36°
	Nhóm chứng (n=22)	82,05° ± 26,84°	88,64° ± 19,83°	50,45° ± 10,57°	48,18° ± 8,52°
T2	Nhóm can thiệp (n=22)	104,09° ± 27,89°	122,05° ± 11,20°	64,09° ± 7,82°	65,68° ± 7,76°
	Nhóm chứng (n=22)	105,91° ± 23,84°	113,64° ± 17,87°	65,68° ± 11,68°	62,27° ± 7,03°
T4	Nhóm can thiệp (n=22)	124,55° ± 27,56°	138,41° ± 12,67°	76,14° ± 8,16°	75,23° ± 8,08°
	Nhóm chứng (n=22)	128,64° ± 19,35°	131,14° ± 16,42°	74,32° ± 8,21°	74,32° ± 8,35°
T6	Nhóm can thiệp (n=22)	146,82° ± 25,71°	157,52° ± 13,78°	82,50° ± 7,83°	81,82° ± 7,49°
	Nhóm chứng (n=22)	149,55° ± 16,76°	153,41° ± 10,62°	78,95° ± 6,15°	80,45° ± 7,39°
T8	Nhóm can thiệp (n=22)	157,96° ± 21,86°	168,64° ± 13,20°	85,00° ± 8,73°	87,64° ± 3,09°
	Nhóm chứng (n=22)	160,91° ± 12,31°	166,82° ± 9,07°	82,73° ± 6,12°	84,31° ± 4,70°
p		p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05

Nhận xét: Sau điều trị, người bệnh đạt được sự cải thiện tầm vận động có ý nghĩa thống kê ở cả 4 động tác tại tất cả các thời điểm nghiên cứu (p < 0,05). Trong đó, nhóm can thiệp đạt được sự cải thiện tầm vận động khớp vai tương đương nhóm tiêm Corticosteroid ở động tác gấp, dạng và xoay trong (p > 0,05). Tại động tác xoay ngoài,

nhóm tiêm Acid Hyaluronic đạt được sự cải thiện tốt hơn nhóm chứng (p < 0,05).

3.3. Tác dụng không mong muốn:

Trong nhóm can thiệp của chúng tôi chỉ ghi nhận 1 người bệnh gặp tác dụng không mong muốn là đau tăng sau tiêm (tỷ lệ 4,55%), không có sự khác biệt với nhóm chứng (p > 0,05). Ngoài ra không gặp các tác dụng không mong muốn khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm can thiệp là $65 \pm 11,79$ tuổi. Nữ giới chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu với tỷ lệ nữ/nam là 72,7%/27,3%. Kết quả này của chúng tôi tương đương với nhiều nghiên cứu của các tác giả trước đây. Năm 2021, Vũ Thị Thanh Hoa và cộng sự tiến hành nghiên cứu 150 người bệnh viêm quanh khớp vai thể đông cứng thu được kết quả tuổi trung bình là $56,87 \pm 9,06$, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam³. Năm 1998, Rovetta và Montefote nghiên cứu 30 người bệnh viêm quanh khớp vai thể đông cứng có tuổi trung bình là $65,8 \pm 9,1$ tuổi⁴. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu hiện có, viêm quanh khớp vai thể đông cứng gặp nhiều hơn ở phụ nữ và chủ yếu trong độ tuổi 40 – 70 tuổi⁵. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ người bệnh bị đái tháo đường là 9,8%. Các nghiên cứu trước đây đã ghi nhận viêm quanh khớp vai thể đông cứng có nguy cơ xảy ra cao hơn trên những người bệnh bị đái tháo đường. Tỷ lệ đông cứng vai ở người bệnh tiểu đường có thể thay đổi từ 10,8% đến 30%⁶.

4.2. Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng bằng phương pháp tiêm khớp vai acid Hyaluronic dưới siêu âm

Go-on là chế phẩm có hoạt chất Hyaluronan (Acid Hyaluronic) với trọng lượng 1400 kDa là trọng lượng phân tử trung bình, có tác dụng giảm viêm và bổ sung chất nhờn vào khớp, kích thích tế bào sụn tiết ra chất nhờn nội sinh, tạo điều kiện cho khớp tổn thương được phục hồi. Như vậy tiêm

acid Hyaluronic đã giải quyết được vấn đề trong cơ chế bệnh sinh của viêm quanh khớp vai thể đông cứng là chống viêm và đồng thời bổ sung chất nhờn vào bao khớp, góp phần bóc tách khớp vai viêm dính, trả lại tầm vận động khớp vai.

Viêm quanh khớp vai thể đông cứng là một bệnh phổ biến nằm trong nhóm bệnh lý viêm quanh khớp vai. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng như điều trị nội khoa, tiêm nội khớp vai, tiêm nông khớp vai kết hợp vật lý trị liệu, đông y hoặc phẫu thuật bóc tách bao khớp. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả của biện pháp tiêm nông khớp vai bằng hỗn dịch chứa corticoid trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng giúp người bệnh giảm đau, cải thiện tầm vận động khớp vai⁷. Tại Việt Nam đã có các nghiên cứu chứng minh hiệu quả của biện pháp tiêm nông khớp vai bằng hỗn dịch có chứa corticosteroid trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng như nghiên cứu của Nguyễn Văn Sơn (2013), Nguyễn Thị Bảo Thoa (2015)... Tuy nhiên, tiêm nông khớp vai bằng corticosteroid có thể gây ra 1 số tác dụng không mong muốn như tăng huyết áp, gây tăng đường máu trên bệnh nhân đái tháo đường có đường máu kiểm soát kém, tăng nguy cơ viêm dạ dày, xuất huyết tiêu hoá trên bệnh nhân có nguy cơ cao, thậm chí có thể gây suy thận trên những bệnh nhân phải sử dụng nhắc đi nhắc lại nhiều lần,... Trong khi đó, tỷ lệ người bệnh đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao trong viêm quanh khớp vai thể đông cứng, nên sẽ có nhiều người bệnh gặp nguy cơ tăng đường máu khi sử dụng Corticosteroid. Vì vậy, hiện nay có

nhiều nghiên cứu đã và đang được tiến hành để đánh giá hiệu quả của các chế phẩm thay thế Corticosteroid trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng như Acid Hyaluronic, collagen, huyết tương giàu tiểu cầu, tế bào gốc,... Để đánh giá tác dụng của Acid Hyaluronic, chúng tôi tiến hành nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị của tiêm Acid Hyaluronic vào khớp vai với tiêm nong khớp vai bằng Corticoid trên người bệnh viêm quanh khớp vai thể đông cứng dưới hướng dẫn của máy siêu âm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các người bệnh đều đạt được sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ở các thang điểm đau VAS, điểm SPADI toàn phần và tầm vận động khớp vai từ sau 2 tuần và sự cải thiện duy trì đến sau 8 tuần theo dõi ($p < 0,05$). Điểm đau VAS trung bình của nhóm can thiệp tại thời điểm trước khi can thiệp là $7,64 \pm 1,05$. Sau 8 tuần điều trị, điểm đau VAS trung bình giảm $5,81 \pm 1,41$ điểm, tương đương với nhóm tiêm Corticosteroid ($p > 0,05$). Năm 2014, Tae Kang Lim và cộng sự nghiên cứu 68 người bệnh viêm quanh khớp vai thể đông cứng, điểm VAS giảm từ $7,2 \pm 2,2$ xuống $4,7 \pm 1,9$ sau 2 tuần ($p < 0,05$) và đạt $3,9 \pm 2,4$ ở tuần 12, không có sự khác biệt giữa nhóm tiêm Acid Hyaluronic và Corticosteroid ($p > 0,05$)⁸. Như vậy cả Lim và chúng tôi đều ghi nhận sự cải thiện có ý nghĩa thống kê trên thang điểm đau VAS ở nhóm tiêm Hyaluronic tương đương với nhóm tiêm corticosteroid. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều tác giả khác.

Điểm đau và giảm chức năng vai theo thang điểm SPADI trước khi can thiệp là $75,18 \pm 8,57$, không có sự khác biệt với

nhóm tiêm Corticoid ($p > 0,05$). Sau 8 tuần điều trị, điểm SPADI trung bình giảm còn $19,86 \pm 10,2$ điểm, tương đương với nhóm chứng ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Park so sánh 45 người bệnh viêm quanh khớp vai thể đông cứng tiêm Acid Hyaluronic và 55 người bệnh tiêm corticoid (2013) nhận thấy không có sự khác biệt cải thiện điểm SPADI giữa 2 nhóm⁹.

Nghiên cứu tầm vận động khớp vai, chúng tôi nhận thấy nhóm can thiệp đạt được sự cải thiện tầm vận động khớp vai tương đương nhóm chứng ở động tác gấp, dạng và xoay trong ($p > 0,05$). Quan sát tầm vận động khớp vai ở động tác xoay ngoài, chúng tôi thấy rằng nhóm tiêm Acid Hyaluronic đạt được sự cải thiện tốt hơn nhóm chứng ($p < 0,05$). Kết quả này tương đương với các tác giả khác như nghiên cứu của Park năm 2013 hay nghiên cứu tổng hợp của BeniMao năm 2022. Năm 2022, BeniMao tiến hành đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng để nghiên cứu hiệu quả tiêm Acid Hyaluronic vào khớp vai đông cứng gồm 7 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên với 504 người bệnh. Kết quả cho thấy tiêm khớp vai đông cứng bằng Acid Hyaluronic đạt được hiệu quả tương đương các biện pháp khác trong việc cải thiện tầm vận động khớp vai ở động tác gấp và dạng ($p > 0,05$)⁴. Hơn nữa, tiêm Acid Hyaluronic vào khớp vai đông cứng được cho là tạo điều kiện cho người bệnh phục hồi tầm vận động tốt hơn trong động tác xoay ngoài so với các phương pháp điều trị khác ($p = 0,003$)⁴.

Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tiêm khớp vai bằng Acid Hyaluronic có hiệu quả tương đương biện

pháp tiêm nong khớp vai bằng Corticosteroid trong việc cải thiện triệu chứng đau, tầm vận động khớp vai ở động tác gấp, dạng, xoay trong. Tiêm Acid Hyaluronic vào khớp vai cải thiện tầm vận động khớp vai động tác xoay ngoài tốt hơn nhóm tiêm Corticosteroid. Có thể áp dụng điều trị người bệnh viêm quanh khớp vai thể đông cứng bằng biện pháp tiêm Acid Hyaluronic vào khớp vai, đặc biệt trên nhóm người bệnh có nguy cơ gặp các tác dụng không mong muốn khi tiêm Corticosteroid như tăng huyết áp, đường máu kiểm soát kém, nguy cơ xuất huyết tiêu hoá,...

V. KẾT LUẬN

Tiêm khớp vai bằng Acid Hyaluronic là một liệu pháp hiệu quả, giúp cải thiện điểm đau và phục hồi chức năng, cải thiện tầm vận động khớp vai trên người bệnh viêm quanh khớp vai thể đông cứng ($p < 0,05$). Đây là một liệu pháp an toàn, ít tác dụng không mong muốn, không có tác dụng phụ nghiêm trọng. Có thể áp dụng biện pháp tiêm khớp vai bằng acid hyaluronic trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đông cứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dias R, Cutts S, Massoud S.** Frozen shoulder. *BMJ*. 2005;331(7530):1453–1456. doi: 10.1136/bmj.331.7530.1453.
- Kwaees TA, Charalambous CP.** Rates of surgery for frozen shoulder: an experience in England. *Muscles Ligaments Tendons J*. 2015;5(4):276–279.
- Bùi Hoàng Anh, Vũ Thị Thanh Hoa, Hoàng Cường, Nguyễn Minh Sơn, Lê Thu Hà.** Đánh giá kết quả tiêm nong khớp vai bằng corticosteroid dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị đông cứng khớp vai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;502: 106 - 112.
- Mao B, Peng R, Zhang Z, Zhang K, Li J, Fu W.** The Effect of Intra-articular Injection of Hyaluronic Acid in Frozen Shoulder: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *J Orthop Surg Res*. 2022 Mar 3;17(1):128.
- Kingston K, Curry EJ, Galvin JW, Li X.** Shoulder adhesive capsulitis: Epidemiology and predictors of surgery. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2018;27(8): 1437–1443.
- Zreik NH, Malik RA, Charalambous CP.** Adhesive capsulitis of the shoulder and diabetes: A meta-analysis of prevalence. *Muscles Ligaments Tendons J*. 2016;6(1):26–34.
- Nguyễn Thị Bảo Thoa.** Đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm nong khớp vai dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2015.
- Lim TK, Koh KH, Shon MS, Lee SW, Park YE, Yoo JC.** Intra-articular injection of hyaluronate versus corticosteroid in adhesive capsulitis. *Orthopedics*. 2014;37(10):e860–e865. doi: 10.3928/01477447-20140924-51.
- Park KD, Nam HS, Lee JK, Kim YJ, Park Y. T.** Treatment effects of ultrasound-guided capsular distension with hyaluronic acid in adhesive capsulitis of the shoulder. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013;94(2):264–270.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U CƠ TRƠN TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Hiền¹, Hoàng Đức Thăng¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị UCTTC bằng phương pháp can thiệp nút động mạch tử cung dưới hướng dẫn DSA.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm 50 ca bệnh UCTTC được điều trị bằng phương pháp nút mạch từ 7/2021 đến 12/2023.

Kết quả: Bệnh nhân hết đau bụng sau 1, 3, 6 tháng can thiệp lần lượt là 52,9%, 85,3% và 94,1%. Bệnh nhân hết rong kinh sau 1, 3, 6 tháng can thiệp lần lượt là 26,2%, 61,9% và 80,9%. Tỷ lệ giảm thể tích khối u sau 1, 3, 6 tháng lần lượt là $23,6 \pm 19,5\%$; $37,9 \pm 19,0\%$ và $53,8 \pm 16,5\%$.

Kết luận: Nút mạch điều trị UCTTC là phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu, bảo tồn tử cung, giúp cải thiện triệu chứng và làm giảm thể tích khối u.

Từ khóa: U cơ trơn tử cung, Nút động mạch tử cung.

SUMMARY

UTERINE ARTERY EMBOLIZATION FOR TREATMENT OF UTERINE LEIOMYOMAS AT HA NOI TAM ANH GENERAL HOSPITAL

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Thăng
SĐT: 0934648936

Email: hoang.thang.yhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 24/7/2024

Ngày duyệt bài: 08/8/2024

Background: Uterine fibroids (also known as leiomyomas) are the most common form of benign uterine tumors. Clinical presentations include abnormal bleeding, pelvic masses, pelvic pain, infertility, bulk symptoms and obstetric complications. There are some treatment therapies, the purpose of this study is to evaluate uterine artery embolization (UAE) for the treatment of uterine fibroids.

Objective: We aimed to evaluate the effectiveness of UAE in treating uterine fibroids patients.

Method: A descriptive study on 50 patients who had uterine fibroids and were treated by UAE.

Results: Post-intervention 1.3 and 6 months, mean fibroids volume was significantly reduced $23.6 \pm 19.5\%$; $37.9 \pm 19.0\%$ and $53.8 \pm 16.5\%$; improvement in pelvic pain 52.9%, 85.3%, 94.1%; improvement in menorrhagia 26.2%, 61.9% and 80.9%.

Conclusion: Uterine artery embolization is a very effective treatment method for patients with uterine fibroids.

Keywords: Uterine fibroids, uterine artery embolization (UAE).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ trơn tử cung (UCTTC) hay u xơ tử cung là khối u lành tính, phát triển từ cơ tử cung và phụ thuộc nội tiết tố¹.

Biểu hiện lâm sàng của UCTTC rất đa dạng, bao gồm đau bụng hạ vị, rối loạn kinh nguyệt, rong kinh, trong đó rong kinh là triệu chứng thường gặp nhất và gây ảnh hưởng

đến sức khỏe của người bệnh². Đặc biệt, UCTTC ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có thể ngăn cản quá trình thụ thai và làm tổ của phôi, là một trong những nguyên nhân gây vô sinh. Còn trên những người phụ nữ có thai, UCTTC có thể gây ra nhiều biến chứng trong thai kì, hay gặp nhất là sảy thai, đẻ non³.

Điều trị UCTTC có nhiều phương pháp như điều trị nội khoa, ngoại khoa bao gồm cắt bỏ tử cung, phẫu thuật bóc khối u. Tuy nhiên, các phương pháp nói trên có thể dẫn đến tình trạng mất kinh, để lại sẹo, mất khả năng sinh sản. Vì vậy, nhiều BN không muốn tiến hành các phẫu thuật, đặc biệt là những phụ nữ trong độ tuổi sinh sản⁴.

Ngày nay, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật mà nhiều phương pháp điều trị mới ít xâm lấn và bảo tồn tử cung đã được phát triển trong đó có kỹ thuật nút động mạch tử cung (UEA)⁵⁻⁷, nguyên lý của phương pháp này là gây tắc mạch nuôi làm khối u không được nuôi dưỡng và nhỏ đi, từ đó làm giảm hoặc mất các triệu chứng lâm sàng mà vẫn bảo tồn được tử cung và khả năng sinh sản. Đây là một phương pháp điều trị mới, hiệu quả và phù hợp với nhu cầu của người bệnh, nhất là những người trong độ tuổi sinh sản⁸.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là: **Đánh giá kết quả điều trị u cơ trơn tử cung bằng phương pháp nút động mạch tử cung.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

BN UCTTC được thăm khám và thực hiện nút mạch điều trị tại Trung tâm CDHA & ĐQCT – BVĐK Tâm Anh Hà Nội từ tháng 7/2021 đến hết tháng 12/2023 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có UCTTC kèm theo các triệu chứng lâm sàng như: đau bụng, rong kinh, sảy thai hay vô sinh...
- Bệnh nhân có nguyện vọng điều trị UCTTC bằng can thiệp nội mạch.
- Phiền đồ tế bào cổ tử cung – âm đạo bình thường.
- Bệnh nhân có các kết quả xét nghiệm về công thức máu, đông máu cơ bản, chức năng gan, chức năng thận bình thường.
- Bệnh nhân tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang viêm nhiễm tử cung, buồng trứng.
- Bệnh nhân đang mang thai.
- U cơ trơn tử cung có cuống FIGO 7 hoặc u xơ dưới thanh mạc, tiếp xúc với thanh mạc trên 50% (FIGO 6).
- Bệnh nhân không được theo dõi đầy đủ sau nút mạch.

2.1.3. Cỡ mẫu

- Cách chọn mẫu: chúng tôi chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ những đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn lựa chọn.
- Cỡ mẫu: 50 bệnh nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.
- Thu thập số liệu: bằng phỏng vấn bộ câu hỏi, khám lâm sàng, xét nghiệm, siêu âm, chụp cộng hưởng từ trước và sau can thiệp theo mẫu bệnh án nghiên cứu.
- Phân tích số liệu theo phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và rút ra nhận xét.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

- Máy siêu âm, máy cộng hưởng từ 1.5 Tesla.

- Máy chụp mạch số hoá xoá nền DSA có phần mềm “Dẫn đường” (Road mapping).

- Vật liệu nút mạch là hạt vi cầu có kích cỡ từ 300-1200 μ m, hạt PVA, keo sinh học Histoacryl và coils.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu đã được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng hoàn toàn tự nguyện, không ép buộc và trên tinh thần hợp tác. Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác. Thông tin hồ sơ bệnh án, tình trạng bệnh lý của người bệnh được giữ bí mật, chỉ cung cấp cho người bệnh để theo dõi quá trình điều trị, không cung cấp cho các cá nhân, tổ chức khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là $41 \pm 5,6$ (24 – 53) tuổi, nhóm tuổi 30 – 49 tuổi chiếm tỷ lệ 96%, trong đó nhóm tuổi 40 – 49 chiếm tỷ lệ lớn nhất là 66%.

3.2. Lý do vào viện

Phần lớn bệnh nhân vào viện do rong kinh (84%), sau đó là đau bụng hạ vị (68%).

3.3. Đặc điểm hình ảnh khối UCTTC trước nút mạch

- Phần lớn khối u trong nhóm nghiên cứu có đường kính trên siêu âm và MRI từ 50mm đến 100mm chiếm tỉ lệ trên 70%.

- Đường kính trung bình của các khối u lớn nhất trên siêu âm là $76,8 \pm 23,5$ mm.

- Đường kính trung bình của các khối u lớn nhất trên MRI là $83,8 \pm 57,6$ mm.

- Số lượng khối u trước can thiệp: Trong số 50 BN nghiên cứu:

+ Trên siêu âm: có 48% số BN có 1 khối u, số BN có 2 khối u chiếm 28% và số BN có từ 3 khối u trở lên chiếm 24%.

+ Trên cộng hưởng từ: có 44% số BN có 1 khối u, số BN có 2 khối u chiếm 30% và có 26% số BN có từ 3 khối u trở lên.

Bảng 3.1. Trọng lượng khối u trước can thiệp

TL khối u (gam)	Trên siêu âm		Trên MRI	
	Số lượng (n=50)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n=50)	Tỷ lệ (%)
< 100	19	38	19	38
100 - < 200	11	22	10	20
200 - < 300	13	26	12	24
≥ 300	7	14	9	18

- Phần lớn khối u trong nhóm nghiên cứu có khối lượng nhỏ dưới 100g chiếm tỉ lệ 38% (cả trên chụp CHT và siêu âm).

- Số BN có khối u trọng lượng trên 300g chiếm tỷ lệ nhỏ nhất với 14% trên siêu âm và 18% trên CHT.

- Trọng lượng trung bình của các khối u lớn nhất trên siêu âm là $207,5 \pm 204,0$ g, trọng lượng khối u lớn nhất là 1027,7g.

- Trọng lượng trung bình của các khối u lớn nhất trên MRI là $209,5 \pm 200,0$ g, trọng lượng khối u lớn nhất là 997,88g.

3.4. Kết quả điều trị UCTTC bằng phương pháp nút động mạch tử cung

3.4.1. Đặc điểm về lâm sàng

a. Số ngày nằm viện

Thời gian nằm viện dưới 2 ngày chiếm tỷ lệ 80%, số ngày nằm viện trung bình $2,25 \pm$

1,78 ngày, không có bệnh nhân nào nằm viện > 7 ngày.

b. Đặc điểm lâm sàng ngay sau nút mạch

- Phần lớn sau can thiệp đau nhẹ hoặc không đau (86%). Số lượng BN rất đau sau can thiệp chiếm tỷ lệ nhỏ (4%).

- Bệnh nhân có triệu chứng đau sau nút

mạch dưới 2 ngày chiếm 96%, không có bệnh nhân đau quá 7 ngày.

- Trong nhóm nghiên cứu hầu hết bệnh nhân không có sốt (88%), có 6 bệnh nhân (12%) sốt nhẹ sau can thiệp.

c. Đánh giá lâm sàng sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng

Bảng 3.2. Tình trạng đau bụng sau can thiệp

Đau bụng	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ %
Hết đau	18	52,9	29	85,3	32	94,1
Giảm	14	41,2	3	8,8	1	2,95
Không giảm	2	5,9	2	5,9	1	2,95

Trong nhóm nghiên cứu số BN hết đau bụng sau can thiệp 1 tháng là 52,9%, tỷ lệ tăng dần đến sau 6 tháng là 94,1%.

Bảng 3.3. Tình trạng rong kinh

Rong kinh	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	Số lượng (n = 42)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n = 42)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n = 42)	Tỷ lệ (%)
Hết rong kinh	11	26,2	26	61,9	34	80,9
Giảm	22	52,4	12	28,6	6	14,3
Không giảm	8	19	3	7,1	1	2,4
Mất kinh	1	2,4	1	2,4	1	2,4

Trong nhóm nghiên cứu có 78,6% hết hoặc giảm rong kinh sau 1 tháng, 90,5% hết hoặc giảm rong kinh sau 3 tháng và 95,2% bệnh nhân hết hoặc giảm rong kinh sau 6

tháng, một trường hợp hết kinh hoàn toàn.

3.4.2. Kết quả sau can thiệp

a. Trên siêu âm

- Trọng lượng khối u

Bảng 3.4. Tỷ lệ giảm trọng lượng khối u sau can thiệp trên siêu âm

Thời điểm	Trọng lượng khối u (g)	Tỷ lệ giảm trọng lượng khối u (%)	p
Trước can thiệp (g) (n = 50)	207,55 ± 204,0	23,6 ± 19,5	0,031
Sau 1 tháng (g) (n = 50)	156,4 ± 144,2		
Trước can thiệp (g) (n = 50)	207,55 ± 204,0	37,9 ± 19,0	0,014
Sau 3 tháng (g) (n = 50)	127,0 ± 116,3		
Trước can thiệp (g) (n = 43)	201,1 ± 194,0	53,8 ± 16,5	< 0,001
Sau 6 tháng (g) (n = 43)	94,6 ± 98,0		

Tỷ lệ giảm trọng lượng khối u sau 1 tháng là 23,6 ± 19,5%, sau 3 tháng là 37,9 ± 19,0% và sau 6 tháng là 53,8 ± 16,5%, sự khác biệt so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê.

- Kích thước khối u

Bảng 3.5. Tỷ lệ giảm kích thước khối u sau can thiệp trên siêu âm

Thời điểm	Kích thước khối u (mm)	Tỷ lệ giảm đường kính khối u (%)	P
Trước can thiệp (mm) (n = 50)	76,9 ± 23,5	14,6 ± 11,1	< 0,001
Sau 1 tháng (mm) (n = 50)	67,5 ± 20,7		
Trước can thiệp (mm) (n = 50)	76,9 ± 23,5	19,3 ± 15,2	< 0,001
Sau 3 tháng (mm) (n = 50)	61,3 ± 19,9		
Trước can thiệp (mm) (n = 43)	76,9 ± 23,5	25,2 ± 15,9	< 0,001
Sau 6 tháng (mm) (n = 43)	56,0 ± 29,1		

Tỷ lệ giảm kích thước khối u sau 1 tháng là 14,6 ± 11,1%, sau 3 tháng là 19,3 ± 15,2% và sau 6 tháng là 25,2 ± 15,9%, sự khác biệt so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê.

b. Trên cộng hưởng từ

- Trọng lượng khối u

Bảng 3.6. Tỷ lệ giảm trọng lượng khối u sau can thiệp trên MRI.

TL giảm TL	Trọng lượng khối u (g)	Tỷ lệ giảm trọng lượng khối u (%)	P
Trước can thiệp (g) (n= 27)	170,9 ± 32,9	23,2 ± 18,3	0,030
Sau 3 tháng (g) (n = 27)	95,5 ± 18,3		
Trước can thiệp (g) (n = 12)	145,8 ± 81,6	28,7 ± 13,5	0,008
Sau 6 tháng (g) (n = 12)	51,8 ± 15,0		

Tỷ lệ giảm trọng lượng khối u sau 3 tháng là 23,2 ± 18,3% và sau 6 tháng là 28,7 ± 13,5%, sự khác biệt so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê.

- Kích thước khối u

Bảng 3.7. Tỷ lệ giảm kích thước khối u sau can thiệp trên MRI

Tỷ lệ giảm KT	Kích thước khối u (mm)	Tỷ lệ giảm kích thước khối u (%)	P
Trước can thiệp (mm) (n = 27)	77,7 ± 20,8	18,7 ± 13,5	0,009
Sau 3 tháng (mm) (n= 27)	63,3 ± 19,0		
Trước can thiệp (mm) (n = 12)	68,0 ± 14,7	23,1 ± 9,4	0,011
Sau 6 tháng (mm) (n = 12)	51,2 ± 14,0		

Tỷ lệ giảm kích thước khối u sau 3 tháng là 18,7 ± 13,5%, sau 6 tháng 23,1 ± 9,4%, sự khác biệt so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân u cơ trơn trong cơ tử cung

4.1.1. Tuổi

Trong số 50 BN ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi với tuổi trung bình là 41.0 ± 5.6 , (nhỏ nhất 24 tuổi, lớn nhất 53 tuổi), nhóm tuổi 40-49 chiếm tỷ lệ lớn nhất 66%, đương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Hiền năm 2011 thực hiện trên 108 BN với tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $39,4 \pm 6,7$ tuổi.

4.1.2. Lý do vào viện

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân vào viện do rong kinh (84%), sau đó là đau bụng hạ vị (68%), một số ít BN vào viện do thiếu máu (12%), sờ thấy khối hạ vị (12%) và rối loạn tiểu tiện (10%). Từ đó cho thấy một số BN vào viện với các khối u lớn, đã có các biến chứng do u chèn ép như rối loạn tiểu tiện, kích thích thần kinh gây đau bụng và một số khối u lớn, sát niêm mạc gây chảy máu với số lượng nhiều gây thiếu máu.

4.1.3. Số ngày nằm viện sau nút mạch tử cung

Tỷ lệ nằm viện dưới 2 ngày chiếm 80%, số ngày nằm viện trung bình là 2,25 ngày. Các bệnh nhân phải nằm viện từ 3 - 7 ngày sau nút mạch là do có một số bệnh lý khác kèm theo như thiếu máu, dùng giảm đau sau nút mạch

Theo nghiên cứu của chúng tôi, cùng các tác giả trong và ngoài nước đều thấy thời gian bệnh nhân phải nằm lại viện sau nút động mạch tử cung là rất ngắn (khoảng 2 - 3 ngày). Như vậy nút ĐMTC trong điều trị UCTTC là một phương pháp điều trị can thiệp có số ngày nằm viện sau thủ thuật ngắn.

4.3. Kết quả sau nút mạch

4.3.1. Hiệu quả sau nút mạch

a. Thời gian theo dõi sau nút mạch

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% BN được theo dõi bằng siêu âm trong vòng 6 tháng, 27 BN được theo dõi bằng CHT sau 3 tháng và 12 BN được theo dõi bằng CHT sau 6 tháng.

b. Triệu chứng lâm sàng sau nút mạch 1 tuần.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn BN không đau hoặc đau nhẹ với điểm VAS 1 – 3/10 chiếm tỷ lệ 86%, số BN đau vừa (VAS 4 – 6/10) chiếm tỷ lệ 10% và rất đau (VAS > 6/10) chiếm tỷ lệ 4%. Ngoài ra, có một số BN có dấu hiệu nôn, buồn nôn, tuy nhiên chỉ diễn ra trong thời gian can thiệp và tự thoái triển trong ngày.

Ngoài ra, trong nhóm nghiên cứu có 6 BN (10%) sốt nhẹ sau can thiệp, trong đó có 2 BN đường kính khối u lớn nhất > 10cm, 4 BN đường kính khối u lớn nhất < 10cm. Do trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các BN được sử dụng kháng sinh trước và ngay sau can thiệp nút tắc ĐM tử cung với thời gian sử dụng kháng sinh sau can thiệp từ 3 đến 5 ngày. Các BN có sốt sau can thiệp do hoại tử vô trùng gây nên triệu chứng sốt của BN.

c. Đặc điểm lâm sàng sau can thiệp mạch 1, 3, 6 tháng

Sau can thiệp mạch các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân giảm rõ rệt. Với triệu chứng đau bụng số BN hết đau sau can thiệp 1 tháng là 52,9%, tỷ lệ tăng dần đến sau 6 tháng là 94,1%. Với triệu chứng rong kinh có 11 BN (26,2%) hết rong kinh 22 BN (52,4%) giảm rong kinh sau 1 tháng điều trị. Sau 3 tháng điều trị, có 26 BN (61,9%) hết rong kinh và sau 6 tháng điều trị có 34 BN (80,9%) hết rong kinh.

Trong số các BN có triệu chứng đau bụng kinh trước khi nút mạch, phần lớn bệnh nhân hết đau sau can thiệp, có 2 BN không giảm sau 1 tháng và 1 BN không giảm sau 6 tháng can thiệp.

Sau can thiệp có một trường hợp hết kinh hoàn toàn, đó là bệnh nhân nữ 46 tuổi có khối u xơ lớn ở dưới niêm mạc đáy tử cung (kích thước 58x67x82mm, xếp loại FIGO 2), bệnh nhân có triệu chứng đau bụng, rong kinh và không còn nhu cầu sinh con, vì vậy chúng tôi đã trao đổi trước với người bệnh thực hiện nút mạch triệt để khối u bằng hạt và tắc cuống nuôi bằng keo sinh học Histoacryl, kèm theo tắc động mạch buồng trứng hai bên, sau can thiệp bệnh nhân có triệu chứng tức bụng rồi giảm dần sau 02 tuần, kích thước khối u giảm dần theo thời gian đồng thời hết hẳn kinh nguyệt, điều này đã được dự liệu từ trước và không ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh.

Với các kết quả lâm sàng tốt sau điều trị UCTTC đã cho thấy phương pháp can thiệp nút tắc ĐM tử cung là một phương pháp điều trị bảo tồn có hiệu quả cao và BN có thể đáp ứng với điều trị trong thời gian ngắn.

d. Kích thước, trọng lượng khối u sau can thiệp mạch

Trong nhóm BN nghiên cứu, tỷ lệ giảm trọng lượng khối u sau 1 tháng là $23,6 \pm 19,5\%$, sau 3 tháng là $37,9 \pm 19,0\%$ và sau 6 tháng là $53,8 \pm 16,5\%$. Tỷ lệ giảm đường kính khối u sau 1 tháng là $11,6 \pm 14,1\%$, sau 3 tháng là $19,3 \pm 15,2\%$ và sau 6 tháng là $25,2 \pm 15,9\%$.

Sau nút tắc ĐM tử cung thì kích thước và trọng lượng khối u giảm đi nhanh theo thời gian; trong các trường hợp khối u hoại tử tốt có thể teo hẳn đi hoặc với các khối u dưới niêm mạc có thể bị hoại tử phần cuống và đào thải ra ngoài đường âm đạo.

Như vậy điều trị UCTTC bằng phương pháp nút động mạch tử cung là một trong những phương pháp điều trị bảo tồn tử cung hiệu quả trong việc điều trị triệu chứng mà còn có thể là một trong những phương pháp điều trị triệt căn với các khối u có vị trí và nguồn cấp máu xác định.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 50 BN có độ tuổi trung bình là $41,0 \pm 5,6$ (24 – 53 tuổi), số ngày điều trị trung bình $2,25 \pm 1,78$ ngày, với 91 khối u trên CHT, được điều trị nút mạch UCTTC tại Trung tâm CDHA & ĐQCT Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội, chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

5.1. Tình trạng bệnh nhân ngay sau can thiệp:

- Tình trạng đau: sau can thiệp phần lớn BN không đau hoặc đau nhẹ chiếm 84%, 12% BN đau vừa và 4% BN rất đau; hầu hết bệnh nhân đau dưới 2 ngày sau can thiệp chiếm 96%.

- Tình trạng sốt: sau can thiệp hầu hết bệnh nhân không có sốt, sốt nhẹ chiếm tỷ lệ nhỏ (12%) và không có bệnh nhân bị sốt cao.

5.2. Kết quả sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng:

- Tình trạng đau bụng: BN hết đau bụng sau can thiệp 1 tháng là 52,9%, sau 3 tháng là 85,3% và sau 6 tháng là 94,1%.

- Tình trạng rong kinh: BN hết rong kinh sau 1 tháng can thiệp 26,2%, sau 3 tháng là 61,9% và sau 6 tháng là 80,9%.

- Tỷ lệ giảm trọng lượng khối u sau 1 tháng là $23,6 \pm 19,5\%$, sau 3 tháng là $37,9 \pm 19,0\%$ và sau 6 tháng là $53,8 \pm 16,5\%$.

- Tỷ lệ giảm đường kính khối u sau 1 tháng là $14,6 \pm 11,1\%$, sau 3 tháng là $19,3 \pm 15,2\%$ và sau 6 tháng là $25,2 \pm 15,9\%$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Masood L, Khan ZA, Ahmad MS, Rana AI, Ali H.** Saving The Uterus; Our Experience In Uterine Artery Embolization For Acquired Uterine Vascular Abnormalities. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* Oct-Dec 2022;34(Suppl 1)(4): S913-S918. doi:10.55519/JAMC-04-S4-9665.
2. **Ahmad A, Kumar M, Bhoi NR, et al.** Diagnosis and management of uterine fibroids: current trends and future strategies. *J Basic Clin Physiol Pharmacol.* May 1 2023;34(3):291-310. doi:10.1515/jbcpp-2022-0219.
3. **A.S. C.** Laparoscopic uterine surgery as a risk factor for uterine rupture during pregnancy. *PLoS ONE.* 2018;13(5): e0197307.
4. **Donnez J, Dolmans MM.** Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update.* Nov 2016;22(6):665-686. doi:10.1093/humupd/dmw023.
5. **Cezar C, Torres de la Roche LA, Hennefrund J, et al.** Can uterine artery embolization be an alternative to plastic and reconstructive uterus operation by minimally invasive surgery? *GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW.* 2021;10:Doc07. doi:10.3205/iprs000157.
6. **Pyra K. SM, Szmygin H., et al.** Unilateral Uterine Artery Embolization as a Treatment for Patients with Symptomatic Fibroids— Experience in a Case Series. *Medicina (Mex).* 2022;58(12).
7. **Kroncke T.** An update on uterine artery embolization for uterine leiomyomata and adenomyosis of the uterus. *Br J Radiol.* Mar 2023;96(1143): 20220121. doi:10.1259/bjr.20220121.
8. **Daniels J, Middleton LJ, Cheed V, et al.** Uterine artery embolization or myomectomy for women with uterine fibroids: Four-year follow-up of a randomised controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X.* Jan 2022;13:1 00139. doi:10.1016/j.eurox.2021.100139.

U MẠCH THỂ HANG MÀNG NÃO NHẦM LẤN VỚI U MÀNG NÃO: HỒI CỨU LẠI HÌNH ẢNH HAI CA LÂM SÀNG

Nguyễn Phương Anh¹, Nguyễn Thị Xoan¹, Nguyễn Anh Tuấn¹,
Nguyễn Hoàng Thịnh¹, Lê Nguyệt Minh¹, Lê Văn Khánh¹,
Nguyễn Duy Trinh¹, Nguyễn Xuân Hiền¹

TÓM TẮT.

U mạch thể hang màng não là một loại u hiếm gặp, thường bị nhầm lẫn với u màng não do biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học tương tự¹⁻³. Bài viết này trình bày hai trường hợp lâm sàng đến thăm khám tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội sau khi có kết quả bệnh học. Cả hai trường hợp đều bị chẩn đoán nhầm u màng não trước phẫu thuật và được xác định chính xác bằng kết quả mô học là u mạch thể hang. Những trường hợp này nhấn mạnh sự quan trọng của việc đánh giá chính xác hình ảnh và sự đa dạng của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh thần kinh.

Từ khoá: U mạch thể hang màng não, u màng não.

SUMMARY

CAVERNOUS HEMANGIOMA OF THE DURAL MATER MISDIAGNOSED AS MENINGIOMA: A RETROSPECTIVE IMAGING REVIEW OF TWO CASES

Cavernous hemangioma of the dural mater is a rare type of tumor, often mistaken for meningioma due to similar clinical presentation

¹Trung tâm Chẩn đoán Hình ảnh và Điện quang Can thiệp, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Anh
SĐT: 0974796593

Email: anhnp4@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 14/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 24/7/2024

Ngày duyệt bài: 08/8/2024

and imaging features. This article presents two clinical cases that were examined at Tam Anh General Hospital in Hanoi after pathological results. Both cases were preoperatively misdiagnosed as meningioma and accurately identified as cavernous hemangioma through histopathological examination. These cases emphasize the importance of precise imaging evaluation and the diversity of diagnostic methods in neuroimaging.

Keywords: Cavernous hemangioma, cavernous angioma, meningioma.

I. GIỚI THIỆU

U mạch thể hang màng não là một loại khối u lành tính của mạch máu não. Do sự hiếm gặp và biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, chúng thường bị chẩn đoán nhầm với các u não khác, đặc biệt là u màng não. Sự nhầm lẫn này có thể dẫn đến các phương pháp điều trị không thích hợp và kết quả lâm sàng không mong muốn. Bài viết này trình bày hai trường hợp bệnh nhân bị nhầm lẫn chẩn đoán, bệnh nhân đến với chúng tôi sau khi đã phẫu thuật và chúng tôi hồi cứu lại, nhằm nhấn mạnh sự quan trọng của việc đánh giá hình ảnh kỹ lưỡng và phân tích mô học để đạt được chẩn đoán chính xác.

Ca thứ nhất:

Bệnh nhân nữ, 61 tuổi, đi khám vì đau đầu. Triệu chứng diễn biến trong một năm và ngày càng tăng. Cộng hưởng từ sọ não được thực hiện và cho thấy có một tổn thương

ngoài trục vùng trên yên lệch phải, tăng tín hiệu trên T2W, không hạn chế khuếch tán trên DWI, tín hiệu tăng trên bản đồ ADC, sau tiêm ngấm thuốc mạnh với phần ngấm thuốc không đồng nhất và có dấu hiệu đuôi màng cứng (hình 1). Bệnh nhân đã được chẩn đoán ở nhiều nơi là u màng não. Tuy nhiên, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy đây là u mạch thể hang màng não.

Ca thứ hai:

Bệnh nhân nữ, 57 tuổi, vào viện vì đau đầu nhiều và nhìn mờ, bệnh diễn biến khoảng 5 năm. Trên cộng hưởng từ sọ não phát hiện tổn thương ngoài trục vùng trên yên, lấp đầy hố yên, tăng tín hiệu trên T2W, không hạn chế khuếch tán trên DWI, tăng tín hiệu trên ADC, ngấm thuốc mạnh và tương đối đồng nhất sau tiêm, có dấu hiệu đuôi màng cứng (hình 2). Tổn thương phát triển lên trên, chèn ép nhu mô não thùy trán hai bên và đè đẩy giao thoa thị giác. Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là u màng não. Tuy nhiên, kết quả sau phẫu thuật lại là u mạch thể hang màng não.

II. BÀN LUẬN

U màng não là u nội sọ nguyên phát không do thần kinh đệm phổ biến nhất và u màng não cạnh yên chiếm khoảng 20 – 30% trong số các u màng não⁴. U máu hang nội sọ chiếm 5 – 13% trong tất cả các dị tật mạch máu hệ thần kinh trung ương và được phân loại là trong trục và ngoài trục. U mạch máu hang ngoài trục ở xoang hang cạnh yên chiếm khoảng 0,4 – 2% tổng số u máu hang nội sọ và <2% tổn thương cạnh yên⁴. U mạch thể hang màng não (cavernous angioma hay cavernous hemangioma) và u màng não (meningioma) là hai loại tổn thương có nhiều đặc điểm chẩn đoán hình ảnh tương tự nhau, dẫn đến dễ nhầm lẫn

trong chẩn đoán lâm sàng^{1,3,5,6}. Điều này đặc biệt quan trọng vì sự nhầm lẫn có thể dẫn đến các phương pháp điều trị không thích hợp và ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân.

2.1. Đặc điểm chung và sự nhầm lẫn

Cả u mạch thể hang màng não và u màng não đều có thể xuất hiện như những tổn thương ngoài trục trên hình ảnh cộng hưởng từ (MRI), với sự ngấm thuốc mạnh sau tiêm thuốc tương phản và thường có dấu hiệu đuôi màng cứng, một dấu hiệu đặc trưng thường được liên kết với u màng não¹⁻³. Sự hiện diện của dấu hiệu đuôi màng cứng đã góp phần không nhỏ vào việc nhầm lẫn hai loại u này, như đã thấy trong cả hai trường hợp lâm sàng được trình bày.

2.2. Đặc điểm phân biệt trên hình ảnh học

Mặc dù có nhiều điểm tương đồng, một số đặc điểm hình ảnh có thể giúp phân biệt u mạch thể hang màng não với u màng não.

Tín hiệu trên T2W: U màng não thường có tín hiệu tăng nhẹ trên chuỗi T2W, trong khi u mạch thể hang màng não thường có tín hiệu tăng mạnh hơn^{1,4}. Theo tác giả Wang và cộng sự nghiên cứu 96 bệnh nhân được chẩn đoán u màng não trên yên, sau phẫu thuật thì có 56 bệnh nhân u màng não thật sự, 40 bệnh nhân là u mạch thể hang. Khi hồi cứu lại hình ảnh cho thấy u màng não có 29% tăng tín hiệu trên T2W, trong khi u mạch thể hang 60% tăng tín hiệu trên T2W¹. Điều này có thể là do bản chất khác biệt của mô u và mức độ chứa nước trong các tổn thương này.

Bản đồ ADC (Apparent Diffusion Coefficient): U màng não thường có giá trị ADC thấp hơn, biểu hiện mức độ khuếch tán nước bị hạn chế, trong khi u mạch thể hang có giá trị ADC cao hơn, biểu hiện mức độ khuếch tán nước ít bị hạn chế hơn. Theo Xiao và cộng sự, giá trị trung bình min ADC

của u mạch thể hang là $1,274 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ cao hơn giá trị minADC của u màng não $0,787 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001^4$. Điều này phản ánh sự khác biệt trong cấu trúc mô và mật độ tế bào của hai loại u.

Chuỗi xung nâng cao (Perfusion ASL): Cộng hưởng từ tưới máu sử dụng đánh dấu tự thân (ASL perfusion MRI) cũng có thể hữu ích trong việc phân biệt hai loại u này. U màng não thường có giá trị lưu lượng máu não (CBF) cao hơn so với u mạch thể hang màng não, phản ánh sự tưới máu và chuyển hóa khác nhau của các khối u. Theo tác giả Xiao và cộng sự, CBF của u mạch thể hang khoảng 1,587, trong khi CBF của u màng não tăng cao 7,076, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001^4$.

2.3. Ý nghĩa lâm sàng của sự phân biệt chính xác

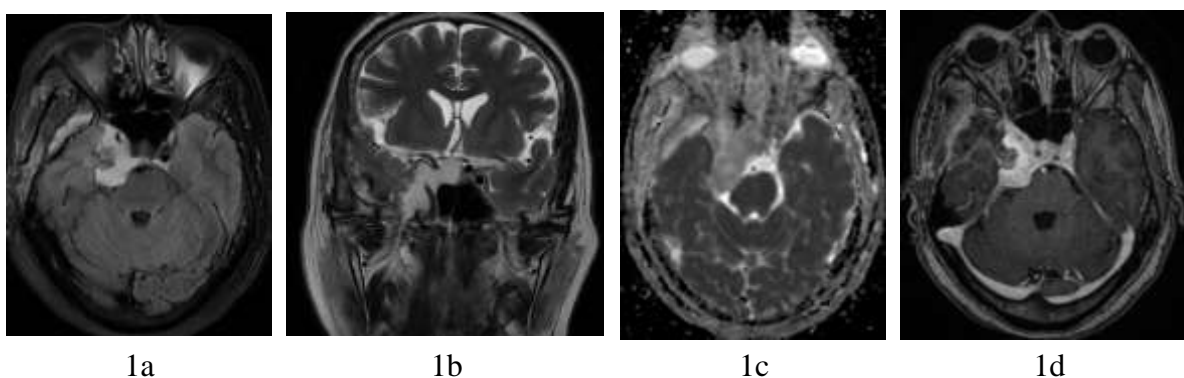
Việc phân biệt chính xác giữa u mạch thể hang màng não và u màng não có ý nghĩa quan trọng đối với quản lý lâm sàng và quyết định điều trị. Hai u này có sự khác biệt về điều trị. U màng não có thể được theo dõi, phẫu thuật cắt bỏ, xạ trị sau phẫu thuật để tiêu diệt các tế bào u sót lại, hoặc xạ phẫu với u nhỏ⁷. Trong khi, u mạch thể hang thường được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn, không dùng phương pháp xạ trị và có tiên lượng tốt hơn u màng não⁵.

2.4. Tầm quan trọng của chẩn đoán hình ảnh và mô học

Cả hai trường hợp lâm sàng được trình bày trong bài viết này đều cho thấy sự quan trọng của việc kết hợp giữa chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm mô học để đạt được chẩn đoán chính xác. Mặc dù hình ảnh cộng hưởng từ cung cấp nhiều thông tin quan trọng, kết quả mô học sau phẫu thuật là yếu tố quyết định cuối cùng để xác định loại u và lên kế hoạch điều trị phù hợp. Trên giải phẫu bệnh, u mạch thể hang có hình ảnh mô u tăng sinh các mạch máu thành dày mỏng không đều, lót bởi một hàng tế bào nội mô, nhân nhỏ đều, lòng chứa đầy hồng cầu, thấy các mạch máu nối thông với nhau.

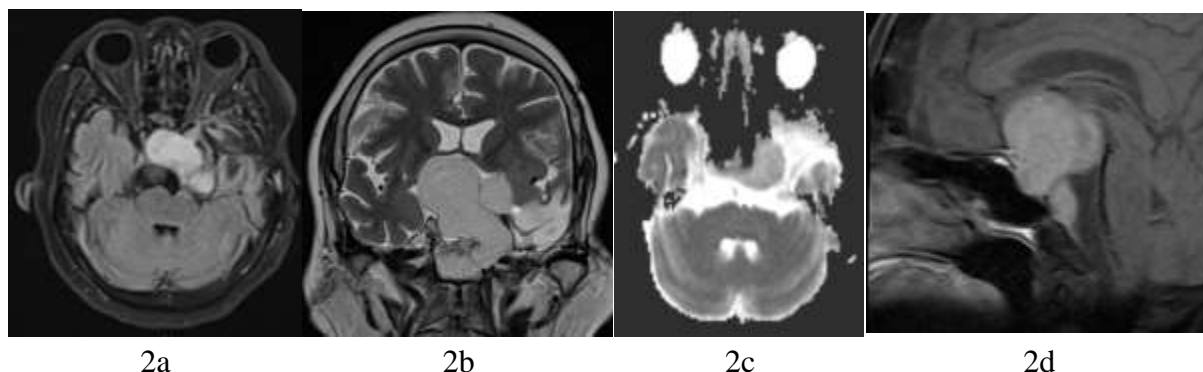
III. KẾT LUẬN

Những trường hợp này nhấn mạnh sự cần thiết phải đánh giá kỹ lưỡng và chi tiết các tín hiệu hình ảnh trên MRI, bao gồm T2W, ADC và perfusion ASL, để phân biệt giữa u mạch thể hang màng não và u màng não. Điều này sẽ giúp tránh nhầm lẫn chẩn đoán và đảm bảo bệnh nhân nhận được phương pháp điều trị phù hợp nhất. Sự kết hợp giữa chẩn đoán hình ảnh tiên tiến và phân tích mô học kỹ lưỡng sẽ đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân.



Hình 1: Bệnh nhân nữ 61 tuổi, vào viện vì đau đầu

Cộng hưởng từ phát hiện tổn thương ngoài trục vùng nền sọ hố trên yên, xoang hang phải, tăng mạnh tín hiệu trên FLAIR (hình 1a), T2 (hình 1b), không hạn chế khuếch tán trên DWI, tăng tín hiệu trên bản đồ ADC với giá trị minADC ($1,5 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$) (hình 1c), ngấm thuốc mạnh tương đối đồng nhất sau tiêm, có dấu hiệu đuôi màng cứng (hình 1d).



Hình 2: Bệnh nhân nữ, 57 tuổi, vào viện vì đau đầu

Cộng hưởng từ sọ não phát hiện tổn thương ngoài trục vùng trên yên, lấp đầy hố yên, tăng tín hiệu trên FLAIR (hình 2a), T2W (hình 2b), không hạn chế khuếch tán trên DWI, tăng tín hiệu trên bản đồ ADC với giá trị minADC ($1,3 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$) (hình 2c), ngấm thuốc mạnh và tương đối đồng nhất sau tiêm, có dấu hiệu đuôi màng cứng (hình 2d).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A radiomics-based study for differentiating parasellar cavernous hemangiomas from meningiomas - PMC.** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9478116/> (accessed 2024-05-03).
2. **Dabdoub, C. B.; Chavez, M.; Ferrufino, J. L.; Claros, E.; Silveira, E. do N.; Dabdoub, C. F.** Intracranial Capillary Hemangioma Misdiagnosed as a Meningioma. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2016, 74, 356–357. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20150216>.
3. **Supratentorial dural-based collision of cavernoma and meningioma: a case report - PubMed.** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32922878/> (accessed 2024-05-03).
4. **Xiao, H.-F.; Lou, X.; Liu, M.-Y.; Wang, Y.-L.; Wang, Y.; Chen, Z.-Y.; Shi, K.-N.; Ma, L.** The Role of Magnetic Resonance Diffusion-Weighted Imaging and Three-Dimensional Arterial Spin Labelling Perfusion Imaging in the Differentiation of Parasellar Meningioma and Cavernous Haemangioma. *J Int Med Res* 2014, 42 (4), 915–925. <https://doi.org/10.1177/0300060514531918>.
5. **Cavernous hemangioma of the dura mater mimicking meningioma - PMC.** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4553634/> (accessed 2024-05-03).
6. **A giant solid cavernous hemangioma mimicking sphenoid wing meningioma in an adolescent: A case report - PubMed.** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30383694/> (accessed 2024-05-03).
7. **Apra, C.; Peyre, M.; Kalamarides, M.** Current Treatment Options for Meningioma. *Expert Rev Neurother* 2018, 18 (3), 241–249. <https://doi.org/10.1080/14737175.2018.1429920>.

ĐẶC ĐIỂM VÀ MỐI LIÊN QUAN CỦA MỘT SỐ CHỈ SỐ SINH HỌC - CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT THỂ LÒI VÀO BÀNG QUANG TRƯỚC VÀ SAU CAN THIỆP NÚT MẠCH

Lê Văn Khánh^{1,2}, Nguyễn Xuân Hiền², Phạm Hồng Đức^{1,3}

TOM TẮT.

Mục tiêu: Nghiên cứu chúng tôi với mục đích để đánh giá đặc điểm và mối liên quan của tăng sản lành tính tuyến tiền liệt thể lồi vào bàng quang (intravesical prostatic protrusion - IPP) với chỉ số sinh học - chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước và sau khi can thiệp nút mạch.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, không có nhóm chứng trên 40 bệnh nhân IPP được nút mạch từ tháng 2 năm 2022 tới tháng 2 năm 2023 tại Bệnh viện Tâm Anh, theo dõi sau điều trị và đánh giá tại thời điểm 12 tháng sau can thiệp.

Kết quả: Các chỉ số sinh học (IPSS, QoL, Qmax) của 40 bệnh nhân ở mức độ nặng trước can thiệp, chiều cao lồi vào bàng quang ở mức độ nặng $10,3 \pm 5,3$ mm, thể tích tuyến tiền liệt TLT 69 ± 23 ml. Sau can thiệp các chỉ số sinh học và thể tích đều được cải thiện với mức có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Không có sự khác biệt các chỉ số IPSS, QoL, Qmax sau can thiệp 12 tháng giữa nhóm IPP nặng với các nhóm còn lại. Có mối liên quan thuận giữa độ IPP với IPSS trước can thiệp

($r = 0,65$), QoL trước can thiệp ($r = 0,65$), mức độ cải thiện Qmax sau 12 tháng ($r = 0,38$), tương quan nghịch với Qmax trước can thiệp ($r = -0,51$) và cải thiện IPSS sau 12 tháng ($r = -0,53$) với $p < 0,01$. Không có biến chứng lớn sau can thiệp.

Kết luận: Nút động mạch tuyến tiền liệt là phương pháp điều trị có hiệu quả cho bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt thể lồi vào bàng quang.

Từ khóa: tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, thể lồi bàng quang, nút mạch tuyến tiền liệt.

Viết tắt: BPH benign prostatic hyperplasia, IPSS International Prostate Symptom Score, QOL quality-of-life, LUTS lower urinary tract symptoms, IPP intravesical prostatic protrusion.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND RELATIONSHIPS OF SOME BIOLOGICAL INDICATORS - QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH INTRAVESICAL PROSTATIC PROTRUSION BEFORE AND AFTER EMBOLIZATION

Objective: Our study aimed to evaluate the characteristics of biological indicators - quality of life related to patients before and after embolization intervention.

Method: A retrospective cross sectional study, 40 IPP patients underwent embolization from February 2022 to February 2023, followed up 12 months after intervention.

Results: The results showed that biological indicators (IPSS, QoL, Qmax) at severe level

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

³Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Khánh

SĐT: 0971716889

Email: drhuykhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 24/7/2024

Ngày duyệt bài: 12/8/2024

before intervention, height of bladder protrusion at a severe level 10.3 ± 5.3 mm, prostate volume is 69 ± 23 ml. After intervention, biological indicators and quality of life improved with statistical significance ($p < 0.01$). There was no difference in IPSS, QoL, Qmax indexes after 12 months of intervention between the severe IPP group and the other groups. There was a positive correlation between IPP and IPSS before intervention ($r = 0.65$), QoL before intervention ($r = 0.65$), improved Qmax after 12 months ($r = 0.38$), and negative correlation with Qmax before intervention ($r = -0.51$) and improved IPSS after 12 months ($r = -0.53$) with $p < 0.01$. There were no major complications after intervention.

Conclusion: Prostatic artery embolization is an effective treatment method for patients with IPP.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, intravesical prostatic protrusion, prostatic artery embolization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nút động mạch tuyến tiền liệt (Prostatic arterial embolization: PAE) sẽ được xem xét sau khi điều trị nội khoa không đáp ứng trong vòng 6 tháng với bệnh nhân có triệu chứng đường tiết niệu dưới (lower urinary tract symptoms: LUTS) do tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (benign prostatic hyperplasia: BPH)¹. Kết quả lâm sàng khác nhau giữa các nghiên cứu hay phân tích tổng hợp đã được công bố, tuy các kết quả đều cho thấy được mức độ cải thiện về triệu chứng lâm sàng không đồng đều có thể do cách lựa chọn bệnh nhân khác nhau. Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt thể lồi vào bàng quang (intravesical prostatic protrusion: IPP) khi phần lồi vào bàng quang > 1 mm, là một trong các yếu tố liên lượng điều trị, đặc điểm này dễ dàng đánh giá bằng siêu âm hoặc chụp

cộng hưởng từ (CHT). CHT cho thấy tới 30% các bệnh nhân BPH có thùy giữa lồi vào bàng quang ở các mức độ khác nhau, tuy nhiên mức độ lồi không phụ thuộc vào thể tích tuyến tiền liệt. Các nghiên cứu tương tự để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo giữa nhóm bệnh nhân có IPP đáng kể (≥ 5 mm) và nhóm có IPP không đáng kể (< 5 mm) cho thấy các giá trị cải thiện IPSS, QoL có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, chiều hướng tốt hơn ở nhóm có IPP đáng kể². Tuy nhiên việc phẫu thuật IPP có nhiều biến chứng về xuất tinh ngược nhiều hơn các thể khác do có thể làm tổn thương nhiều vùng cổ bàng quang.

Nút mạch điều trị IPP trong một số nghiên cứu nhỏ trên thế giới với thời gian theo dõi từ 3 tháng tới 12 tháng chỉ ra có hiệu quả trong giảm mức độ lồi vào bàng quang, cải thiện điểm IPSS, QoL mà không phụ thuộc vào mức độ lồi bàng quang, các biến chứng sau can thiệp thường xảy ra nhóm có mức độ lồi vào bàng quang nặng, mối tương quan giữa IPP với các triệu chứng lâm sàng không đồng nhất trong các nghiên cứu^{3,4}. Do đó nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả và sự liên quan giữa độ lồi vào bàng quang nặng với các độ còn lại được điều trị bằng nút mạch ở thời điểm sau can thiệp 12 tháng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Bao gồm các bệnh nhân được nút động mạch tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội, từ tháng 02 năm 2022 tới tháng 02 năm 2023. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm 1) điểm IPSS > 18 và/hoặc QoL > 3 ; 2) được can thiệp nút động mạch tuyến tiền liệt điều trị BPH; 3) được chẩn đoán xác định IPP trên hình ảnh; 4)

được thăm khám tại thời điểm 12 tháng sau can thiệp; 5) đồng ý tham gia nghiên cứu³. Tiêu chuẩn loại trừ: 1) Không tiếp cận được động mạch tuyến tiền liệt hai bên; 2) các thể IPP < 1mm, 3) Ung thư TTL, Túi thừa bàng quang lớn, Sỏi bàng quang; 4) không được theo dõi và lưu trữ hồ sơ đầy đủ. Sau khi áp dụng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ có 40 bệnh nhân được tiến hành đưa vào nghiên cứu.

Quy trình can thiệp nút động mạch tuyến tiền liệt

Trước can thiệp bệnh nhân được dùng kháng sinh dự phòng trước 1 ngày. Nếu bệnh nhân bí tiểu cấp đã được đặt sonde tiểu hoặc với các bệnh nhân chưa có sonde tiểu được đặt sonde tiểu trước lúc can thiệp, có bơm bóng bằng thuốc cản quang pha loãng. Bệnh nhân được thực hiện trên máy chụp mạch Artis Q có phần mềm xóa nền của Siemens Healthineers. 38 (95%) bệnh nhân được can thiệp qua đường động mạch đùi, 2 bệnh nhân được can thiệp qua đường động mạch quay (5%). Bệnh nhân sẽ được chụp động mạch chậu trong từng bên xác định gốc động mạch tuyến tiền liệt. Tiếp cận chọn lọc động mạch tuyến tiền liệt từng bên bằng vi ống thông cỡ 1.9F, 2.0F của hãng Terumo hay Merit kết hợp vi dây dẫn cỡ 0.014 Transend - Boston dẫn đường, sau đó chụp chọn lọc động mạch tuyến tiền liệt có dùng giãn mạch (nitroglycerin) đánh giá bàng hệ. Nút chọn lọc động mạch tuyến tiền liệt bằng hạt gây tắc mạch với hạt vi cầu (Embosphere microspheres, 100 - 300 microns; Merit Medical Systems Inc). Nếu có các nhánh bàng hệ luân thông lớn với động mạch dương vật hoặc động mạch trực tràng dưới sẽ gây tắc gốc nhánh bàng hệ bằng coil trước khi gây tắc các nhánh cho nhu mô tuyến tiền liệt. Kết thúc thủ thuật khi chụp đánh giá

thấy tắc hoàn toàn các nhánh động mạch vào nhu mô tuyến tiền liệt. Sau can thiệp bệnh nhân được dùng kháng sinh đường uống Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ ngày và uống trong vòng 7 ngày, thuốc kháng alpha 1-adrenergic (Xtral XL 10mg) ngày uống 1 viên trong 30 ngày.

Cách đo và phân độ lòi IPP, thể tích tuyến tiền liệt trên CHT

Thể tích tuyến tiền liệt trên CHT trước và sau can thiệp 12 tháng được tính = chiều dài x chiều rộng x chiều cao x 0.52, đơn vị ml.

Cách đánh giá IPP sử dụng CHT ở thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp 12 tháng. Sử dụng mặt phẳng Sagital qua trục tuyến tiền liệt đo phần cao nhất lòi vào bàng quang tới phần cổ bàng quang, đơn vị tính mm, như tác giả Lin và cộng sự được mô tả dưới hình 1. Phân độ mức độ IPP trong nghiên cứu theo phân độ Chia chia thành 02 nhóm nhẹ - trung bình độ I/II (< 10mm) và nhóm nặng độ III (\geq 10mm) thang điểm được tác giả Chia sử dụng để đánh giá năm 2003⁵.

Các biến số nghiên cứu và đánh giá kết quả can thiệp

Đánh giá triệu chứng lâm sàng trước can thiệp theo dựa theo các thang điểm: điểm tiền liệt tuyến quốc tế (IPSS) chia thành độ nhẹ từ 1 - 7 điểm, trung bình từ 8 - 19 điểm, nặng từ 20 tới 35 điểm, điểm chất lượng cuộc sống (QoL) chia thành độ từ 1 - 2 điểm sống tốt hoặc bình thường, từ 3 - 4 điểm sống được hoặc tạm được, 5 - 6 điểm không chịu được, IIEF -5 chia thành các độ rối loạn cương dương từ nhẹ tới nặng. Ngoài ra đánh giá các chỉ số khác gồm PSA, Qmax, thể tích tuyến tiền liệt trên CHT, độ lòi vào bàng quang IPP trên CHT trước can thiệp.

Đánh giá kết quả can thiệp dựa vào các chỉ số IPSS, QoL, IIEF-5, Qmax, PSA, IPP sau can thiệp 12 tháng. Thành công về mặt

lâm sàng khi đáp ứng được bất cứ 1 trong các tiêu chuẩn sau: mức độ giảm điểm IPSS giảm $\geq 25\%$ hoặc IPSS < 15 điểm, QoL giảm ít nhất 1 điểm hoặc QoL ≤ 3 điểm, giảm sử dụng một loại thuốc nội khoa điều trị BPH hoặc mất triệu chứng đái máu⁶. Các biến chứng trong can thiệp và sau can thiệp được ghi nhận và đánh giá mức độ nặng của biến chứng theo phân loại Clavien – Dindo⁷.

Xử lý số liệu

Số liệu được thống kê và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định lượng phân bố chuẩn các giá trị trung bình, độ lệch chuẩn được trình bày dưới dạng $\bar{x} \pm SD$ (Min – Max). Sử dụng so sánh ghép cặp T – test để đánh giá trước các biến trước sau, mức ý nghĩa với $p < 0,05$. Sử dụng tương quan Pearson để đánh giá mối tương quan giữa các biến định lượng. Các biến được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ.

Đạo đức nghiên cứu

Được cấp giấy chứng nhận của hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội số: 1227/GCN-HMUIRB ngày 03/01/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung bình $70 \pm 7,6$ tuổi (dao động từ 56 - 92 tuổi), mức độ độ tuổi trung bình khá cao trong nghiên cứu. Các độ của IPP với mức độ nhẹ - trung bình độ I/II có 20 bệnh nhân (50%), mức độ nặng độ III có 20 bệnh nhân (50%). Có 4/40 (10%) bệnh nhân

vào viện vì bí tiểu cấp 02 bệnh nhân phải đặt sonde tiểu qua niệu đạo và 02 bệnh nhân mở trên xương mu, gặp ở nhóm bệnh nhân có lỗi vào bàng quang độ III.

Các chỉ số sinh học và chất lượng cuộc sống trước và sau nút mạch được mô tả ở bảng 1 cụ thể thang điểm IPSS, QoL, IIEF-5 chủ yếu ở mức độ nặng với 28 điểm, 4,9 điểm, 7,5 điểm. Thể tích tuyến tiền liệt (TLT) 69 ml, Qmax trước nút mạch ở mức độ thấp với 6,2ml/s, Psa ở mức cao 8,9ng/ml. Các chỉ số IPSS, QoL, Psa toàn phần, thể tích TLT sau nút mạch 12 tháng giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, đặc biệt điểm IPSS < 15 điểm và QoL < 3 điểm đánh giá thành công về mặt cải thiện lâm sàng. Qmax có mức tăng cũng có ý nghĩa thống kê so với trước nút mạch với $p < 0,01$. Các thay đổi về chiều cao lỗi vào bàng quang, IIEF-5 không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,1$ và $p = 0,45$.

So sánh các chỉ số giữa nhóm IPP nhẹ - trung bình lỗi độ I/II với nhóm IPP nặng độ III qua bảng 2 cho thấy các chỉ số IPSS, QoL, Qmax, đều nặng hơn ở nhóm lỗi độ III với mức khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$; các chỉ số sau can thiệp 12 tháng cho thấy có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê về các chỉ số IPSS, QoL, Qmax giữa 2 nhóm, chiều cao phần lỗi vào bàng quang có sự khác biệt giữa nhóm III và nhóm I/II trước và sau can thiệp với mức khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

Bảng 1: Đặc điểm một số chỉ số sinh học - chất lượng cuộc sống trước nút mạch

Chỉ số	Trước can thiệp $\bar{X} \pm SD$	Sau can thiệp 12 tháng $\bar{X} \pm SD$	p
IPSS (điểm)	23 ± 5	$11 \pm 3,3$	$< 0,01$
QoL (điểm)	$4,9 \pm 1$	$1,8 \pm 0,5$	$< 0,01$
IIEF-5 (điểm)	$7,5 \pm 6,8$	$8,7 \pm 7,3$	$= 0,45$
Thể tích TLT (ml)	69 ± 23	$48 \pm 4,3$	$< 0,01$
IPP (mm)	$10,3 \pm 5,3$	$8,4 \pm 4,9$	$= 0,1$

Qmax (ml/s)	8,2 ± 3,2	12 ± 2,5	< 0,01
Psa toàn phần (ng/ml)	8,9 ± 7,3	4,2 ± 2,3	< 0,01

Bảng 2: So sánh các chỉ số giữa các nhóm lỗi độ I/II với lỗi độ III

	Trước can thiệp			Sau can thiệp		
	Lỗi độ I/II	Lỗi độ III	p	Lỗi độ I/II	Lỗi độ III	p
IPSS (điểm)	20 ± 6,8	26 ± 8,7	<0,01	11 ± 4,9	10 ± 5,3	0,53
QoL(điểm)	3,6 ± 1,3	5,2 ± 1,4	<0,01	1,6 ± 0,6	1,9 ± 0,5	0,4
Qmax (ml/s)	9,1 ± 4,5	6,3 ± 2,1	<0,01	11,5 ± 4,5	13 ± 5,8	0,35
IPP (mm)	7,3 ± 3,2	14 ± 4,5	<0,01	6,1 ± 2,4	10 ± 3,5	<0,01

Các biến chứng sau nút mạch được ghi nhận ở 4/40 bệnh nhân gặp ở nhóm bệnh nhân có mức độ lỗi vào bàng quang >10mm gồm: bí tiểu cấp, tiểu ra máu, xuất tinh ra máu, áp xe tuyến tiền liệt. Bí tiểu cấp xảy ra sau nút mạch, sau đó được đặt và rút đặt sonde tiểu sau 7 ngày, tiểu ra máu kéo dài trong 1 tuần đầu tiên sau đó giảm dần, xuất tinh ra máu kéo dài sau 2 tháng được nút mạch, áp xe tuyến tiền liệt xảy ra sau 1 tháng nút mạch.

Về mối tương quan giữa mức độ lỗi vào

lòng bàng quang với các chỉ số trước và sau nút mạch được thể hiện qua bảng 3 cụ thể có mối tương quan thuận giữa độ IPP với IPSS trước can thiệp ($r = 0,65$), QoL trước can thiệp ($r = 0,65$), mức độ cải thiện Qmax sau 12 tháng ($r = 0,38$), tương quan nghịch với Qmax trước can thiệp ($r = -0,51$) và cải thiện IPSS sau 12 tháng ($r = -0,53$), các mối tương quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Không có mối tương quan giữa mức độ lỗi bàng quang với thể tích trên siêu âm, PSA và IIEF-5 trước và sau can thiệp 12 tháng.

Bảng 3: Mối tương quan giữa các chỉ số lâm sàng trước và sau nút mạch với độ lỗi vào lòng bàng quang

Chỉ số	r	p
IPSS trước nút mạch/ IPSS sau nút mạch Lỗi vào bàng quang	0,65/-0,43	< 0,01/0,005
Qol trước nút mạch/ QoL sau nút mạch Lỗi vào bàng quang	0,68/-0,22	< 0,01/0,005
Qmax trước nút mạch/ Qmax sau nút mạch Lỗi vào bàng quang	-0,51/-0,44	< 0,01/0,005
Thể tích trước nút mạch/ Thể tích sau nút mạch Lỗi vào bàng quang	0,23/0,067	0,15/0,68
PSA trước nút mạch/ PSA sau nút mạch Lỗi vào bàng quang	0,12/0,03	0,25/0,15
IIEF-5 trước nút mạch/ IIEF – 5 sau nút mạch Lỗi vào bàng quang	-0,1/0,16	0,15/0,5

IV. BÀN LUẬN

Phần nhu mô tuyến lồi vào bàng quang sẽ làm kích thích bàng quang gây ra các nhóm triệu chứng về kích thích, ngoài ra phần lồi vào bàng quang sẽ chèn vào cổ bàng quang gây ra bít tắc đường ra bàng quang từ đó làm giảm lưu lượng đỉnh của dòng tiểu (Q_{max}). Trong nghiên cứu của chúng tôi các chỉ số trước can thiệp IPSS, QoL ở mức trung bình – nặng và Q_{max} giảm ở mức nặng, Q_{max} trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Maron do tác giả đã loại trừ nhóm bệnh nhân vào viện vì bí tiểu cấp đã được đặt sonde tiểu còn trong nghiên cứu của chúng tôi có đưa vào 4 trường hợp phải đặt sonde tiểu hoặc mở thông bàng quang trên xương mu, các trường hợp này chúng tôi tính $Q_{max} = 0 \text{ ml/s}^6$. Tác giả Kok Bin cũng đã chỉ ra có sự liên quan giữa IPP với tắc nghẽn đường ra bàng quang và xem như là yếu tố dự báo bí tiểu cấp trong tương lai, với $r = 0,507$ và mức ý nghĩa thống kê $p < 0,01^8$.

IPP với phần lồi vào bàng quang $> 10 \text{ mm}$ cũng đã được chứng minh đáp ứng kém với điều trị nội khoa bằng tamsulosin và tỷ lệ biến chứng tiểu không kiểm soát ở bệnh nhân thực hiện phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt cao hơn ở những bệnh nhân có IPP $> 5 \text{ mm}$. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự cải thiện các chỉ số sinh học và chất lượng cuộc sống bao gồm IPSS, QoL, Q_{max} sau 12 tháng nút mạch, kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu về cải thiện các triệu chứng lâm sàng do BPH nói chung hay nhóm IPP nói riêng⁶. Về thay đổi thang điểm IIEF-5 là yếu tố cũng đáng quan tâm, theo một số nghiên cứu thì tuổi càng cao điểm IIEF-5 càng tăng, mức độ rối loạn cương dương càng tăng, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi có sự thay đổi IIEF-5 theo chiều

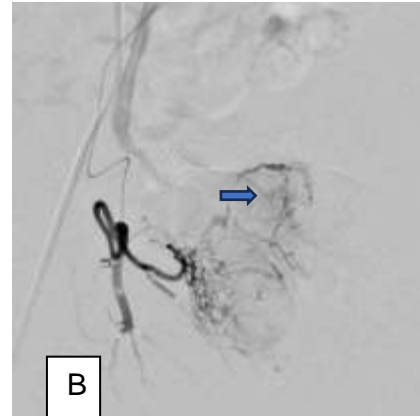
hướng tốt lên nhưng không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu cũng không có biến chứng về tiểu không kiểm soát. Như vậy nút mạch trong điều trị IPP có thể cải thiện được các triệu chứng về lâm sàng mà không gây tiểu không kiểm soát hay ảnh hưởng tới chất lượng cương dương.

Khi so sánh giữa nhóm có lồi vào bàng quang độ III với độ I/II cho thấy các chỉ số lâm sàng gồm IPSS, QoL, Q_{max} có nặng hơn ở nhóm lồi vào bàng quang độ III, sau can thiệp 12 tháng thì không thấy sự khác biệt giữa các chỉ số IPSS, QoL, Q_{max} 2 nhóm trên, chỉ có sự khác biệt giữa độ lồi vào bàng quang IPP giữa hai nhóm trên trước và sau can thiệp 12 tháng, kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Meira³. Chúng tôi mức độ lồi vào bàng quang không phải là yếu tố tiên lượng cho các triệu chứng lâm sàng ở thời điểm 12 tháng sau can thiệp.

Các biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở nhóm bệnh nhân mức độ lồi vào bàng quang độ III, các biến chứng nhẹ không cần can thiệp ngoại khoa, các biến chứng này cũng được ghi nhận ở các nghiên cứu khác của tác giả Yu, Maron, Meira^{6,9,3}. Biến chứng bí tiểu cấp phải đặt sonde tiểu xảy ra ngay sau nút mạch do tình trạng nhu mô tuyến bị phù viêm sau nút đặc biệt là phần lồi vào bàng quang ép vào niệu đạo và cổ bàng quang nhiều hơn gây bí tiểu, với các trường hợp trên thường chúng tôi tiếp tục cho dùng kháng sinh, chống phù nề và rút sonde tiểu sau 7 ngày. Tình trạng khác như tiểu máu hay xuất tinh ra máu giảm dần và không cần điều trị. Trường hợp bị áp xe tuyến tiền liệt, trường hợp này bệnh nhân sau nút mạch có dùng kháng sinh kéo dài tuy nhiên bệnh nhân vẫn có biểu hiện đái buốt, đái dắt, sót kéo dài - không cắt sót sau nút mạch 3 tuần, siêu âm thấy phần nhu mô tuyến bên trái có ổ giảm

âm dạng dịch, tuy nhiên ô áp xe đã tự vỡ ra qua đường niệu đạo, bệnh nhân đái ra dịch mủ và sau 4 tuần tình trạng bệnh nhân cải thiện dần tới thời điểm 12 tháng, với các

trường hợp áp xe tuyến tiền liệt nếu không tự vỡ thoát ra qua niệu đạo có thể sử dụng chọc hút qua đường tầng sinh môn.



Hình 1: (A) Bệnh nhân có TLT lõi vào bàng quang độ III trên CHT với phần lõi vào bàng quang 23mm, (B) ảnh chụp động mạch tuyến tiền liệt phải xuất phát từ động mạch bịt trong đó phần lõi vào bàng quang (mũi tên xanh)

Ngoài ra trong nghiên cứu chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa IPP với một số chỉ số sinh học – chất lượng cuộc sống với các chỉ số sinh học IPSS, QoL, Qmax trước can thiệp và sau can thiệp 12 tháng hay sự cải thiện về chỉ số IPSS và Qmax sau nút mạch. Điều này cho thấy mức độ lõi vào bàng quang có thể là yếu tố tiên lượng cho các mức độ cải thiện về triệu chứng lâm sàng sau can thiệp.

Kết quả nghiên cứu này có một số hạn chế như nghiên cứu thực hiện ở một trung tâm, cỡ mẫu nghiên cứu ít, thời gian theo dõi còn hạn chế. Trong thời gian tới với cỡ mẫu nhiều hơn, thời gian dài hơn có thể giúp đánh giá kỹ hơn về nút động mạch tuyến tiền liệt với các thể IPP.

IV. KẾT LUẬN

Nút động mạch tuyến tiền liệt có hiệu quả trong việc cải thiện các chỉ số sinh học – chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt thể lõi vào bàng

quang, mức độ lõi vào bàng quang không ảnh hưởng tới kết quả nút mạch sau 12 tháng, có mối tương quan giữa mức độ lõi vào bàng quang với các chỉ số sinh học – chất lượng cuộc sống trước và sau nút mạch qua đó giúp bác sỹ lâm sàng và bác sỹ can thiệp có thể lựa chọn và tiên lượng bệnh nhân phù hợp.

V. KIẾN NGHỊ

Nút động mạch nên được áp dụng cho các thể phì đại lõi vào bàng quang và cần giải thích các biến chứng xảy ra sau can thiệp với các thể nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carnevale FC, Moreira AM, de Assis AM, et al. Prostatic Artery Embolization for the Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms Due to Benign Prostatic Hyperplasia: 10 Years' Experience. *Radiology*. 2020;296(2): 444-451. doi:10.1148/radiol.2020191249.

2. **Lee JW, Ryu JH, Yoo TK, Byun SS, Jeong YJ, Jung TY.** Relationship between Intravesical Prostatic Protrusion and Postoperative Outcomes in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia. *Korean J Urol.* 2012;53(7): 478-482. doi:10.4111/kju.2012.53.7.478.
3. **Meira M, de Assis AM, Moreira AM, Antunes AA, Carnevale FC, Srougi M.** Intravesical Prostatic Protrusion Does Not Influence the Efficacy of Prostatic Artery Embolization. *J Vasc Interv Radiol.* 2021;32(1): 106-112. doi:10.1016/j.jvir.2020.09.023.
4. **Lin YT, Amouyal G, Thiounn N, et al.** Intra-vesical Prostatic Protrusion (IPP) Can Be Reduced by Prostatic Artery Embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2016;39(5): 690-695. doi:10.1007/s00270-015-1235-8.
5. **Chia SJ, Heng CT, Chan SP, Foo KT.** Correlation of intravesical prostatic protrusion with bladder outlet obstruction. *BJU Int.* 2003;91(4): 371-374. doi:10.1046/j.1464 410x.2003.04088.x.
6. **Maron SZ, Sher A, Kim J, Lookstein RA, Rastinehad AR, Fischman A.** Effect of Median Lobe Enlargement on Early Prostatic Artery Embolization Outcomes. *J Vasc Interv Radiol.* 2020;31(3):370-377. doi:10.1016/j.jvir.2019.11.013.
7. **Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, et al.** The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Ann Surg.* 2009;250(2): 187-196. doi:10.1097/SLA.0b013e3181b13ca2.
8. **Lim KB, Ho H, Foo KT, Wong MYC, Fook-Chong S.** Comparison of intravesical prostatic protrusion, prostate volume and serum prostatic-specific antigen in the evaluation of bladder outlet obstruction. *Int J Urol.* 2006;13(12):1509-1513. doi:10.1111/j.1442-2042.2006.01611.x.
9. **Yu SCH, Cho CCM, Hung EHY, et al.** Thickness-to-Height Ratio of Intravesical Prostatic Protrusion Predicts the Clinical Outcome and Morbidity of Prostatic Artery Embolization for Benign Prostatic Hyperplasia. *J Vasc Interv Radiol.* 2019;30(11):1807-1816. doi:10.1016/j.jvir.2019.07.035.

NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP THIẾU MÁU THIẾU SẮT KÉO DÀI DO VIÊM TÚI THỪA MECKEL TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Lâm Bội Hy¹, Nguyễn Đỗ Trọng¹, Vũ Huy Trụ¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Thiếu máu thiếu sắt là một trong những nguyên nhân thiếu máu thường gặp nhất ở trẻ em. Thiếu máu thiếu sắt thường đáp ứng với điều trị sắt. Thiếu máu thiếu sắt kéo dài thường do mất máu rỉ rả bởi sang thương từ đường tiêu hoá như loét dạ dày tá tràng, viêm túi thừa Meckel, polyp, dị dạng mạch máu ở ruột non, viêm ruột mạn,...

Báo cáo ca bệnh: Bé trai 7 tuổi, tiền căn thiếu máu thiếu sắt kéo dài 1 năm nay kém đáp ứng, đã từng truyền máu 1 lần, chưa ghi nhận xuất huyết tiêu hoá trước đây, nhập viện vì tiêu phân máu đỏ bầm, lượng vừa 1 lần/ngày. Hb lúc nhập viện 4,4 g/dl, Hct 14%. Bé được tầm soát nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hoá như: nội soi dạ dày tá tràng, chụp CT scan bụng. Kết quả: không ghi nhận ổ loét dạ dày, tá tràng. CT scan: viêm túi thừa Meckel. Bé được phẫu thuật nội soi ổ bụng thám sát và cắt đoạn ruột có túi thừa Meckel's viêm. Theo dõi sau xuất viện 1 tháng, da niêm bé hồng hào, Hb cải thiện.

Kết luận: Cần tầm soát nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt kéo dài, trong đó nguyên nhân từ đường tiêu hoá dễ bị bỏ sót. Viêm túi thừa Meckel là một trong những nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt kéo dài ở trẻ em. Viêm túi

thừa Meckel có thể không có triệu chứng hoặc biểu hiện xuất huyết tiêu hoá ở bất kỳ lứa tuổi nào.

Từ khóa: thiếu máu thiếu sắt kéo dài, xuất huyết tiêu hoá, viêm túi thừa Meckel.

SUMMARY

A CASE REPORT OF CHRONIC-IRON DEFICIENCY ANEMIA DUE TO MECKEL'S DIVERTICULUM AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL

Background: Iron deficiency anemia is one of the most common reason of anemia in children. It is usually responsible to oral iron supplement. Chronic iron-deficiency anemia from occult bleeding may be caused by a lesion of the gastrointestinal (GI) tract, such as peptic ulcer, Meckel's diverticulum, polyp, hemangioma, or inflammatory bowel disease,...

Case report: A 7 year-old boy, who had history of iron-refractory anemia without any history of gastrointestinal (GI) bleeding, came to emergency department with pale, hematochezia. His Hb at admission was 4.4 g/dl, Hct 14%. He was screen for the causes of GI bleeding such as: gastroduodenal endoscopy and abdominal CT scan. The results were no peptic ulcer, and Meckel's diverticulum found in abdominal CT scan. He was taken laparoscopic abdominal surgery and removed the intestine with Meckel's diverticulum. Followed up 1 month after discharge, the child's skin and mucous membranes were pink, Hb improved.

Conclusions: It is necessary to screen for causes of chronic-iron deficiency anemia, in

¹Bệnh viện Tâm Anh TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Bội Hy

SĐT: 0908006612

Email: bhylam@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 03/8/2024

Ngày duyệt bài: 08/8/2024

which gastrointestinal causes are easily overlooked. Meckel's diverticulum is one of the causes of chronic-iron deficiency anemia in children. It can be silent or symptomatic with gastrointestinal bleeding at any age.

Keywords: chronic-iron deficiency anemia, gastrointestinal bleeding, Meckel's diverticulum.

I. GIỚI THIỆU

Mất máu là nguyên nhân hàng đầu gây thiếu sắt trên thế giới. Đường tiêu hóa vừa là nơi hấp thu sắt vừa là nơi mất máu phổ biến nhất, đặc biệt là khi tình trạng xuất huyết không rõ ràng. Bất thường giải phẫu đường

tiêu hóa là nguyên nhân mất máu thường gặp và dẫn đến thiếu máu thiếu sắt.

Túi thừa Meckel là một trong những nguyên nhân bất thường bẩm sinh của ruột non thường gặp, với tỉ lệ khoảng 2% dân số chung. Túi thừa Meckel có thể không có triệu chứng hoặc biểu hiện triệu chứng ở bất kì độ tuổi nào. Trong đó, triệu chứng thường gặp của túi thừa Meckel là tắc ruột, xuất huyết tiêu hoá ồ ạt và viêm túi thừa [1].

Chúng tôi xin trình bày ca bệnh viêm túi thừa Meckel với thiếu máu thiếu sắt kéo dài do xuất huyết tiêu hoá rỉ rả.

II. TRÌNH BÀY CA BỆNH

Bảng 1: Xét nghiệm máu trước và sau điều trị

Tên xét nghiệm	Kết quả		Đơn vị
	Trước	Sau	
WBC	8,87	7,49	k/ μ l
RBC	1,79	5,28	M/ μ l
Hb	4,4	13,8	g/dl
Hct	14,2	41,6	%
MCV	79,3	78,8	fl
MCH	24,6	26,1	pg
MCHC	31	33,2	g/dl
PLT	275		k/ μ l
Sinh hóa máu			
CRP	1,1		mg/dl
Sắt huyết thanh	3,89	18,2	μ mol/l
Ferritin	27,4	50	ng/ml
AST	21,97		U/l
ALT	6,74		U/l
Đông máu toàn bộ			
TQ	14		giây
TCK	23		giây
Fibrinogen	2,1		g/dl

Bé trai 7 tuổi nhập viện khoa cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM vì tiêu máu đỏ bầm 1 lần, lượng vừa. Tiền căn

thiếu máu thiếu sắt kéo dài 1 năm, kém đáp ứng với sắt đang theo dõi tại bệnh viện Nhi Đồng 1, Hb trung bình 7,0 g/dl, đã truyền

máu 1 lần vào tháng 1 năm 2023 và chưa ghi nhận xuất huyết tiêu hoá trước đây. Lúc nhập viện, da bé xanh, niêm nhạt, mạch 140 lần/phút, huyết áp 120/80 mmHg, nhịp thở 26 lần/phút, cân nặng 26 kg, chiều cao 120 cm. Tim đều, phổi trong, bụng mềm, gan lách không to, không bóng bụng. Xét nghiệm máu ngày nhập viện với Hb 4,4 g/dl, Hct 14,2%, sắt huyết thanh 3,89 $\mu\text{mol/l}$, ferritin 27,4 ng/ml. Các xét nghiệm máu khác như: chức năng đông máu và tiểu cầu, chức năng gan, thận bình thường (bảng 1). Bé được nhịn ăn, dịch truyền, truyền hồng cầu lắng và được tầm soát nguyên nhân xuất huyết. Kết quả nội soi dạ dày chưa ghi nhận ổ xuất huyết.

Siêu âm bụng: bình thường. CT scan bụng có cản quang ghi nhận hình ảnh túi thừa Meckel (hình 1). Bé được phẫu thuật nội soi ổ bụng thám sát, ghi nhận đoạn cuối hồi tràng khoảng 70cm cách góc hồi manh tràng có túi thừa Meckel viêm (hình 2) và được cắt đoạn ruột chứa túi thừa Meckel (hình 3). Giải phẫu bệnh: Túi thừa lót bởi niêm mạc dạ dày, bề mặt là biểu mô trụ chế nhầy đều nhau, bên dưới là các tuyến thân vị được lót bởi các tế bào chính và tế bào viền với hình thái lành tính (hình 4). Theo dõi sau phẫu thuật 1 tháng, bé hồng hào, Hb và sắt huyết thanh cải thiện dù không bổ sung thêm sắt uống (Bảng 1).



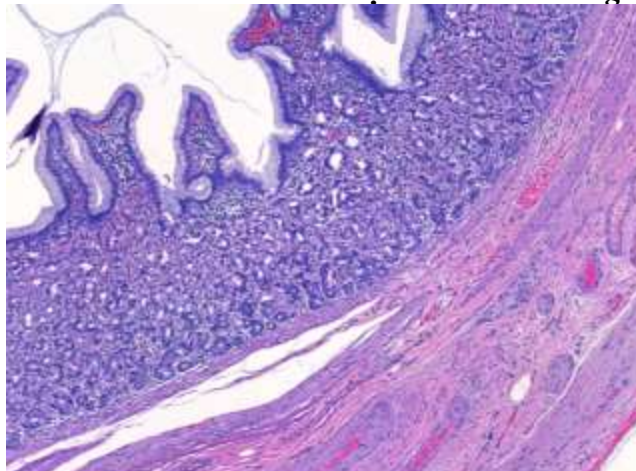
Hình 1: CT scan bụng có cản quang ghi nhận túi thừa Meckel ở đoạn cuối hồi tràng



Hình 2: Hình ảnh túi thừa Meckel ở đoạn cuối hồi tràng (qua phẫu thuật nội soi ổ bụng)



Hình 3: Túi thừa Meckel được cắt và đưa ra ngoài



Hình 4: Giải phẫu bệnh: Túi thừa lót bởi niêm mạc dạ dày, bề mặt là biểu mô trụ chế nhầy đều nhau, bên dưới là các tuyến thân vị được lót bởi các tế bào chính và tế bào viền với hình thái lạnh tính.

IV. BÀN LUẬN

Ổng noãn hoàng nối túi noãn hoàng và ống tiêu hóa trong suốt giai đoạn đầu phôi thai và thường đóng vào tuần thứ 7 phôi thai. Khi ống noãn hoàng thoái hóa không đúng cách sẽ hình thành một số bất thường bẩm sinh như túi thừa Meckel, tồn tại ống noãn hoàng, ống xoang,... Trong những bất thường bẩm sinh trên, túi thừa Meckel thường gặp nhất và chiếm tỉ lệ 2% dân số. Theo quy tắc số 2, túi thừa Meckel ở vị trí cách góc hồi manh tràng 2 feet (60cm), thường dài 2

inches (5cm), đường kính 2cm và tỉ lệ nam nhiều hơn nữ 2 lần. Khoảng 2% bệnh nhân bị biến chứng trong suốt cuộc đời, thường là trước 2 tuổi.

Túi thừa Meckel thường chứa 2 loại mô: niêm mạc ruột tự nhiên và niêm mạc lạc chỗ. Trong số các trường hợp có triệu chứng, mô dạ dày lạc chỗ thường gặp nhất (4,6 - 71%), tiếp theo là mô tụy lạc chỗ (0 - 12%) [1][2]. Sự hiện diện của mô lạc chỗ liên quan đến biểu hiện triệu chứng của túi thừa đặc biệt là xuất huyết tiêu hóa. Ở các trường hợp không

triệu chứng, thỉnh thoảng có thể gặp mô lạc chỗ tuy nhiên tỷ lệ thấp hơn nhiều với mô dạ dày lạc chỗ 0 - 18,2%, mô tụy lạc chỗ 0 - 5% [1]. Ở bệnh nhân này, kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận túi thừa được lót bởi niêm mạc dạ dày phù hợp với y văn.

Mặc dù túi thừa Meckel thường không có biểu hiện lâm sàng, chỉ 4 - 6% có biểu hiện xuất huyết tiêu hóa hoặc các triệu chứng cấp tính ở bụng liên quan đến tắc ruột, viêm túi thừa Meckel hoặc thủng. Túi thừa Meckel có thể xuất hiện triệu chứng ở bất kỳ lứa tuổi nào, nhưng phần lớn báo cáo cho thấy thường xuất hiện ở trẻ em và 25% - 50% bệnh nhân có triệu chứng xuất hiện trước 10 tuổi. Triệu chứng của túi thừa Meckel's ở trẻ em thường gặp nhất là tắc ruột (46,7%), xuất huyết tiêu hóa (25,3%) và viêm túi thừa (19,5%) [1].

Tắc ruột

Túi thừa Meckel's có thể gây ra tắc ruột bằng nhiều cách, trong đó lồng ruột là biểu hiện chính ở trẻ em [3]. Lồng hồi - hồi tràng và hồi - kết tràng có thể xảy ra, nơi túi thừa đóng vai trò là điểm khởi đầu. Ngoài ra người ta cho rằng mật độ sợi thần kinh cao trong thành túi thừa Meckel có thể làm tăng nhu động cục bộ và gây ra sự khởi phát lồng ruột [4]. Nguyên nhân gây tắc ruột phổ biến thứ hai (20%) là xoắn quanh dải Meckel, đây là dải mạc treo túi thừa được cho là tàn dư của động mạch vành chéo. Các loại tắc nghẽn khác có thể là do xoắn, thắt nút, nghẹt và thoát vị ruột trong thông qua các lỗ được hình thành bởi dải Meckel hoặc mạc treo bất thường gắn vào túi thừa. Một loại thoát vị cụ thể hiếm gặp là thoát vị Littre, thoát vị bên trong chỉ chứa túi thừa Meckel [5].

Xuất huyết tiêu hóa

Xuất huyết tiêu hóa do túi thừa Meckel do sự hiện diện của mô dạ dày lạc chỗ gây tiết acid làm loét ruột non. Đặc điểm xuất huyết thường là tiêu máu đỏ bầm không kèm đau bụng, triệu chứng xảy ra nhanh, nhiều và bệnh nhân có thể bị thiếu máu cấp tính nặng. Xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân túi thừa Meckel cũng có thể là biểu hiện của lồng ruột, hoặc sự kết hợp giữa mô dạ dày lạc chỗ và lồng ruột, trong những trường hợp chảy máu sẽ kèm theo đau bụng. Thiếu máu thiếu sắt kéo dài do mất máu rỉ rả từ túi thừa Meckel's thường ít gặp hơn với vài ca được báo cáo ở người lớn và trẻ em [3][6][7].

Viêm túi thừa

Túi thừa có thể bị viêm do vi khuẩn phát triển quá mức trong lòng khi bị tắc nghẽn, dẫn đến viêm phúc mạc do viêm túi thừa có hoặc không có thủng kèm theo. Viêm phúc mạc chiếm khoảng 20% trong tất cả các trường hợp túi thừa có triệu chứng và biểu hiện bằng đau bụng, buồn nôn/nôn và sốt, giống chẩn đoán viêm ruột thừa. Viêm túi thừa có thể dẫn đến thủng, đe dọa tính mạng. Cuối cùng, một số báo cáo trường hợp ca mô tả rằng viêm túi thừa có thể biểu hiện dưới dạng viêm hồi tràng mãn tính và bị chẩn đoán nhầm là bệnh Crohn ruột non đơn độc [6].

Túi thừa Meckel nên được nghi ngờ chẩn đoán ở trẻ em khi lâm sàng biểu hiện: xuất huyết tiêu hóa dưới không kèm đau bụng; xuất huyết tiêu hóa nhưng nội soi dạ dày và đại tràng âm tính; bệnh nhân biểu hiện triệu chứng giống viêm ruột thừa dù đã cắt bỏ ruột thừa; lồng ruột tái phát. Túi thừa Meckel có thể được chẩn đoán dựa vào siêu âm, X-quang, chụp mạch máu, CT scan bụng có cản

quang hoặc MRI có cản từ, tuy nhiên, độ nhạy và độ đặc hiệu không cao [1]. Trong ca bệnh này, bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt kéo dài dù không ghi nhận tiền căn xuất huyết tiêu hoá trước đây và vì biến cố tiêu máu đỏ bầm, gây thiếu máu cấp tính nặng nên được tầm soát nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa, và may mắn là kết quả chụp CT scan bụng cho thấy hình ảnh túi thừa Meckel.

Điều trị túi thừa Meckel có triệu chứng bằng phẫu thuật nội soi hoặc mổ hở cắt bỏ túi thừa có hoặc không kèm cắt đoạn ruột lân cận. Phẫu thuật nội soi hoặc có nội soi hỗ trợ cho thấy là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả [8].

Phẫu thuật cắt túi thừa Meckel không triệu chứng được phát hiện tình cờ vẫn còn tranh cãi. Một số tác giả đề nghị cắt tất cả các trường hợp này do nguy cơ lâu dài cũng như biến chứng của phẫu thuật nội soi thấp. Ngược lại, quan điểm khác cho rằng không cần phẫu thuật bởi vì nguy cơ thấp tiến triển thành có triệu chứng.

V. KẾT LUẬN

Cần tầm soát nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt kéo dài, trong đó nguyên nhân từ đường tiêu hoá dễ bị bỏ sót. Viêm túi thừa Meckel là một trong những nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt kéo dài ở trẻ em. Viêm túi thừa Meckel có thể không có triệu chứng hoặc biểu hiện xuất huyết tiêu hoá ở bất kỳ lứa tuổi nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hansen CC** (2018). Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine (Baltimore)* 97(35).
2. **Adero F, Diana K** (2018), Pediatric Meckel's diverticulum: Report of 208 cases and Review of literature, *Fetal and Pediatric Pathology*.
3. **Keese D, Rolle U, Gfroerer S and Fiegel H** (2019) Symptomatic Meckel's Diverticulum in Pediatric Patients – Case Reports and Systematic Review of the Literature. *Front.Pediatr.* 7:267.
4. **Negrea V, Gheban D.** Nervous structure of Meckel's diverticulum in children. *Rom J Morphol Embryol.* 2012;53(3):573–6
5. **Chen Q, Gao Z, Zhang L, Pan T, Cai D, Xiong Q, et al.** Multifaceted behaviour of Meckel's diverticulum in children. *J of Ped Surg.* 2018;53(4):676-681.
6. **Kang HS, Lee JS, Hyun CR, Jung IH, Kang KS** (2019). Meckel's Diverticulum Diagnosed in a Child with Suspected Small Bowel Crohn's Disease. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 22(1):98-104.
7. **Al-Onaizi I, Al-Awadi F, Al-Dawood AL** (2002). Iron deficiency anaemia: an unusual complication of Meckel's diverticulum. *Med Princ Pract.* 11(4):214-7.
8. **Clark JM, Koontz CS, Smith LA, et al.** Video-assisted transumbilical Meckel's diverticulectomy in children. *Am Surg* 2008;74:327–9.

VAI TRÒ CỦA MULTIPLEX REALTIME PCR VÀ NUÔI CẤY TRONG CHẨN ĐOÁN NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH NĂM 2023

Bùi Thị Huyền My¹, Nguyễn Thị Hà¹, Lê Thị Vân Anh¹

TÓM TẮT.

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính ở một phần hoặc toàn bộ đường hô hấp. Bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ đặc biệt dưới 5 tuổi và là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở nhóm tuổi này. Xét nghiệm căn nguyên sớm giúp chẩn đoán phân biệt và định hướng điều trị hợp lý trong thời điểm kháng thuốc ở vi khuẩn ngày một gia tăng. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 3528 bệnh nhi được chẩn đoán lâm sàng nhiễm khuẩn hô hấp có chỉ định nuôi cấy vi khuẩn và Multiplex realtime PCR sử dụng Panel RP4 của bộ kit Allplex Respiratory panel assays (Seegene) cho thấy Multiplex realtime PCR cho tỷ lệ phát hiện căn nguyên cao hơn (76,7%) so với nuôi cấy (46,8%). Các tác nhân được phát hiện bằng nuôi cấy vi khuẩn thông thường là *Haemophilus influenzae* (20,4%), *Moraxella catarrhalis* (13,9%) và *Streptococcus pneumoniae* (9,1%). Multiplex realtime PCR có thể phát hiện được một số vi khuẩn không điển hình hoặc những vi khuẩn khó nuôi cấy như *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella parapertussis*, *Legionella*. Tỷ lệ phát hiện đa tác nhân của

Multiplex realtime PCR cũng cao hơn so với nuôi cấy.

SUMMARY

THE ROLE OF MULTIPLEX REALTIME PCR AND CULTURE IN DIAGNOSING ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN AT TAM ANH HOSPITAL IN 2023

Acute respiratory infection is an acute bacterial infection in a part or all of the respiratory tract. The disease is common in young children, especially under 5 years old, and is one of the main causes of death in this age group. Detecting the cause early helps differentiate diagnosis and guide appropriate treatment for patients when drug resistance of bacteria is increasing. Cross-sectional descriptive study on 3528 pediatric patients diagnosed with respiratory infections was performed with bacterial culture and Multiplex realtime PCR using Panel RP4 of the Allplex Respiratory panel assays kit (Seegene). Multiplex realtime PCR showed a higher rate of detecting the pathogens (76.7%) than culture (46.8%). Agents commonly detected by bacterial culture are *Haemophilus influenzae* (20.4%), *Moraxella catarrhalis* (13.9%), and *Streptococcus pneumoniae* (9.1%). Multiplex realtime PCR can detect some atypical bacteria that cannot be detected by culture such as *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, *Legionella*. The detection rate of multiple agents by PCR was also higher than culture.

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Huyền My
SĐT: 0397328010

Email: mybth@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 09/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/7/2024

Ngày duyệt bài: 22/7/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính ở một phần hoặc toàn bộ đường hô hấp. Bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ đặc biệt dưới 5 tuổi và là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở nhóm tuổi này [1]. Căn nguyên gây bệnh rất đa dạng bao gồm vi khuẩn, virus và ký sinh trùng. Các nghiên cứu gần đây cho thấy, ở các nước phát triển căn nguyên gây bệnh nhiễm khuẩn hô hấp chủ yếu là do virus (virus cúm, á cúm, hợp bào hô hấp, rhinovirus, enterovirus, Adenovirus ...) chiếm 80 - 90%. Ngược lại tại các nước đang phát triển, vi khuẩn vẫn là nguyên nhân quan trọng gây nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em, chiếm 75% [2]. Chính vì vậy, phát hiện căn nguyên sớm giúp, đặc biệt là căn nguyên vi khuẩn giúp chẩn đoán phân biệt và định hướng điều trị hợp lý trong thời điểm kháng thuốc kháng sinh ở vi khuẩn ngày một gia tăng. Nuôi cấy vi sinh là xét nghiệm thường quy nhằm đáp ứng mục đích trên, tuy nhiên cho kết quả chậm sau 3-5 ngày. Multiplex realtime PCR là phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu cao đồng thời cho kết quả nhanh và có khả năng chẩn đoán một số vi khuẩn mà nuôi cấy không phát hiện được. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu:

1. So sánh tỷ lệ phát hiện căn nguyên giữa phương pháp Multiplex realtime PCR và nuôi cấy vi khuẩn trên bệnh phẩm hô hấp ở trẻ em.

2. So sánh khả năng xác định chủng loại vi khuẩn trong chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp giữa phương pháp Multiplex realtime PCR và nuôi cấy vi khuẩn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 3528 bệnh nhi đến khám và được chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp cấp tại bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ 01/2023 - 12/2023

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhi được chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp cấp và có đủ kết quả xét nghiệm nuôi cấy và Multiplex realtime PCR.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhi viêm đường hô hấp cấp do virus, ký sinh trùng, lao hoặc tác nhân không phải vi khuẩn, bệnh nhi không có đủ xét nghiệm nuôi cấy và Multiplex realtime PCR.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Bệnh nhi chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp cấp được lấy bệnh phẩm chỉ định làm xét nghiệm Multiplex realtime PCR sử dụng Panel 4 của bộ kit Allplex Respiratory panel assays (Seegene) phát hiện 7 tác nhân vi khuẩn bao gồm *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae* và chỉ định làm nuôi cấy vi khuẩn. Bệnh phẩm được cấy vào các môi trường Thạch máu, Mac conkey, Chocolate. Mẫu cấy dương tính được định danh bằng hệ thống Vitek 2 Compact.

2.4. Thu thập và xử lý số liệu

Số liệu được thu thập, làm sạch và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

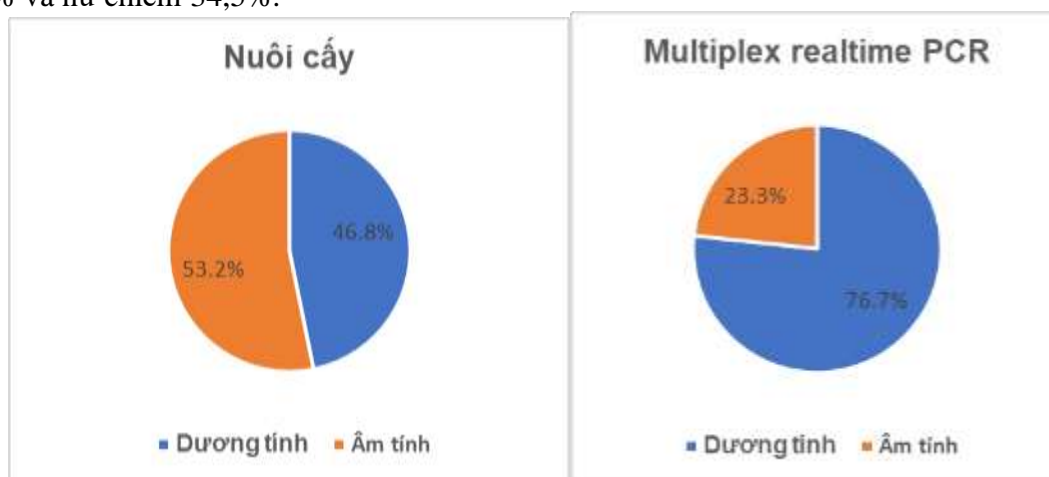
Mọi thông tin liên quan đến kết quả xét nghiệm, khám và điều trị của bệnh nhân được sử dụng hoàn toàn phục vụ mục đích nghiên cứu. Các thông tin cá nhân được bảo mật hoàn toàn. Không sử dụng số liệu của nghiên cứu cho bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi	0 - 2	2034	62,4
	> 2 - 5	860	26,4
	> 5	364	11,2
Giới	Nam	2134	65,5
	Nữ	1124	34,5

Năm 2023 có 3258 bệnh nhân trẻ em được khám và chẩn đoán viêm đường hô hấp cấp có thực hiện nuôi cấy và Multiplex realtime PCR tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh. Trong số đó có 62,4% từ 0 - 2 tuổi; 26,4% > 2 - 5 tuổi và 11,2% > 5 tuổi. Bệnh chủ yếu ở trẻ nam với 65,5% và nữ chiếm 34,5%.



Biểu đồ 1. So sánh tỷ lệ phát hiện căn nguyên của nuôi cấy và Multiplex realtime PCR

Multiplex realtime PCR cho tỷ lệ phát hiện căn nguyên cao hơn (76,7%) so với nuôi cấy (46,8%).

Bảng 2. So sánh tác nhân phát hiện trên nuôi cấy và Multiplex realtime PCR

Tác nhân	Nuôi cấy		Multiplex realtime PCR	
	n	%	n	%
<i>Haemophilus influenzae</i>	666	20,4	1767	54,2
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	295	9,1	1181	36,3
<i>Moraxella catarrhalis</i>	453	13,9	-	-
<i>Bordetella pertussis</i>	-	-	-	-
<i>Bordetella parapertussis</i>	-	-	18	0,6
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	-	-	389	11,9
<i>Legionella pneumophila</i>	-	-	6	0,2
<i>Chlamydomphila pneumoniae</i>	-	-	72	2,2
<i>Staphylococcus aureus</i>	44	1,4	-	-
<i>Staphylococcus pyogenes</i>	20	0,6	-	-

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tác nhân được phát hiện trên nuôi cấy chủ yếu bao gồm *H. influenzae* (20,4%), *S. pneumoniae* (9,1%), *M. catarrhalis* (13,9%). Ngoài ra còn 1 số vi khuẩn khác với tỷ lệ ít hơn như *S. aureus* (1,4%) và *S. pyogenes* (0,6%). Với phương pháp Multiplex realtime PCR sử dụng Panel 4 phát hiện 7 loại vi khuẩn, các tác nhân được phát hiện chủ yếu

bao gồm *H. influenzae* (50,4%), *S. pneumoniae* (36,3%). Ngoài ra Multiplex realtime PCR còn phát hiện 485 mẫu có chứa vi khuẩn không điển hình, vi khuẩn không nuôi cấy được trên các môi trường nuôi cấy thông thường như *M. pneumoniae* (11,9%), *C. pneumoniae* (2,2%), *B. parapertussis* (0,6%), *L. pneumophila* (0,2%).

Bảng 3. Khả năng phát hiện đa tác nhân của nuôi cấy và Multiplex realtime PCR

Khả năng phát hiện			Nuôi cấy	Multiplex realtime PCR
	Đồng nhiễm 2 tác nhân	<i>H. influenzae</i> + <i>S. pneumoniae</i>		25
<i>H. influenzae</i> + <i>M. catarrhalis</i>			71	-
<i>M. catarrhalis</i> + <i>S.pneumoniae</i>			32	-
Đồng nhiễm > 2 tác nhân	<i>H. influenzae</i> + <i>S. pneumoniae</i> + Vi khuẩn không điển hình		-	114

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 3258 bệnh nhân cho thấy khả năng phát hiện căn nguyên của Multiplex realtime PCR cao hơn hẳn so với nuôi cấy vi khuẩn (76,7% so với 46,8%). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Hou với nuôi cấy dương là 38,2% và multiplex realtime PCR là 88,2% [3] hay nghiên cứu của Đinh Thị Thu Hương năm 2023 cũng cho tỷ lệ phát hiện căn nguyên của Multiplex realtime PCR là 89,3% và nuôi cấy là 61,7% [4]. Điều này giải thích bởi nguyên lý xét nghiệm và kỹ thuật thực hiện của 2 phương pháp này hoàn toàn khác hẳn nhau. Xét nghiệm nuôi cấy phân lập trực tiếp vi khuẩn sống từ mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân trong khi multiplex realtime PCR xác định tác nhân thông qua phát hiện đoạn gen đích của vi khuẩn. Chính vì vậy, quá trình lấy mẫu, vận chuyển cho đến khi nuôi cấy phân lập tác nhân phải đòi hỏi các điều kiện khó khăn hơn vì nếu vi khuẩn chết sẽ làm mất khả năng phân lập bằng nuôi cấy.

Multiplex realtime PCR cũng thực sự có ý nghĩa với các trường hợp bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước đó, yếu tố làm tăng khả năng âm tính giả ở xét nghiệm nuôi cấy [5]. Hoặc ở các bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn nặng, cần định hướng tác nhân sớm để lựa chọn kháng sinh, giảm khả năng diễn biến của bệnh. Tuy nhiên, Multiplex realtime PCR lại chỉ giới hạn được số lượng tác nhân phát hiện trong panel của mình vì phải chuẩn bị cặp mồi đặc hiệu cho từng tác nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có đến 13,9% bệnh nhân nuôi cấy phát hiện *M. catarrhalis*, 2% bệnh nhân có *S. aureus* và *S. pyogenes* nhưng Multiplex realtime PCR không phát hiện được vì Panel không có đoạn mồi đặc hiệu cho các vi khuẩn này. Multiplex realtime PCR cũng cho thấy khả năng phát hiện các tác nhân thuộc nhóm vi khuẩn không điển hình như *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *B. parapertussis* cao hơn so với nuôi cấy thông thường do các tác nhân này kí sinh nội bào bắt buộc, đòi hỏi môi trường

nuôi cấy chuyên biệt, thời gian nuôi cấy kéo dài nên chỉ thường được thực hiện trong các viện nghiên cứu, không xét nghiệm rộng rãi được tại các cơ sở khám chữa bệnh.

Đối với khả năng phát hiện đa tác nhân, tỷ lệ phát hiện đồng nhiễm 2 tác nhân của xét nghiệm nuôi cấy là 128 trường hợp (4,2%) còn Multiplex realtime PCR là 713 trường hợp (21,9%). Ngoài ra Multiplex realtime PCR còn có khả năng phát hiện được 3.5% trường hợp đồng nhiễm các vi khuẩn thông thường và vi khuẩn không điển hình. Tuy nhiên, cũng cần xem xét đến các trường hợp Multiplex realtime PCR cho kết quả dương tính nhưng chỉ số CT (Cycle Threshold) cao (>30), khi đó nhiều trường hợp vi khuẩn nằm trong đường hô hấp của người bệnh nhưng số lượng không đủ để trở thành tác nhân gây bệnh. Xét nghiệm nuôi cấy lúc này có thể gợi ý phiên giải kết quả thông qua so sánh với số lượng của các tác nhân thuộc vi hệ đường hô hấp, từ đó đưa ra kết luận căn nguyên gây bệnh ở các bệnh nhân [6].

V. KẾT LUẬN

Multiplex realtime PCR cho tỷ lệ phát hiện căn nguyên cũng như khả năng phát hiện chủng loại vi khuẩn cao hơn so với xét nghiệm nuôi cấy. Mặc dù không thay thế hoàn toàn được xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn nhưng Multiplex realtime PCR giúp giảm thời gian trả kết quả và tăng khả năng phát hiện căn nguyên gây nhiễm khuẩn hô hấp, giúp định hướng lựa chọn phác đồ

kháng sinh phù hợp, đặc biệt trong những trường hợp căn nguyên là vi khuẩn không điển hình hoặc vi khuẩn khó nuôi cấy trên các môi trường nuôi cấy thông thường, các trường hợp đã sử dụng kháng sinh trước khi thực hiện xét nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Anh Tuấn** (2018), Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em, Bệnh viện Nhi đồng 1 thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Malik Peiris JS.** Avian influenza viruses in humans. *Rev Sci Tech* 2009;28(1):161-173.
3. **Hou D, Ju M, Wang Y, et al.** PCR coupled to electrospray ionization mass spectrometry for microbiological diagnosis and surveillance of ventilator-associated pneumonia. *Experimental and Therapeutic Medicine.* 2020;20(4):3587-3594.
4. **Đinh Thị Thu Hương**, 2023, Nghiên Cứu PCR Đa Môi Trong Chẩn Đoán Sớm Tác Nhân Gây Bệnh Và Hướng Dẫn Điều Trị Trong Viêm Phổi Bệnh Viện, Luận án tiến sĩ, Đại Học Y Hà Nội.
5. **Baudel J-L, Tankovic J, Dahoumane R, et al.** Multiplex PCR performed of bronchoalveolar lavage fluid increases pathogen identification rate in critically ill patients with pneumonia: a pilot study. *Annals of intensive care.* 2014;4(1):35.
6. **Leber AL.** Respiratory Tract Cultures, *Clinical Microbiology Procedures Handbook* ASM Press; 2016:3.11.1.1-3.11.9.4.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ÁP DỤNG KỸ THUẬT MỞ SỌ TỈNH CHO PHẪU THUẬT CẠNH BÓ, XÂM LẤN TỐI THIỂU QUA RÃNH ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NÃO

Lưu Kính Khương¹, Lê Hoàng Quân¹

TÓM TẮT.

Chuyên ngành gây mê thần kinh ngày càng chú trọng đến kỹ thuật vô cảm có thể tối ưu phẫu trường, bảo tồn chức năng thần kinh, đồng thời giảm biến chứng gây mê, giảm ảnh hưởng của gây mê đối với theo dõi thần kinh trong mổ, tỉnh mê êm dịu, nhằm đảm bảo bệnh nhân phục hồi nhanh, giảm biến chứng phẫu thuật và thời gian nằm viện. Mở sọ tỉnh có thể là lựa chọn phù hợp để hiện thực hóa các mục tiêu nêu trên, mở sọ tỉnh không chỉ cho phép lập bản đồ não trong mổ tránh tổn thương vùng não chức năng, còn giúp bệnh nhân có cơ hội phục hồi tốt, giảm thiểu gánh nặng gây mê và thở máy sau mổ. Mở sọ tỉnh phổ biến nhất là cắt u thần kinh đệm nằm gần hoặc trong vùng não chức năng, nhưng chỉ định đã mở rộng qua nhiều năm cho các tổn thương trên lều khác như túi phình, dị dạng động tĩnh mạch. Vai trò của nó đối với tổn thương xuất huyết não trên lều vẫn chưa được xác định. Chúng tôi đã thực hiện thành công năm ca mở sọ tỉnh lấy máu tụ trong não trên lều trong thời gian này. Không có biến chứng nghiêm trọng trong mổ, thất bại mở sọ tỉnh hoặc chuyển sang gây mê. Kết quả bước đầu áp dụng kỹ thuật mở sọ

tỉnh cho phẫu thuật cạnh bó xâm lấn tối thiểu qua rãnh điều trị xuất huyết não tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh cho thấy phương pháp này an toàn và khả thi.

Từ khóa: mở sọ tỉnh, phẫu thuật cạnh bó xâm lấn tối thiểu qua rãnh, xuất huyết não.

SUMMARY

AWAKE MINIMALLY INVASIVE TRANS-SULCAL PARAFASCICULAR SURGERY WITH MONITORED ANESTHESIA CARE APPROACH FOR SPONTANEOUS INTRACEREBRAL HEMORRHAGE

The neuroanaesthesia specialty increasingly emphasis on providing optimal surgical conditions, preservation of neurological functions, also reduction the complications of general anaesthesia, minimal interference on intraoperative neurophysiological monitoring, smooth recovery from anaesthesia for neurosurgical patients to ensure quick recovery, minimal surgical complications and reduce the length of hospital stay. Awake craniotomy may be an appropriate approach to actualize the above goals, since awake craniotomy not only allows intraoperative brain mapping to prevent injury to the eloquent brain regions, but also provides the patient the best possible chance of recovery and minimizes the burden associated with general anaesthesia and postoperative ventilation. The most common surgical indication for awake craniotomy is resection of gliomas, located within or close to the eloquent areas of the brain,

¹Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Kính Khương

SĐT: 0913769849

Email: khuonglk@tahospital.vn

Ngày nhận bài: 14/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 19/7/2024

Ngày duyệt bài: 05/8/2024

although the indication for awake craniotomy has been extended over the years to include other supratentorial lesions such as intracerebral aneurysm, arteriovenous malformation. Its role in supratentorial intracerebral hemorrhage remains undetermined. We performed five successful awake craniotomies for supratentorial intracerebral hemorrhage evacuation under monitored anesthesia care within the period. There was no serious intraoperative complication, failure of AC or conversion into general anaesthesia. Our preliminary results of applying the awake craniotomy for supratentorial intracerebral hemorrhage evacuation by minimally invasive trans-sulcal parafascicular surgery at Tam Anh Hospital show this method is safe and feasible.

Keywords: awake craniotomy, minimally invasive trans-sulcal parafascicular surgery, intracerebral hemorrhage.

I. GIỚI THIỆU

Xuất huyết não (XHN) vẫn là phân nhóm đột quy duy nhất thiếu phương pháp điều trị triệt để, chủ yếu do thiếu bằng chứng từ nghiên cứu^[3]. Gần đây, ENRICH báo cáo phẫu thuật cạnh bó, xâm lấn tối thiểu qua rãnh (MIPS: minimally invasive trans-sulcal parafascicular surgery) lấy máu tụ giúp giảm tỉ lệ tử vong, đây là nghiên cứu lâm sàng đầu tiên cho thấy phẫu thuật lấy máu tụ sớm trong vòng 24 giờ sau khởi phát có lợi trên chức năng bệnh nhân XHN^[7]. Ê-kíp phẫu thuật thần kinh bệnh viện Tâm Anh bắt đầu ứng dụng MIPS điều trị XHN từ năm 2023.

Chuyên ngành gây mê (GM) thần kinh ngày càng chú trọng đến kỹ thuật vô cảm cho phẫu thuật thần kinh có thể tối ưu phẫu trường, bảo tồn chức năng thần kinh, đồng thời còn giảm gánh nặng và nguy cơ do GM, tỉnh mê êm dịu và chất lượng cao^[5]. Tất cả

nhằm đảm bảo bệnh nhân phục hồi nhanh, giảm biến chứng phẫu thuật và thời gian nằm viện^[5].

Thường phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ dưới GM để tối ưu bệnh nhân và tư thế mổ. Nhưng GM luôn đi kèm với biến động huyết áp (HA) lớn^[4]. Nhiều nghiên cứu báo cáo có mối tương quan giữa GM và kết cục thần kinh xấu ở bệnh nhân đột quy cấp, tụt HA trong mổ liên quan đến GM được cho là yếu tố tiềm năng dẫn đến kết cục xấu này^[4]. Trong bối cảnh XHN cấp, biến động HA lớn bao gồm tăng và tụt HA đều có ảnh hưởng xấu đến kết cục. THA gây mở rộng khối máu tụ, còn tụt HA gây giảm tưới máu vùng tranh tối tranh sáng thiếu máu cục bộ xung quanh khối máu tụ^[3]. Do đó, mở sọ tỉnh (awake craniotomy) có thể là lựa chọn phù hợp để hiện thực hóa các mục tiêu nêu trên, mở sọ tỉnh không chỉ cho phép lập bản đồ trong mổ tránh tổn thương vùng não chức năng, còn giúp bệnh nhân có cơ hội phục hồi tốt và giảm thiểu biến chứng GM.^[5] Chỉ định mở sọ tỉnh đã mở rộng qua nhiều năm cho các tổn thương trên lều khác ngoài u thần kinh đệm như túi phình, dị dạng động tĩnh mạch^{[1],[5]}. Tuy nhiên, vai trò trong tổn thương XHN trên lều vẫn chưa được xác định. Chúng tôi trình bày kết quả bước đầu áp dụng kỹ thuật mở sọ tỉnh MAC cho phẫu thuật MIP điều trị XHN tại bệnh viện Tâm Anh TP.HCM.

II. GIAO THỨC VÔ CẢM MỞ SỌ TỈNH MAC

Chúng tôi sử dụng kỹ thuật MAC (Monitored Anesthesia Care), an thần và giảm đau có ý thức bằng propofol-sufentanil kết hợp gây tê da đầu, kỹ thuật này giúp đạt mức an thần tối ưu, cho phép bệnh nhân thức tỉnh (arousable) trong toàn cuộc mổ, hoàn toàn tỉnh táo (wakefulness) ở giai đoạn cần

test chức năng. Khi đến phòng mổ, bệnh nhân được an thần/giảm đau bằng TCI (target controlled infusion) propofol và sufentanil, gây tê các dây thần kinh cảm giác đa đầu dưới siêu âm bằng dung dịch bupivacaine 0,25% và epinephrine 1:200.000 dựa trên đường mổ dự kiến. Sau đó gây tê vị trí bắt vít rồi tiến hành bắt khung Mayfield.

Cài đặt TCI nồng độ đích propofol 0,5 mcg/ml (0,2-1,5) và sufentanil 0,001 - 0,005 mcg/kg/phút^[2]. Phác đồ này giúp đạt tác dụng an thần phù hợp mà không gây ức chế hô hấp trong quá trình mở sọ và màng cứng. Giai đoạn này khó khăn vì dễ rối loạn huyết động và hô hấp do an thần sâu. Chính liều propofol và sufentanil để đạt điểm Ramsay mục tiêu 3 - 4. Khi mở xong màng cứng, bắt đầu lập bản đồ não và không để tác dụng an thần ảnh hưởng đến test chức năng. Thường ngừng truyền propofol 10 - 15 phút trước test. Bệnh nhân được duy trì tỉnh táo và hợp tác cho đến khi kết thúc lấy máu tụ, sau đó an thần lại bằng TCI propofol và sufentanil như ban đầu để đạt Ramsay 2 - 4.

Theo dõi trong mổ tiêu chuẩn bao gồm điện tim, SpO₂, nhịp thở, nhiệt độ. Theo dõi HA xâm lấn để kiểm soát trong mổ. Đo HA, SpO₂ trên tay cùng bên tổn thương, tránh cản trở theo dõi cảm giác vận động ở tay đối bên. Theo dõi ETCO₂ qua kênh lấy mẫu tích hợp cannula mũi. Không đặt thông tiểu để tránh bệnh nhân khó chịu trong mổ. Theo dõi độ sâu an thần bằng Entropy với mục tiêu 60 - 80.

Phòng mổ cần đủ rộng (tối thiểu 50 m²) cho hệ thống Robot Modus V Synaptive và nhiều trang bị đi kèm. Bệnh nhân mổ ở tư thế nằm ngửa hoặc nằm bán nghiêng. Bệnh nhân nằm đối mặt với máy GM, người GM thuận

tiện tương tác mặt đối mặt với bệnh nhân và thuận lợi cho thao tác kiểm soát đường thở.

Tiêu chí chính là đánh giá chức năng thần kinh đo bằng thang điểm mRS (Modified Rankin Scale) tại 30 ngày sau mổ. Tiêu chí phụ là các biến chứng liên quan đến kỹ thuật vô cảm và phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã vô cảm 5 bệnh nhân mở sọ tỉnh lấy máu tụ trong não bằng kỹ thuật MAC, tất cả bệnh nhân thức tỉnh trong mổ, tỉnh táo hoàn toàn trong giai đoạn cần test chức năng. Tất cả bệnh nhân tự thở oxy qua cannula mũi. 4/5 bệnh nhân tỉnh táo và hợp tác trong suốt cuộc mổ, 1 bệnh nhân có xu hướng ngủ gà, (GCS 12 điểm) cần hỗ trợ nasal trumpet (BN4). Đặc điểm bệnh nhân liệt kê trong bảng 1.

Tất cả hoàn thành cuộc mổ thành công dưới kỹ thuật MAC. Các biến chứng trong mổ thoáng qua và dễ kiểm soát bao gồm THA (80%) kiểm soát bằng nicardipine, buồn nôn (20%) và giảm SpO₂ < 92% kéo dài hơn 30s (40%); buồn nôn điều trị bằng ondansetron và giảm bão hòa oxy thường do an thần quá mức, kiểm soát bằng cách giảm tốc độ propofol và/hoặc sufentanil. Không có biến cố ảnh hưởng đến phẫu thuật hoặc cần chuyển sang GM.

Sau mổ, tất cả bệnh nhân nhập ICU theo dõi. Một bệnh nhân đặt nội khí quản (NKQ) và thở máy sau mổ do biến chứng chảy máu lại cần mở sọ giải áp, bệnh nhân đang uống aspirin (BN4). Đánh giá đau tại 2, 6, 12 và 24 giờ sau mổ. Điểm đau NRS (Numerical Rating Scale) tất cả bệnh nhân ≤ 3.

Bảng 1. Đặc điểm các bệnh nhân mở sọ tĩnh

	TB	BN 1	BN 2	BN 3	BN 4	BN 5
Tuổi (năm)	58,8	43	89	55	67	40
Giới tính	--	Nam	Nam	Nam	Nam	Nữ
Bệnh lý đi kèm	--	THA	THA, RN	THA	THA, ĐTĐ	--
Khởi phát XHN (giờ)	18,6	5	6	8	10	64
Bán cầu XHN	--	Phải	Trái	Phải	Trái	Phải
Liệt 1/2 người	--	Trái	Phải	Trái	Phải	Trái
Mất ngôn ngữ	--	--	Nhẹ	--	Nhẹ	--
Đặc điểm XHN	--	Thùy não	Thùy não	Thùy não	XHN sâu	XHN sâu
Thời gian mổ (phút)	79,2	89	60	75	89	83
Nằm ICU (giờ)	38,4	24h	24	48	72	24
Nằm viện (ngày)	10,4	10	9	6	12	9
GCS nhập viện	13,8	14	14	14	12	15
GCS xuất viện	15	15	15	15	15	15
mRS nhập viện	--	2	2	2	4	3
mRS 30 ngày	--	2	0	0	3	3

Đánh giá chức năng thần kinh sau mổ bằng thang điểm mRS tại 30 ngày. Định nghĩa 2 phân nhóm kết cục bao gồm: thuận lợi là đạt mRS 0 - 2 (bệnh nhân có thể sinh hoạt độc lập tại nhà), không thuận lợi là mRS 3 - 6 (tử vong hoặc tàn tật trung bình-nặng). Tại 30 ngày sau mổ, 3/5 bệnh nhân cải thiện mRS (2 bệnh nhân từ mRS-2 chuyển sang mRS-0; 1 bệnh nhân từ mRS-4 sang mRS-3). Không có bệnh nhân nào thay đổi từ phân nhóm mRS 3 - 6 sang mRS 0 - 2. Ngoài ra, 1/2 bệnh nhân aphasia phục hồi hoàn toàn sau mổ 30 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Lý do cần mở sọ tĩnh

Mở sọ tĩnh (awake craniotomy) ngày càng phổ biến trong phẫu thuật thần kinh, đến mức được đề xuất nên áp dụng cho tất cả phẫu thuật u não^[5]. Tại sao bệnh nhân cần tỉnh táo trong quá trình mổ? Đối với đa số u não trong trục, phẫu thuật cắt u không đồng

nghĩa chữa khỏi. Mục đích mổ là giảm thể tích u, giảm triệu chứng, kéo dài thời gian sống và tối ưu hiệu quả hóa/xạ. Tối ưu là cắt u tối đa nhưng ảnh hưởng chức năng tối thiểu, tránh gây khiếm khuyết thần kinh hoặc tổn thương vùng não có chức năng quan trọng điều khiển lời nói và vận động, do đó chỉ định phổ biến nhất của mở sọ tĩnh là cắt u nằm ở vùng não chức năng.

Để hạn chế nguy cơ tổn thương thần kinh, trước cắt u, phẫu thuật viên cần biết vùng não nằm gần u có chức năng quan trọng hay không. Do đó, cần lập bản đồ về sự tương quan giữa cấu trúc/vị trí giải phẫu với chức năng, được gọi là bản đồ chức năng giúp cân bằng giữa cắt u toàn bộ và bảo tồn chức năng tối đa. Hiện nay, lập bản đồ trước mổ phổ biến nhất là MRI chức năng (fMRI) và DTI (Diffusion Tensor Imaging), nhưng kỹ thuật này không đủ tin cậy nên không thể dựa hoàn toàn vào để quyết định cắt hay không cắt một vùng mô não.

Lập bản đồ não dựa trên kích thích trực tiếp vỏ não/dưới vỏ hiện được xem là tiêu chuẩn vàng để hướng dẫn cắt u trong mổ. Mặc dù, có thể GM để lập bản đồ cảm giác và vận động dựa vào điện thế gọi vận động (motor evoked potential) và điện thế gọi cảm giác thân thể (somatosensory evoked potential)^[1]. Bệnh nhân không phải chịu trải nghiệm mổ tỉnh, lập bản đồ không cần bệnh nhân hợp tác. Nhưng nếu muốn lập bản đồ ngôn ngữ vẫn cần mở sọ tỉnh.

4.2. Ảnh hưởng của GM trên kết cục bệnh nhân XHN

Đa số bệnh nhân XHN cấp đều có THA. THA phối hợp với mở rộng XHN, suy giảm thần kinh, tử vong và tàn tật nặng hơn^[3]. Tử vong tăng 5% với mỗi mức tăng 10% thể tích mở rộng XHN. Tụt HA cũng có hại. Biến thiên lớn HATT trong 24 giờ đầu tiên có mối liên quan tuyến tính với tử vong và tàn tật nặng tại 90 ngày^[3]. Hướng dẫn AHA 2022 khuyến cáo kiểm soát HA liên tục và ổn định, tránh HATT biến thiên lớn để cải thiện kết cục bệnh nhân XHN (Class 2a)^[3].

Gây mê tối ưu tư thế bệnh nhân, bảo vệ đường thở và mổ không đau, nhưng gây bất ổn huyết động lớn trong quá trình GM dẫn đến nguy cơ giảm tưới máu não^[4]. Ở bệnh nhân đột quy cấp, có mối tương quan giữa GM và kết cục xấu, tụt HA trong mổ được cho là yếu tố tiềm năng dẫn đến kết cục xấu này^[4]. Trong XHN, có sự giảm lưu lượng máu não toàn bộ thoáng qua và suy giảm cơ chế tự điều hòa ở vùng xung quanh khối máu tụ (penumbra), nếu giảm HA đột ngột có thể dẫn đến dẫn mạch, gây tăng áp lực nội sọ, giảm áp lực tưới máu não. HA là một mục tiêu quan trọng đối với khả năng sống sót của vùng penumbra^[3].

Thực tế, khó kiểm soát huyết động ổn định trong phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ, đặc

biệt sau khởi mê thường tụt HA rõ và sự sụt giảm này có thể làm xấu thêm lưu lượng máu não đến vùng penumbra. Bệnh nhân còn bị tụt HA trong giai đoạn đã mở màng cứng, vì không còn kích thích đau. Hiện không có dữ liệu về huyết động trong mổ ở bệnh nhân phẫu thuật XHN cấp. Các nghiên cứu so sánh GM với an thần trên bệnh nhân đột quy cấp cho thấy MAP nhóm GM thấp hơn đáng kể tại tất cả thời điểm sau khởi mê^[4].

4.3. Kỹ thuật vô cảm nào tối ưu?

So với mở sọ dưới GM, mở sọ tỉnh phối hợp với kết quả tốt hơn, mức độ cắt u nhiều hơn, ít bị suy giảm thần kinh muện, thời gian nằm viện ngắn hơn và thời gian sống sót dài hơn^[8]. Hiện có 3 kỹ thuật vô cảm cho phẫu thuật mở sọ tỉnh^[8]. Kỹ thuật “ngủ-tỉnh-ngủ” (AAA: Asleep-Awake-Asleep) gồm 3 giai đoạn: đầu tiên GM qua NKQ hoặc mask thanh quản (MTQ) đến khi bộc lộ não, sau đó ngừng GM rút NKQ/MTQ, giữ bệnh nhân tỉnh để lập bản đồ/cắt tổn thương, sau đó GM đặt lại NKQ/MTQ để hoàn tất phẫu thuật. Trong kỹ thuật “ngủ-tỉnh” (AA: Asleep-Awake), sau cắt u vẫn giữ bệnh nhân tỉnh hoặc an thần nhẹ đến khi kết thúc phẫu thuật. Kỹ thuật thứ 3 là MAC bao gồm an thần-giảm đau, không cần đặt NKQ, bệnh nhân thức tỉnh trong suốt cuộc mổ, chủ yếu dựa vào gây tê da đầu tốt và thuốc mê ngắn, dễ chỉnh liều. Cho đến nay, chưa đủ bằng chứng cho thấy kỹ thuật nào tốt nhất^[8]. Mỗi kỹ thuật vô cảm đòi hỏi ngoài kiểm soát hô hấp-huyết động, vô cảm phù hợp, còn không được ảnh hưởng đến lập bản đồ và test nhận thức. Mỗi bệnh viện cần phát triển giao thức riêng. Nguyên tắc tốt nhất là bác sĩ GM phải có kỹ năng chuyển từ kỹ thuật này sang kỹ thuật kia trong trường hợp cần GM.

Chúng tôi chọn MAC để MIPS lấy XHN trên lều dựa trên 4 lý do: 1) tránh biến động

huyết động bất lợi liên quan đến GM^[4]; 2) thời gian mổ ngắn (< 3h bao gồm thời gian chuẩn bị bệnh), dự kiến bệnh nhân có thể dung nạp tốt; 3) MAC không gặp kích động (agitation) và sáng (delirium) cấp tính sau khi đánh thức bệnh nhân như AAA và AA, có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân và khó kiểm soát^[8]; 4) sử dụng bản đồ fMRI/DTI để lập kế hoạch mổ có thể âm tính giả, dẫn đến nguy cơ khiếm khuyết thần kinh. Kết hợp fMRI/DTI với khả năng hiểu và nói của bệnh nhân khi lập bản đồ trong mổ sẽ bảo tồn chức năng tốt hơn^[1].

Một phân tích tổng hợp 40 nghiên cứu mở sọ tỉnh gần đây báo cáo phẫu thuật này an toàn, bệnh nhân dung nạp tốt. Biến chứng trong mổ bao gồm thất bại (2%), động kinh trong mổ (8%), khiếm khuyết thần kinh mới (17%) và cần chuyển sang GM (2%)^[8]. Loạt ca này chỉ gặp các biến cố nhỏ và dễ kiểm soát bao gồm THA, buồn nôn, giảm bão hòa oxy. Không có biến cố nặng ảnh hưởng phẫu thuật hoặc thất bại chuyển GM. Mở sọ tỉnh lấy XHN trên lều là khả thi, đặc biệt nếu toàn bộ thời gian mổ không kéo dài quá 3 giờ. Mở sọ tỉnh là một lựa chọn hứa hẹn giúp giảm nguy cơ GM, dù có thể không có chỉ định lập bản đồ trong mổ, nhằm giảm những thách thức sau mổ bao gồm hồi phục sau GM và chi phí nằm ICU^[5].

4.4. Đau trong phẫu thuật mở sọ tỉnh

Mở sọ tỉnh và lập bản đồ não trong mổ đều cần bệnh nhân không đau, để hợp tác tốt khi đánh giá test trong mổ. Phần lớn bệnh nhân bị đau trung bình - nặng sau mở sọ, nhưng thường bị hạn chế phác đồ giảm đau tiêu chuẩn do ngại tác dụng bất lợi của opioid có thể che lấp dấu hiệu biến chứng.^[5]

Gây tê da đầu giảm thiểu phản ứng huyết động do bất khung Mayfield và phẫu thuật. Tuy nhiên, kích thích màng cứng cũng gây

đau. Màng cứng sần sọ và liềm não là những cấu trúc nhạy đau, kích thích cơ học gây đau cùng bên, chủ yếu thuộc vùng chi phối của thần kinh sinh ba^[6]. Do đó, ngoài gây tê da đầu, chúng tôi sử dụng paracetamol và sufentanil để giảm đau trong mổ. Mặc dù, sufentanil có thời gian bán hủy dài (164 phút), phụ thuộc thời gian truyền, không phải là thuốc lý tưởng như remifentanil (thải trừ hoàn toàn 3 phút), nhưng là thuốc (và fentanyl) có sẵn tại bệnh viện. Dạng phối hợp propofol-fentanyl và propofol-sufentanil có hiệu quả như nhau trong mở sọ tỉnh, chúng tôi chọn propofol-sufentanil vì so với fentanyl, sufentanil có lợi thế về phẫu trường, theo dõi điện vỏ não và test kích thích vỏ não^[2]. Loạt ca này không có ca nào thất bại do đau. Điểm đau tất cả bệnh nhân trong 24 giờ sau mổ ≤ 3 NRS. Kết quả này phù hợp trong bối cảnh gây tê da đầu tốt, lựa chọn bệnh nhân phù hợp và an thần trong thời gian ngắn.

4.5. Kết quả phẫu thuật lấy XHN trên lều xâm lấn tối thiểu

Y văn hiện có ủng hộ phẫu thuật xâm lấn tối thiểu thay cho mở sọ kinh điển. Tiên lượng thuận lợi là chọc hút stereotaxy > nội soi > phẫu thuật mở sọ > điều trị nội^[3]. Tiến bộ công nghệ phát triển ra phẫu thuật MIPS (minimally invasive trans-sulcal parafascicular surgery) sử dụng hướng dẫn hình ảnh trong mổ, dụng cụ banh vén não hình ống, ống soi có độ phân giải cao để tiếp cận và lấy máu tụ xâm lấn tối thiểu^[7]. MISTIE III ủng hộ lợi ích giảm thể tích máu tụ sớm và bảo tồn mô não, nhưng ENRICH là RCT đầu tiên cho thấy lấy máu tụ sớm trong vòng 24h có lợi trên chức năng bệnh nhân XHN^[7]. ENRICH đánh giá hiệu quả của MIPS điều trị XHN trên 300 bệnh nhân với 30,7% XHN hạch nền và 69,3% thùy não. Tiêu chuẩn chọn

bệnh là bệnh nhân XHN trên lều 18 - 80 tuổi, thể tích XHN 30 - 80 ml, GCS 5 - 14. Bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên lấy XHN sớm bằng MIPS so với điều trị nội. Tiêu chí chính là cải thiện mRS 180 ngày. Kết quả cho thấy xác suất hậu nghiệm Bayes là 0,981, thể hiện tính ưu việt của MIPS so với điều trị nội về cải thiện kết cục^[7]. Tử vong 30 ngày 18% điều trị nội so với 9,3% MIPS. So với điều trị nội, MIPS giảm 2,8 ngày nằm ICU và 3,1 ngày nằm viện. Number needed to treat để không bị điểm mRS 3-6 là 8 bệnh nhân.

Kết quả áp dụng MAC/MIPS tại bệnh viện chúng tôi cho thấy 3/5 bệnh nhân XHN cải thiện mRS sau mổ 30 ngày, 2/5 còn lại không cải thiện mRS nhưng cũng không nặng hơn (Bảng 1). Đây là kết cục chức năng sớm, có thể vẫn còn bệnh nhân chưa hồi phục đầy đủ sau mổ. Thể tích XHN lấy bằng MIPS trong loạt ca này khoảng 40 - 50 ml. MIPS là một lựa chọn điều trị khả thi cho bệnh nhân XHN trên lều và có thể đạt kết cục chức năng thuận lợi khi kết hợp với mổ sọ tỉnh giúp tránh hoàn toàn gánh nặng GM.

4.6. Hạn chế

Kinh nghiệm lâm sàng ban đầu chỉ gồm 5 bệnh nhân. Xây dựng mối quan hệ trước mổ giữa bệnh nhân và bác sĩ GM rất quan trọng đối với kết quả, nhưng bị hạn chế ở nhóm bệnh nhân XHN, đây luôn là phẫu thuật cấp cứu, không có nhiều thời gian để bác sĩ GM tận dụng lợi thế này. Chúng tôi thường quy nhập bệnh nhân vào ICU vì an toàn, không đồng nghĩa tất cả có chỉ định. Chưa có giao thức chuẩn chăm sóc sau mổ bệnh nhân mổ sọ tỉnh.

V. KẾT LUẬN

Bước đầu mổ sọ tỉnh bằng kỹ thuật MAC để phẫu thuật MIPS điều trị XHN trên lều trong 5 trường hợp được theo dõi cho thấy là

kỹ thuật an toàn và khả thi. Không có biến cố nặng ảnh hưởng phẫu thuật hoặc thất bại chuyển GM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gamble AJ. et al.** (2015). Awake craniotomy in AVM surgery: The usefulness of cortical and subcortical mapping of language function in selected patients. *World Neurosurg*; 84(5):1394-401.
2. **Gignac E. et al.** (1993). Comparison of fentanyl, sufentanil and alfentanil during awake craniotomy for epilepsy. *Can J Anaesth*; 40(5 Pt 1): 421-4.
3. **Greenberg SM. et al.** (2022). 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*; 53(7): e282-e361.
4. **Luu Kính Khương, Lê Hoàng Quân.** (2020). Gây mê hay an thần sẽ có lợi cho bệnh nhân lấy huyết khối cơ học điều trị đột quy cấp. *Tạp Chí Y Học TP. HCM*, tập 24 (số 3): tr. 22-31.
5. **Okunlola AI, Babalola OF, Okunlola CK, et al.** (2020). Awake craniotomy in neurosurgery: Shall we do it more often?. *Interdisciplinary Neurosurgery, Volume 21* (100770): pp. 1-5.
6. **Penfield W, Mcnaughton F.** (1940). Dural headache and innervation of the dura mater. *Arch NeurPsych*; 44(1): 43-75.
7. **Ratcliff JJ, Hall AJ, Porto E, et al.** (2023). Early Minimally Invasive Removal of Intracerebral Hemorrhage (ENRICH): Study protocol for a multi-centered two-arm randomized adaptive trial. *Front Neurol*; 14: pp. 1126958.
8. **Stevanovic A, Rossaint R, Veldeman M, et al.** (2016). Anaesthesia Management for Awake Craniotomy: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*; 11(5): e0156448.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐO ẢNH ĐỘNG NHÃN ĐỒ (VNG) CỦA NGƯỜI BỆNH CHÓNG MẶT TƯ THỂ KỊCH PHÁT LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH NĂM 2022 – 2023

Nguyễn Thị Hà¹, Nguyễn Văn Liệu², Lê Minh Kỳ²,
Phạm Việt Tuấn², Nguyễn Thị Nhan², Đỗ Thị Kiều Trang²,
Đoàn Quốc Khánh², Phạm Hồng Tĩnh², Phạm Thị Như Quỳnh²

TÓM TẮT.

Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (CMTTKPLT) là một trong những nguyên nhân phổ biến gây chóng mặt ngoại biên và thường gặp ở lứa tuổi từ 50 - 70 tuổi. CMTTKPLT được đặc trưng bởi chóng mặt và rung giật nhãn cầu khi người bệnh được làm nghiệm pháp Dix – Hallpike hoặc Head-Roll tùy thuộc vào vị trí của thạch nhĩ lạc chỗ. Thời gian, tần suất và cường độ các triệu chứng thay đổi tùy thuộc vào ống bán khuyên (ÔBK) và vị trí của thạch nhĩ. Hiện nay có nhiều hệ thống khám tiền đình hiện đại dùng để chẩn đoán chính xác nguyên nhân gây nên hội chứng tiền đình, trong đó hệ thống ảnh động nhãn đồ (VNG) được dùng để ghi lại và lượng giá hệ thống vận động nhãn cầu và phản xạ tiền đình mắt. VNG kết hợp với lâm sàng có thể phát hiện được thạch nhĩ lạc chỗ lạc vào ÔBK nào, một bên hay hai bên để từ đó đưa ra liệu trình thích hợp để tái định vị thạch nhĩ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán chóng mặt tư thế kịch phát lành tính tại khoa Thần Kinh và khoa

Tai Mũi Họng – Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh. Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Trong số 200 người bệnh được nghiên cứu có 149 người bệnh là nữ giới, chiếm 75%. Nhóm tuổi 61-70 có nhiều người bệnh nhất (48 người bệnh, chiếm 24%). Phần lớn người bệnh có cảm giác chóng mặt quay (185 người bệnh, chiếm 92,5%). Buồn nôn là biểu hiện kèm theo thường gặp nhất với 171 người bệnh có biểu hiện này, chiếm 85,5%. 50 người bệnh, chiếm 25%, có thạch nhĩ lạc chỗ vào ÔBK cả hai bên. Số lượng thạch nhĩ lạc chỗ ÔBK sau chiếm ưu thế với 198/288 ÔBK có thạch nhĩ lạc chỗ.

Kết luận: 92,5% người bệnh được chẩn đoán CMTTKPLT có các cơn chóng mặt quay dữ dội, đột ngột, trong thời gian cực ngắn (mấy giây đến vài phút), cơn xuất hiện khi thay đổi tư thế đầu. Kết quả đo VNG ở người bệnh CMTTKPLT cho thấy đa phần thạch nhĩ lạc chỗ ở ống bán khuyên sau. Sử dụng VNG giúp xác định vị trí thạch nhĩ lạc chỗ, qua đó giúp thực hiện các nghiệm pháp tái định vị thạch nhĩ hiệu quả.

Từ khóa: Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính, ảnh động nhãn đồ.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND
VIDEONYSTAGMOGRAPHY (VNG)
RESULTS OF PATIENTS WITH
BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL
VERTIGO AT TAM ANH GENERAL
HOSPITAL FROM 2022 TO 2023

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hà

SĐT: 0915931266

Email: nguyenhatknb@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/7/2024

Ngày duyệt bài: 05/8/2024

Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) reigns as the most prevalent peripheral vestibulopathy, characterized by episodic vertigo and nystagmus elicited by specific head repositioning maneuvers like the Dix-Hallpike maneuver and Head-Roll test. Recent advancements in Vietnamese healthcare have seen the introduction of state-of-the-art techniques like videonystagmography (VNG). This technology empowers clinicians with a non-invasive and objective method for localizing canalith canal involvement, ultimately refining the selection of appropriate canalith repositioning maneuvers for optimal treatment outcomes.

Subjective: Patients were diagnosed with BPPV at Tam Anh General Hospital from 2022 to 2023.

Method: A descriptive study.

Results: A preponderance of patients identified as female, constituting approximately 75% of the study group. The age bracket of 61-70 years exhibited the highest prevalence, encompassing roughly 24% of the study population. The most frequently reported symptom was a spinning sensation, affecting 92.5% of patients. Nausea emerged as the most prevalent co-occurring symptom, with a prevalence of 85.5%. A significant portion of patients also reported oscillopsia and vomiting. 25% of the study population presented with bilateral BPPV. Posterior canal otolithiasis emerged as the most common subtype of BPPV.

Conclusion: 92.5% of patients diagnosed with CMTTKPLT have severe, sudden, spinning vertigo attacks of extremely short duration (seconds to minutes), attacks appear when changing head position. Results of measuring VNG in patients with BPPV showed that most of the tympanic stones were ectopic in the posterior semicircular canal. VNG serves as a pivotal diagnostic tool, empowering clinicians to achieve

precise localization of canalith canal involvement. This enhanced the selection of the most appropriate canalith repositioning maneuvers, ultimately optimizing treatment efficacy.

Keywords: Benign paroxysmal positional vertigo, videonystagmography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chóng mắt tư thế kích phát lành tính (CMTTKPLT) được định nghĩa là một cảm giác bất thường về chuyển động được tạo ra bởi sự kích thích cơ quan tiền đình khi thay đổi tư thế đầu. Các kích thích này kích hoạt chuyển động bất thường của mắt – rung giật nhãn cầu và gây ra cơn chóng mặt ngắn. CMTTKPLT là một trong những nguyên nhân phổ biến gây chóng mặt và thường gặp ở lứa tuổi 50 – 70 với tỷ lệ gặp 9% trong nhóm người ở độ tuổi này.

CMTTKPLT được đặc trưng bởi chóng mặt và rung giật nhãn cầu khi người bệnh được làm nghiệm pháp Dix-Hallpike hoặc Head-Roll tùy thuộc vào vị trí của thạch nhĩ lạc chỗ. Việc phát hiện có thạch nhĩ bong và di chuyển trong ÔBK là rất quan trọng với mục đích tái định vị chúng theo các nghiệm pháp phục hồi chức năng tiền đình nhằm điều trị căn nguyên và kết thúc nhanh chóng đợt chóng mặt cấp. Hiện nay có nhiều hệ thống khám tiền đình hiện đại dùng để chẩn đoán chính xác nguyên nhân gây nên hội chứng tiền đình, trong đó hệ thống ảnh động nhãn đồ (VNG) được dùng để ghi lại và lượng giá hệ thống vận động nhãn cầu và phản xạ tiền đình mắt. VNG kết hợp với lâm sàng có thể phát hiện được thạch nhĩ lạc chỗ vào ÔBK nào, một bên hay hai bên để từ đó đưa ra liệu trình thích hợp để tái định vị thạch nhĩ.

Vai trò của VNG rất quan trọng trong việc phát hiện và điều trị CMTTKPLT. Tuy

hiện, hiện tại ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu về vai trò và tầm quan trọng của VNG trong thực hành lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: “Đặc điểm lâm sàng và kết quả đo ảnh động nhãn đồ (VNG) của người bệnh chóng mặt tư thế kịch phát lành tính tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh năm 2022 - 2023” với 2 mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh CMTTKPLT
- Mô tả kết quả đo ảnh động nhãn đồ ở nhóm người bệnh trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán CMTTKPLT hoặc có khả năng CMTTKPLT dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán được đưa ra bởi Phân loại quốc tế các rối loạn tiền đình của Hiệp hội Barany.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh có suy giảm ý thức, sa sút trí tuệ, mất ngôn ngữ.

- Người bệnh có tiền sử chấn thương cột sống cổ, phẫu thuật cột sống cổ, bệnh lý tủy cổ hay bệnh lý rễ, dây thần kinh vùng cổ, có tiền sử hẹp động mạch cảnh nặng

- Người bệnh đang có thai, có tiền sử viêm khớp dạng thấp nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 01 năm 2024

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Thần kinh, khoa Tai mũi họng – Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Trong số 200 người bệnh được chọn vào nghiên cứu thì đa số người bệnh trong nhóm nghiên cứu là nữ giới với 149 người bệnh, chiếm 75%. Nhóm tuổi 61-70 có nhiều người bệnh nhất (48 người bệnh, chiếm 24%) với đặc điểm lâm sàng như sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

	Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n)
Hình thái chóng mặt	Chóng mặt quay dữ dội	185 (92,5%)
Độ dài cơn chóng mặt	Vài giây đến 5 phút	168 (84%)
	Trên 5 phút	32 (16%)
Tính chất khởi phát cơn chóng mặt	Đột ngột	200 (100%)
	Từ từ	0
Hoàn cảnh xảy ra cơn chóng mặt	Tự nhiên	199 (99,5%)
	Sau chấn thương đầu	1 (0,5%)
	Sau dùng thuốc	0

Nhận xét: 100% CMKPLT khởi phát đột ngột, 84% cơn chóng mặt có thời gian từ vài giây đến 5 phút, xuất hiện tự nhiên với hình thái chóng mặt quay dữ dội chiếm ưu thế với 99,5%.

Bảng 2. Tư thế làm nặng cơn chóng mặt khi có thạch nhũ lạc chỗ ở các ống bán khuyên

	Thạch nhũ lạc chỗ ÔBK trước	Thạch nhũ lạc chỗ ÔBK sau	Thạch nhũ lạc chỗ ÔBK ngang	Thạch nhũ lạc chỗ nhiều ÔBK	Tổng số (n)
Quay đầu sang trái, phải	15 (7,5%)	75 (37,5%)	17 (8,5%)	26 (13%)	133 (66,5%)
Cúi – ngửa đầu	5 (2,5%)	13 (6,5%)	3 (1,5%)	9 (4,5%)	30 (15%)
Đang nằm chuyển ngồi dậy	4 (2%)	20 (10%)	6 (3%)	4 (2%)	34 (17%)
Bất kể các hướng	3 (1,5%)	23 (11,5%)	10 (5%)	11 (5,5%)	44 (23,5%)

Nhận xét: Tư thế quay đầu sang trái phải là yếu tố làm tăng nặng cơn chóng mặt nhiều nhất trong nhóm nghiên cứu, chiếm 66,5%.

Bảng 3. Hình thái cơn chóng mặt

Hình thái chóng mặt	Số lượng (n)
Chóng mặt quay dữ dội	185 (92,5%)
Mất thăng bằng nổi trội kèm chóng mặt nhẹ và vừa	57 (28,5%)
Chóng mặt kèm choáng ngất	3 (1,5%)
Chóng mặt thoáng qua mức độ nhẹ	6 (3%)

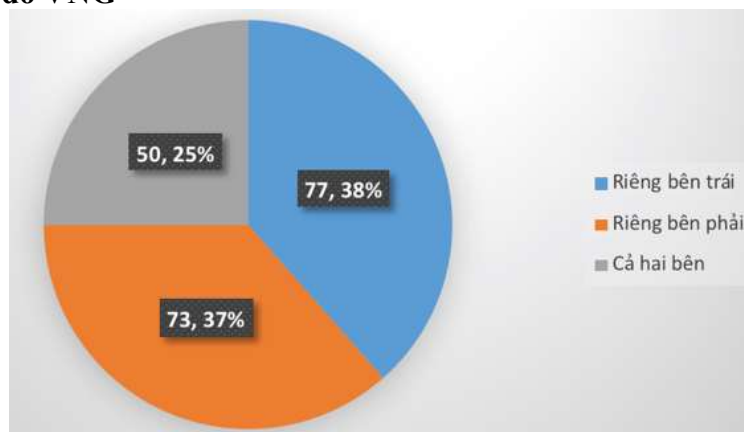
Nhận xét: Chóng mặt quay dữ dội là hình thái chóng mặt phổ biến nhất với 92,5% người bệnh có hình thái chóng mặt này. Sau đó đến kiểu chóng mặt mất thăng bằng với 28,5% người bệnh.

Bảng 4. Các triệu chứng kèm theo chóng mặt

Triệu chứng kèm theo	Số lượng (n)
Thị trường dao động	152 (76%)
Buồn nôn	171 (85,5%)
Nôn	62 (31%)
Rối loạn dáng đi	60 (30%)
Ngã	4 (2%)
Các triệu chứng rối loạn TKTV khác (vã mồ hôi, chân tay lạnh, khó thở...)	13 (6,5%)
Đau đầu	34 (17%)
Không có	0 (0%)

Nhận xét: Buồn nôn là triệu chứng kèm theo phổ biến nhất với 85,5%, theo sau bởi thị trường dao động (76%) và nôn (31%). Toàn bộ các bệnh nhân đều có ít nhất một triệu chứng kèm theo.

3.2. Kết quả đo VNG



Biểu đồ 1. Vị trí thạch nhĩ lạc chỗ vào ÔBK từng bên tai

Nhận xét: Số lượng thạch nhĩ lạc chỗ ÔBK bên trái và bên phải gần ngang nhau. Có 25% bệnh nhân có thạch nhĩ lạc chỗ ÔBK hai bên.



Biểu đồ 2. Vị trí thạch nhĩ lạc chỗ vào các ÔBK

Nhận xét: Thạch nhĩ lạc chỗ ÔBK sau chiếm số lượng cao nhất, lên tới 198 ÔBK, theo sau bởi ÔBK ngang (47) và ÔBK trước (43).

Bảng 5. Các bất thường trên hệ thống VNG nghi ngờ có rối loạn tiền đình căn nguyên trung ương và ngoại biên khác kèm theo.

Phép đo	Số lượng (n)
RGNC tự phát	0 (0%)
Ổn định khi nhìn	0 (0%)
Chuyển động theo đuôi nhịp nhàng	21 (10,5%)
Chuyển động đột ngột	22 (11%)
Optokinetic	1 (0,5%)
Caloric	19 (9,5%)
Tự thể	5 (2,5%)

Nhận xét: Bất thường ở phép đo chuyển động đột ngột gặp nhiều nhất ở 11% người bệnh, theo sau bởi bất thường ở phép đo chuyển động nhịp nhàng. Không có người bệnh nào có bất thường ở phép đo RGNC tự phát và ổn định khi nhìn.

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có cơn chóng mặt quay với 185 bệnh nhân, chiếm 92,5%. Nghiên cứu của Von Brevern và c.s cho thấy 86% bệnh nhân có chóng mặt quay¹. Có thể thấy cơn chóng mặt quay là đặc điểm đặc trưng của đa số bệnh nhân CMTTKPLT, gây ra bởi sự di chuyển của thạch nhũ trong các ống bán khuyên. Cảm giác mất thăng bằng có thể gặp ở một số bệnh nhân, tuy nhiên chúng thường xuất hiện sau cơn chóng mặt quay và có thể không liên quan trực tiếp đến sự di chuyển thạch nhũ. Cảm giác chóng mặt “tồn dư” này có thể xuất hiện ở 2/3 bệnh nhân và được người bệnh mô tả bởi các cảm giác đa dạng như cảm giác mất thăng bằng, choáng váng. Triệu chứng tiền ngất gặp ở ba bệnh nhân (1,5%) trong nghiên cứu của chúng tôi. Thông thường, tiền ngất xuất hiện do nguyên nhân thần kinh - tim mạch, gây ra bởi sự giảm tưới máu não thoáng qua sau khi thay đổi tư thế và nhanh chóng hồi phục, là một chẩn đoán phân biệt quan trọng với CMTTKPLT. Với những bệnh nhân có triệu chứng tiền ngất, chúng tôi đã sàng lọc những nguyên nhân thần kinh - tim mạch khác và không ghi nhận bất thường. Việc người bệnh CMTTKPLT xuất hiện các cơn tiền ngất/ngất cũng đã được ghi nhận trong nghiên cứu trước đây. Lý giải cho hiện tượng này, Kwon và c.s cho rằng sự rối loạn trong tiếp nhận tín hiệu từ tai trong của hệ tiền đình trung ương có thể gây mất tương hợp giữa phản xạ tiền đình - giao cảm và phản xạ áp suất tại xoang cảnh².

Các triệu chứng kèm theo chủ yếu rơi vào ba nhóm: rối loạn tiêu hoá (buồn nôn, nôn), rối loạn thăng bằng và các rối loạn thần kinh thực vật. Việc kiểm soát và điều hoà nôn trong não bộ có sự tham gia của nhân

đơn độc, nhân đơn độc trực tiếp nhận tín hiệu từ bộ máy tiền đình từ tai trong. Do đó, CMTTKPLT, vốn có bản chất từ việc rối loạn chức năng của tai trong, có thể dẫn đến các triệu chứng tiêu hoá như buồn nôn và nôn.

Các triệu chứng rối loạn thăng bằng gồm rối loạn dáng đi (30%), ngã (2%) và dao động thị trường (76%). Trong CMTTKPLT, tổn thương hệ thống tiền đình ngoại biên gây rối loạn phản xạ tiền đình - mắt, biểu hiện bởi rung giật nhãn cầu, trực tiếp gây triệu chứng dao động thị trường cho người bệnh. Duy trì trạng thái thăng bằng của cơ thể cần sự tham gia của hệ thống tiền đình, thị giác và cảm giác bản thể. Do đó, rối loạn chức năng tiền đình trong CMTTKPLT trực tiếp gây mất thăng bằng và ngã.

Triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật, bao gồm vã mồ hôi, chân tay lạnh, khó thở gặp ở 6,5% bệnh nhân. Mặc dù tác động trực tiếp của CMTTKPLT đến hệ thống thần kinh thực vật chưa được thiết lập rõ ràng, mối liên hệ giữa hệ thống tiền đình tham gia vào việc điều hoà và kiểm soát chức năng tim mạch thông qua cử động đầu và thay đổi tư thế đã được quan sát. Trước đó, Kim và c.s cho thấy mối liên quan giữa rối loạn thần kinh thực vật và triệu chứng chóng mặt tồn dư dai dẳng sau khi thực hiện các nghiệm pháp định vị sỏi tai³. Do đó, các triệu chứng thần kinh thực vật không chỉ xuất hiện đồng thời mà còn là yếu tố tiên lượng mức độ dai dẳng của cơn chóng mặt “tồn dư” sau cơn chóng mặt quay do sự di chuyển thạch nhũ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 17% bệnh nhân xuất hiện đau đầu. Tuy vậy, chúng tôi không phân loại đau đầu thành các nguyên nhân cụ thể. Ishiyama cho rằng quá trình co mạch tái diễn trên bệnh nhân Migraine tác động đến hệ thống vi mạch của tai trong, gây stress, làm tổn thương các tế

bào tiền đình và kết quả thúc đẩy quá trình di chuyển thạch nhĩ⁴. Mọi liên quan trên cũng được chứng minh thông qua các sản phẩm của quá trình stress oxy hoá (có liên quan đến quá trình co mạch tái diễn) đều quan sát được trên cả bệnh nhân CMTTKPLT và Migraine.

Bất thường tại một số phép ghi bởi VNG gợi ý tổn thương trung ương bao gồm RGNC tự phát, ổn định khi nhìn, chuyển động theo đuổi nhịp nhàng, chuyển động đột ngột và optokinetic. Toàn bộ các bệnh nhân có bất thường VNG gợi ý tổn thương tiền đình trung ương đều được chúng tôi thăm khám lâm sàng và chụp MRI để sàng lọc. Lý giải cho kết quả trên, trong thực hành, các bất thường gợi ý rối loạn tiền đình trung ương cũng có thể xuất hiện khi người bệnh có một số yếu tố khác như tuổi cao, mất tập trung, giảm thị lực hay thiếu ngủ⁵. Khi đó việc yêu cầu thực hiện các cử động mắt nối tiếp nhau có thể là trở ngại đối với người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân có thạch nhĩ lạc chỗ cả hai bên, riêng bên trái và riêng bên phải lần lượt là 25%, 38% và 37%. Tỷ lệ thạch nhĩ lạc chỗ cả hai bên của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác, dao động từ 5,8% đến 26%^{6,7}. Sự khác biệt này có thể đến từ việc một số nghiên cứu có khả năng phân biệt giả CMTTKPLT hai bên. Trong trường hợp này, dù chỉ có thạch nhĩ một bên nhưng khi thực hiện một số phép đo như Dix-Hallpike vẫn làm xuất hiện RGNC hai bên⁸.

Trong các ÔBK có thạch nhĩ lạc chỗ, ÔBK sau có tỷ lệ cao nhất với 198 ÔBK chiếm 68,8%, theo sau bởi ÔBK ngang và ÔBK trước với số lần xuất hiện thạch nhĩ là 47 và 43, chiếm tỉ lệ lần lượt là 16,3% và 14,9%. Một bệnh nhân có thể có nhiều hơn một ÔBK có thạch nhĩ lạc chỗ. Số lượng lớn

bệnh nhân xuất hiện thạch nhĩ ÔBK sau do vị trí tương đối của chúng trong không gian luôn nằm ở vị trí thấp nhất⁹. Ngược lại, vị trí thấp nhất của ÔBK trước khiến tỷ lệ xuất hiện chóng mặt do ÔBK này rất thấp, trong một số nghiên cứu có thể chỉ chiếm 1-2%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ CMTTKPLT-ÔBK trước lên tới 43 ÔBK (trên tổng số 400 ÔBK). Một kết quả tương tự cũng được quan sát thấy bởi Si và c.s khi trong nghiên cứu này, tác giả quan sát thấy có tới 48,8% bệnh nhân có thạch nhĩ ở ÔBK trước¹⁰.

V. KẾT LUẬN

92,5% người bệnh được chẩn đoán CMTTKPLT có các cơn chóng mặt quay dữ dội, đột ngột, trong thời gian cực ngắn (mấy giây đến vài phút), cơn xuất hiện liên quan một số tư thế đặc biệt của đầu. Các triệu chứng kèm theo thường gặp là buồn nôn, thị trường dao động và rối loạn dáng đi, ít gặp hơn là các triệu chứng về rối loạn thần kinh thực vật như vã mồ hôi, hạ huyết áp.

Kết quả đo VNG ở người bệnh CMTTKPLT cho thấy 68,8% thạch nhĩ lạc chỗ ở ống bán khuyên sau, rất ít người bệnh có thạch nhĩ lạc chỗ ống bán khuyên trước với tỉ lệ 14,9%. Có 25% người bệnh có thạch nhĩ lạc chỗ cả 2 bên tai. Như vậy sử dụng VNG giúp xác định vị trí thạch nhĩ lạc chỗ, giúp cho việc thực hiện các nghiệm pháp tái định vị thạch nhĩ hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Von Brevern M, Radtke A, Lezius F, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;78(7): 710-715. doi:10.1136/jnnp.2006.100420.

2. **Kim MJ, Rhim GI.** Relationship between orthostatic hypotension and recurrence of benign paroxysmal positional vertigo. *Sci Rep.* 2022;12(1):10685. doi:10.1038/s41598-022-15029-5.
3. **Kim HA, Lee H.** Autonomic dysfunction as a possible cause of residual dizziness after successful treatment in benign paroxysmal positional vertigo. *Clin Neurophysiol.* 2014;125(3): 608-614. doi:10.1016/j.clinph.2013.08.008.
4. **Ishiyama A, Jacobson KM, Baloh RW.** Migraine and Benign Positional Vertigo. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2000;109(4):377-380. doi:10.1177/000348940010900407.
5. **Videonystagmography.** *Int J Otorhinolaryngol Clin.* 2012;4(1):17-24. doi:10.5005/jp-journals-10003-1084.
6. **Tomaz A, Ganaça MM, Ganaça CF, Ganaça FF, Caovilla HH, Harker L.** Benign Paroxysmal Positional Vertigo: Concomitant Involvement of Different Semicircular Canals. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2009;118(2): 113-117. doi:10.1177/000348940911800206.
7. **Alfarghal M, Singh NK, Algarni MA, Jagadish N, Raveendran RK.** Treatment efficacy of repositioning maneuvers in multiple canal benign paroxysmal positional vertigo: a systematic review and meta-analysis. *Front Neurol.* 2023;14:1288150. doi:10.3389/fneur.2023.1288150.
8. **Domènech-Vadillo E, Álvarez-Morujo De Sande MG, González-Aguado R, et al.** Incidence of unilateral and bilateral benign paroxysmal positional vertigo when the left and right Dix-Hallpike manoeuvres are positive: a model based on the sense of torsional nystagmus. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2020;40(2):144-151. doi:10.14639/0392-100X-2214.
9. **Imbaud-Genieys S.** Anterior semicircular canal benign paroxysmal positional vertigo: A series of 20 patients. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2013;130(6): 303-307. doi:10.1016/j.anorl.2012.01.007.
10. **Si L, Ling X, Li Z, Li K, Shen B, Yang X.** Clinical characteristics of patients with multi-canal benign paroxysmal positional vertigo. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2022; 88(1): 89-100. doi:10.1016/j.bjorl.2020.05.012.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN NGƯỜI LỚN CỦA ĐIỀU DƯỠNG, KỸ THUẬT VIÊN, HỘ SINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỪ THÁNG 1/2021 - 1/2022

Phạm Thị Việt Anh¹, Nguyễn Thanh Tùng¹, Trần Hoàng Lệ Xuân¹

TÓM TẮT

Với mục đích mô tả thực trạng năng lực cấp cứu ngừng tuần hoàn (CPR) cơ bản người lớn trên mô hình và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả thực hành CPR cơ bản người lớn của điều dưỡng/kỹ thuật viên/hộ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 255 nhân viên tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh được tham gia đánh giá năng lực CPR cơ bản, chất lượng CPR qua thiết bị phản hồi từ 01/2021 đến 01/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh đạt năng lực CPR người lớn là 75,3%, đạt chất lượng CPR trên 50% là 4,7%. Có mối tương quan giữa kiến thức và thực hành CPR ($p = 0,001$). Có mối liên quan giữa đào tạo tại bệnh viện và năng lực CPR cơ bản, tỷ lệ nhân viên đạt năng lực CPR cơ bản khi đã được BVĐK Tâm Anh đào tạo cao hơn nhân viên chưa được đào tạo ($OR = 2,25$, $p = 0,01$). Chất lượng CPR có mối liên quan với đơn vị công tác ($p < 0,001$), trình độ học vấn ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ đạt năng lực cấp cứu ngừng tuần hoàn người lớn là 75,3%. Tỷ lệ đạt chất lượng CPR trên 50% là 4,7%. Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành. Yếu tố liên quan tới năng

lực ép tim là việc được đào tạo tại BVĐK Tâm Anh. Yếu tố liên quan tới chất lượng CPR là đơn vị công tác và trình độ học vấn.

Từ khóa: cấp cứu ngừng tuần hoàn người lớn, thực trạng kiến thức, thực hành, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE, PRACTICE OF ADULT BASIC CARDIOPULMONARY RESUSCITATION OF NURSES, TECHNICIANS AND MIDWIVES AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL AND SOME RELATED FACTORS FROM JANUARY 2021 TO JANUARY 2022

The aim is to describe the current status of basic adult CPR capacity on the model and analyze some factors related to the results of basic adult CPR practice of nurses/technicians/midwives at Tam Anh General Hospital. **Research method:** cross-sectional study on 255 staff at Tam Anh General Hospital participating in the assessment of basic adult CPR capacity and CPR quality through feedback devices from January 2021 to January 2022. **Results:** The rate of nurses, technicians, and midwives achieving basic adult CPR capacity is 75.3%, achieving CPR quality above 50% is 4.7%. There is a relationship between CPR knowledge and practice ($p = 0.001$). There is a relationship between hospital training and basic adult CPR capacity, the rate of staff achieving

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Việt Anh
SĐT: 0348598923

Email: vietanh.200197@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/7/2024

Ngày duyệt bài: 08/8/2024

basic adult CPR capacity when trained at Tam Anh General Hospital is higher than that of staff who have not been trained (OR = 2.25, p = 0.01). CPR quality is related to the working department (p < 0.001), educational level (p < 0.05). **Conclusion:** The rate of achieving basic adult CPR capacity is 75.3%. The rate of achieving CPR quality above 50% is 4.7%. There is a relationship between CPR knowledge and practice. The factor related to basic adult CPR capacity is training at Tam Anh General Hospital. The factors related to CPR quality are the working department and educational level.

Keywords: Adult CPR, state of knowledge and practice, Tam Anh General Hospital, nurses, technicians, midwives.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tim đột ngột là nguyên nhân tử vong hàng đầu tại các quốc gia trên thế giới [5]. Cấp cứu ngừng tuần hoàn (CPR) cần được thực hiện ngay lập tức khi phát hiện nạn nhân bị ngừng tim đột ngột hoặc ngừng thở. CPR người lớn nội viện cơ bản bao gồm ép tim và bóp bóng. Chất lượng của ép tim và cấp cứu CPR cơ bản người lớn nói chung liên quan chặt chẽ đến sự sống của nạn nhân [2]. Do đó, tối ưu hóa chất lượng CPR là một ưu tiên. Để tối ưu hóa được chất lượng CPR, nhân viên y tế phải nắm chắc kiến thức và đủ năng lực thực hành kỹ thuật này. Tại BVĐK Tâm Anh công tác đào tạo và huấn luyện điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên của bệnh viện được đẩy lên rất cao, trở thành tâm điểm. Trong đó CPR là một trong những nội dung trọng tâm, cấu phần học cũng như đánh giá năng lực lý thuyết, thực hành hàng quý, hàng năm cho điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên bệnh viện. Đến nay chưa có thống kê,

nguyên cứu đầy đủ về kiến thức, kỹ năng và chất lượng cấp cứu ngừng tuần hoàn của điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên bệnh viện. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành ép tim trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản người lớn trên mô hình của điều dưỡng/kỹ thuật viên/hộ sinh BVĐK Tâm Anh.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành ép tim trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản người lớn của điều dưỡng/kỹ thuật viên/hộ sinh tại BVĐK Tâm Anh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu và tiêu chuẩn chọn mẫu

- **Tiêu chuẩn chọn lựa:** nhân viên khối lâm sàng, cận lâm sàng ký hợp đồng học việc - hợp đồng lao động chính thức tại bệnh viện Đa khoa Tâm Anh bao gồm Điều dưỡng, Kỹ thuật viên, Hộ sinh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ trợ chăm sóc, bác sỹ và nhân viên không nằm trong khối lâm sàng, cận lâm sàng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu bao gồm 255 nhân viên, trong đó có 218 điều dưỡng, 10 hộ sinh và 27 kỹ thuật viên.

- **Biến số và chỉ số:**

Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản người lớn trên mô hình của điều dưỡng/kỹ thuật viên/hộ sinh Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh.		
STT	Biến số	Chỉ số
1	Tuổi	Số tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu
2	Giới tính	Tỷ lệ nam giới năng lực ép tim đạt so với nữ
3	Chuyên ngành	Tỷ lệ mỗi chuyên ngành đạt năng lực ép tim
4	Trình độ học vấn	Tỷ lệ giữa những người có bằng cấp khác nhau đạt năng lực ép tim
5	Khoa làm việc	Tỷ lệ đạt năng lực ép tim giữa các chuyên khoa
6	Kiến thức thực hành cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản	Tỷ lệ đạt xuất sắc, tốt, khá, trung bình (\leq Trung bình (< 7 điểm), Khá (7 – 8,5), Giỏi (8,5 – 9,8), Xuất sắc (9,8-10))
7	Đánh giá thực hành ép tim trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản trên mô hình	Tỷ lệ đạt xuất sắc, tốt, khá, trung bình (\leq Trung bình (< 7 điểm), Khá (7 – 8,5), Giỏi (8,5 – 9,8), Xuất sắc (9,8 – 10))

Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành ép tim trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản người lớn của điều dưỡng/kỹ thuật viên/hộ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

STT	Biến số	Chỉ số
1	Mối liên quan giữa năng lực ép tim ngoài lồng ngực theo giới, chuyên ngành, trình độ học vấn, đơn vị công tác, số năm làm việc tại bệnh viện, chất lượng CPR	Tỷ lệ đạt năng lực của các nhóm này
2	Mối liên quan giữa kiến thức và kỹ năng thực hành ép tim	Tỷ lệ kết quả lý thuyết và thực hành
3	Mối liên quan giữa đào tạo CPR tại BVĐK Tâm Anh và hiệu quả ép tim ngoài lồng ngực	Tỷ lệ đạt năng lực CPR của 2 nhóm được và không được đào tạo tại bệnh viện Tâm Anh

- Bộ công cụ thu thập số liệu:

+ Phiếu thu thập thông tin, đánh giá kiến thức và thực hành đã được thông qua hội đồng khoa học bệnh viện năm 2021.

+ Trong đó bảng câu hỏi kiến thức gồm 18 câu chia đều điểm trên thang điểm 10; Bảng kiểm thực hành gồm 12 bước mỗi bước đều có những tiêu chí cụ thể, chia đều trên thang điểm 10.

+ Năng lực cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản tính đạt khi điểm lý thuyết và thực hành đều lớn hơn hoặc bằng 7 điểm.

+ Chất lượng CPR được tính bằng tỉ lệ phần trăm của tổng số nhịp ép tim đúng về cả độ sâu và tần số trong 1 khoảng thời gian.

+ Mỗi người tham gia được ép tim 5 chu kỳ, mỗi chu kỳ 30 nhịp ép, máy khử rung kèm monitor Zoll-R Series sẽ ghi lại và được lưu trữ trên thẻ nhớ trong của thiết bị phản hồi. Dữ liệu này sau đó được phân tích cụ thể về tần số, độ sâu, và chất lượng CPR theo hướng dẫn của AHA 2020 bằng phần mềm Case review của Zoll. Những người tham gia nghiên cứu không được tiếp xúc với thiết bị

phản hồi trước đó. Phản hồi CPR được thực hiện trên cùng 1 mô hình với miếng khử rung đa chức năng Zoll CPR Stat-pad với cảm biến CPR tích hợp.

Phương pháp thu thập số liệu

Tiền cứu từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2022. Thu thập toàn bộ phiếu đánh giá lý thuyết và thực hành ép tim trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản. Mỗi nghiên cứu viên 1 phiếu đánh giá lý thuyết và thực hành.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được thu thập và làm sạch sau đó được nhập vào phần mềm Epidata 3.0.

Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Tính tỉ lệ phần trăm cho các biến định tính, so sánh tỷ lệ bằng test χ^2 (hoặc Fisher Exact test). Sử dụng phép kiểm khi bình phương, Confidence Interval của tỷ suất chênh trong hồi quy logic-OR (OR và 95%CI) để xác định các yếu tố liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu (N=255).

Tuổi	Tuổi TB	Min	Max	Đặc điểm đối tượng NC		
	25,53 ± 2,76	21	45		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giới		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Điều dưỡng	218	85.5
	Nam	47	18,4	Hộ sinh	10	3.9
	Nữ	208	81,6	Kỹ thuật viên	27	10.6
	Tổng	255	100,0	Tổng	255	100,0

- Các đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 25,53 ± 2,76; tuổi nhỏ nhất là 21 tuổi; lớn nhất là 45 tuổi.

- Về giới: số lượng nhân viên là nữ giới tham gia nhiều hơn nam giới với tỉ lệ lần lượt là 81,6% (208 người) và 18,4% (47 người).

- Về chuyên ngành số lượng nhân viên điều dưỡng tham gia đông nhất với tỉ lệ

85,5% (218 người), kỹ thuật viên chiếm 10,6% (27 người), Nữ hộ sinh có 3,9% (10 người).

3.2. Thực trạng kiến thức, thực hành ép tim trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản người lớn trên mô hình của điều dưỡng/kỹ thuật viên/hộ sinh BVĐK Tâm Anh

Bảng 2: Phân bố theo điểm thực hành lý thuyết và thực hành, chất lượng CPR. (N=255)

Điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)	Điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Thực hành	≤ Trung bình (< 7 điểm) (n)	62	24.3	Lý thuyết	≤ Trung bình (< 7 điểm) (n)	1	0,4
	Khá (7 - 8,5) (n)	140	54.9		Khá (7 - 8,5) (n)	47	18,4
	Giỏi (8,5 - 9,8) (n)	43	16.9		Giỏi (8,5 - 9,8) (n)	152	59,6
	Xuất sắc (9,8 - 10) (n)	10	3.9		Xuất sắc (9,8 - 10) (n)	55	21,6
	Tổng	255	100		Tổng	255	100

- Thực hành: Nhìn chung các nhân viên tham gia nghiên cứu có điểm thực hành đạt loại khá chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 54,9%, xếp loại trung bình và dưới trung bình chiếm 24,3%, điểm thực hành đạt loại giỏi chiếm 16,86%, loại xuất sắc chiếm 3,92%.

- Lý thuyết: Tỷ lệ nhân viên đạt điểm lý thuyết loại khá, giỏi và xuất sắc chiếm đa số

trong đó điểm lý thuyết loại giỏi chiếm nhiều nhất với 59,6%, xuất sắc: 21,6% và khá là 18,4%.

3.3. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành ép tim trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản người lớn của điều dưỡng/kỹ thuật viên/hộ sinh tại BVĐK Tâm Anh

Bảng 3: Mối liên quan giữa năng lực ép tim ngoài lồng ngực theo giới, đối tượng nghiên cứu, trình độ học vấn, đơn vị công tác, số năm làm việc tại bệnh viện, chất lượng CPR. (N=255)

		Năng lực ép tim ngoài lồng ngực			p
		Không đạt n(%)	Đạt n(%)	Tổng N(%)	
Tổng N(%)		63 (24,7)	192 (75,3)	255 (100)	
Giới	Nam	11 (4,3)	36 (14,1)	47 (18,4)	0,8*
	Nữ	52 (20,4)	156 (61,2)	208 (81,6)	
Đối tượng nghiên cứu	Điều dưỡng	53 (20,8)	165 (64,7)	218 (85,5)	0,9*
	Hộ sinh	3 (1,2)	7 (2,7)	10 (3,9)	
	Kỹ thuật viên	7 (2,7)	20 (7,8)	27 (10,6)	
Trình độ học vấn	Trung cấp	3 (1,2)	3 (1,2)	6 (2,4)	0,2*
	Cao đẳng	38 (14,9)	97 (38,0)	135 (52,9)	
	Cử nhân	22 (8,6)	91 (35,7)	113 (44,3)	
	Thạc sĩ	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	
Đơn vị công tác	Nội	20 (7,8)	27 (10,6)	47 (18,4)	0,03*
	Xét nghiệm	4 (1,6)	14 (5,5)	18 (7,1)	
	Khoa khám bệnh	16 (6,3)	27 (10,6)	43 (16,9)	
	IVF	7 (2,7)	21 (8,2)	28 (11,0)	
	Cấp cứu	0 (0,0)	12 (4,7)	12 (4,7)	
	HSTC	0 (0,0)	19 (7,5)	19 (7,5)	
	Ngoại	5 (2,0)	23 (9,0)	28 (11,0)	
	Sản	4 (1,6)	12 (4,7)	16 (6,3)	
	GMHS	2 (0,8)	15 (5,9)	17 (6,7)	
Khác	5 (2,0)	22 (8,6)	27 (10,6)		
Số năm làm việc tại bệnh viện	<6 tháng	5 (2,0)	7 (2,7)	12 (4,7)	0,5*
	>6 tháng – 1 năm	10 (3,9)	29 (11,4)	39 (15,3)	
	> 1 năm – 3 năm (n)	31 (12,2)	102 (40,0)	133 (52,2)	
	> 3 năm – 5 năm	11 (4,3)	42 (16,5)	53 (20,8)	
	> 5 năm	6 (2,4)	12 (4,7)	18 (7,1)	

Chất lượng CPR	Chất lượng CPR < 50 % (n)	61 (23,9)	182 (71,4)	243 (95,3)	p = 0,5*
	Chất lượng CPR ≥ 50% (n)	2 (0,8)	10 (3,9)	12 (4,7)	
	Tổng	63 (24,7)	192 (75,3)	255 (100,0)	

*Chi-square test

- Tỷ lệ nhân viên đạt năng lực ép tim ngoài lồng ngực là 75,3%.
- Năng lực ép tim ngoài lồng ngực không có mối liên quan với giới, chuyên ngành, trình độ học vấn, đơn vị công tác, số năm kinh nghiệm cũng như chất lượng CPR.

Bảng 4: Mối liên quan giữa kiến thức và kỹ năng thực hành (N=255)

Điểm lý thuyết \ Điểm thực hành	Trung bình Khá (< 7 – 8,5 điểm) n(%)	Giỏi (8,5 – 9,8 điểm) n(%)	Xuất sắc (9,8 - 10 điểm) n(%)	Tổng N(%)	p
Trung bình và dưới trung bình < 7 điểm	14 (5,5)	44(17,3)	4 (1,6)	62 (24,3)	p = 0,001*
Khá 7 – 8,5 điểm	29 (11,4)	81 (31,8)	30 (11,8)	140 (54,9)	
Giỏi 8,5 – 9, 8 điểm	5 (2,0)	23 (9,0)	15 (5,9)	43 (16,9)	
Xuất sắc 9,8 – 10 điểm	0 (0,0)	4 (1,6)	6 (2,4)	10 (3,9)	
Tổng	48 (18,8)	152 (59,6)	55 (21,6)	255 (100,0)	

*Chi-square test

- Đa số nhân viên có điểm lý thuyết cao có điểm thực hành cao hơn.

Bảng 5: Mối liên quan giữa đào tạo CPR tại BVĐK Tâm Anh và năng lực ép tim ngoài lồng ngực (N=255)

Năng lực ép tim	Chưa được đào tạo tại BVĐK Tâm Anh		Đã được đào tạo tại BVĐK Tâm Anh		Tổng		OR	p
	n	%	n	%	N	%		
Đạt	36	18,8	156	81,3	192	100	OR=2,25**p=0,01*	
Không đạt	23	36,5	40	63,5	63	100		
Tổng	59	23,1	196	76,9	255	100		

*Chi-square test

**Confidence Interval của tỷ suất chênh trong hồi quy logic-OR (OR và 95%CI)

- Kiểm định mối liên hệ cho thấy: đối tượng nghiên cứu đã được đào tạo năng lực ép tim ngoài lồng ngực trong cấp cứu ngừng tuần hoàn trên mô hình cao gấp 2,25 lần so với đối tượng chưa được đào tạo.

Bảng 6: Chất lượng ép tim ngoài lồng ngực theo trình độ học vấn, đơn vị công tác (N=255)

		Chất lượng CPR		Tổng	p
		CPR dưới 50% n(%)	CPR từ 50% trở lên n(%)		
Đơn vị công tác	Nội	46 (18,0)	1 (0,4)	47 (18,4)	0,00*
	Xét nghiệm	18 (7,1)	0 (0,0)	18 (7,1)	
	Khoa khám bệnh	43 (16,9)	0 (0,0)	43 (16,9)	

	IVF	28 (11,0)	0 (0,0)	28 (11,0)	
	Cấp cứu	11 (4,3)	1 (0,4)	12 (4,7)	
	HSTC	11 (4,3)	8 (3,1)	19 (7,5)	
	Ngoại	28 (11,0)	0 (0,0)	28 (11,0)	
	Sản	16 (6,3)	0 (0,0)	16 (6,3)	
	GMHS	15 (5,9)	2 (0,8)	17 (6,7)	
	Khác	27 (10,6)	0 (0,0)	27 (10,6)	
	Tổng	243 (95,3)	12 (4,7)	255 (100,0)	
Trình độ học vấn	Trung cấp	6 (2,4)	0 (0,0)	6 (2,4)	< 0.05*
	Cao đẳng	133 (52,2)	2 (0,8)	135 (52,9)	
	Cử nhân	103 (40,4)	10 (3,9)	113 (44,3)	
	Thạc sĩ	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,4)	
	Tổng	243 (95,3)	12 (4,7)	255 (100,0)	

*Chi-square test

- Chất lượng CPR có mối liên quan với đơn vị công tác và trình độ học vấn. Nhân viên tại các khoa HSTC, cấp cứu, GMHS có tỷ lệ đạt chất lượng CPR cao hơn các nhóm khác. Nhân viên có trình độ cử nhân có tỷ lệ đạt chất lượng CPR > 50% cao hơn các nhóm khác.

IV. BÀN LUẬN

- Thực hành: Các nhân viên tham gia nghiên cứu có điểm thực hành đạt loại xuất sắc chiếm 3,92%; giỏi 16,86%; khá 54,9%; xếp loại trung bình và dưới trung bình chiếm 24,3%. Điều này cho thấy tỉ lệ đạt điểm thực hành cao còn thấp, chưa đến 20% tỉ lệ nhân viên tham gia nghiên cứu có điểm thực hành từ loại giỏi trở lên.

- Lý thuyết: Tỷ lệ nhân viên đạt điểm lý thuyết loại xuất sắc là 21,6%; giỏi 59,6%; và khá là 18,4%. Điều này cho thấy tỷ lệ nhân viên nắm vững kiến thức là chiếm đa số, nhưng đều không phải tất cả đều vận dụng tốt lý thuyết vào thực hành.

- Tỷ lệ nhân viên đạt năng lực ép tim ngoài lồng ngực là 75,3%. Có mối liên quan giữa đạt năng lực ép tim ngoài lồng ngực với việc được BVĐK Tâm Anh đào tạo. Nhân

viên được BVĐK Tâm Anh đào tạo có tỷ lệ đạt năng lực ép tim ngoài lồng ngực cao hơn. Điều này cho thấy công tác đào tạo năng lực ép tim cho nhân viên bệnh viện là có hiệu quả.

Có mối liên quan giữa điểm lý thuyết và thực hành. Nhân viên có điểm lý thuyết cao có tỷ lệ đạt điểm thực hành cao hơn. Điều này cho thấy việc nắm vững lý thuyết sẽ giúp thực hành tốt hơn.

Chất lượng CPR: số đông nhân viên đều không đáp ứng được chất lượng ép tim, chỉ có 12 nhân viên (4,7%) có chất lượng ép tim ngoài lồng ngực đạt trên 50%. Chất lượng CPR không liên quan tới Việc đã được đào tạo hay không được đào tạo tại Tâm Anh, không liên quan đến năng lực ép tim ngoài lồng ngực. Điều này cũng dễ hiểu vì đa số khi chúng ta đánh giá và đào tạo thi đều chủ yếu đánh giá cảm quang nên sẽ không thể đo lường chính xác như trên máy đo. Vì vậy nên có thiết bị phản hồi khi đánh giá và đào tạo ép tim ngoài lồng ngực. Theo nghiên cứu của Vinmec năm 2020^[2] nhân viên ép tim chính xác nhiều hơn khi ép tim có thiết bị phản hồi. Chất lượng CPR có mối liên quan với đơn vị công tác và trình độ học vấn, nhân viên tại các khoa HSTC, cấp cứu, GMHS có tỷ lệ đạt

chất lượng CPR cao hơn các nhóm khác, nhân viên có trình độ cử nhân có tỷ lệ chất lượng CPR > 50% cao hơn các nhóm khác.

V. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng kiến thức, thực hành ép tim trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản người lớn trên mô hình của điều dưỡng/kỹ thuật viên/hộ sinh BVĐK Tâm Anh

- Thực hành: Các nhân viên tham gia nghiên cứu có điểm thực hành đạt loại xuất sắc chiếm 3,92%, giỏi 16,86 %, khá 54,9%, xếp loại trung bình và dưới trung bình 24,3%. Lý thuyết: Tỷ lệ nhân viên đạt điểm lý thuyết loại xuất sắc là 21,6%, giỏi 59,6%, và khá là 18,4%. Tỷ lệ nhân viên đạt năng lực ép tim ngoài lồng ngực là 75,3%. Chất lượng CPR: chất lượng ép tim ngoài lồng ngực đạt trên 50% là 4,7%.

5.2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành ép tim trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản người lớn của điều dưỡng/kỹ thuật viên/hộ sinh tại BVĐK Tâm Anh:

- Có mối liên quan giữa đạt năng lực ép tim ngoài lồng ngực với việc được BVĐK Tâm Anh đào tạo. Nhân viên được BVĐK Tâm Anh đào tạo có tỷ lệ đạt năng lực ép tim ngoài lồng ngực cao hơn.

- Chất lượng CPR có mối liên quan với đơn vị công tác, trình độ học vấn. Chất lượng CPR không liên quan tới Việc đã được đào tạo hay không được đào tạo tại Tâm Anh,

không liên quan đến năng lực ép tim ngoài lồng ngực.

- Kiến nghị: khi xây dựng chương trình đào tạo cấp cứu CPR cần có thiết bị đo độ sâu và tần số để đánh giá chính xác cũng như đào tạo thực hành tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Những điểm nổi bật cho hồi sinh tim phổi (cpr) và chăm sóc tim mạch khẩn cấp (ecc)** năm 2020. Phiên bản tiếng việt. https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020_eccguidelines_vietnamese.pdf.
2. **Đỗ Hồng Công** (2020). “Hiệu quả đào tạo CPR có thiết bị phản hồi tại bệnh viện Vinmec Times City 2019”, 2019, trang 89-92.
3. **Handley, A.J.H.S.A.J.**, Improving CPR performance using an audible feedback system suitable for incorporation into an automated external defibrillator. *Resuscitation*, 2003. 57(1): p. 57-62.
4. **Mengistu Mekonnen Kelkay, H.K., Zelalem Birhanu, Sinafikish Amsalu, A** cross sectional study on knowledge, practice and associated factors towards basic life support among nurses working in amhara region referral hospitals, northwest Ethiopia, 2016. *Hospice & Palliative Medicine International Journal*, 2018. 2(2): p. 123-130.
5. **Weisfeldt, M.L.E.-S., Siobhan;...** Ventricular Tachyarrhythmias after Cardiac Arrest in Public versus at Home. *Boston Medical and Surgical Journal*, 2011. 364(4).