

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alsaied, N. Islam, and L. Thalib**, "Global incidence of Necrotizing Enterocolitis: a systematic review and Meta-analysis," *BMC Pediatr*, 20(1), 2020, p344.
2. **D. M. Me. Christine A. Gleason MTS**, "Enteral Nutrition," in *Avery's diseases of the newborn*, 11th ed., Elsevier, chap 59, 2023.
3. **Gomella TL**, "Nutritional management.," in *Gomella's Neonatology*, Mc Graw Hill education, 2020, ch. 11.
4. **G. R. Prasad, J. V. S. Rao, A. Aziz, T. M. Rashmi, and S. Ahmed**, "Early Enteral Nutrition in Neonates Following Abdominal Surgery," *J Neonatal Surg*, 7(2), 2018, p. 21.
5. **H.-I. Jo, J.-Y. Sul, and J.-B. Park**, "Effect of Nutritional Support on Postoperative Growth Velocity of Neonates in Neonatal Intensive Care Unit," *Advances in Pediatric Surgery*, 24(2), 2018, pp. 51–59.
6. **Organization WH**. Preterm birth. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=There%20are%20sub%2Dcategories%20of,\(32%20to%2037%20weeks](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=There%20are%20sub%2Dcategories%20of,(32%20to%2037%20weeks)
7. **R. M. Reynolds, K. D. Bass, and P. J. Thureen**, "Achieving positive protein balance in the immediate postoperative period in neonates undergoing abdominal surgery," *J Pediatr*, 152(1), 2008, pp. 63–67.
8. **Y. Sun, Z. Gao, W. Hong, X. Gong, and C. Cai**, "Analysis of Postoperative Outcomes and Extrauterine Growth Retardation in Preterm Infants with Necrotizing Enterocolitis: A Retrospective Study," *Am J Perinatol*, 41 (S 01), 2024, pp. E1190–E1196.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SINH THIẾT CỘT SỐNG QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Đỗ Võ Công Nguyên¹, Võ Thành Toàn¹, Trần Trung Kiên¹,
Đặng Phan Vĩnh Toàn¹, Nguyễn Chí Thành¹

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 31 trường hợp bệnh nhân sinh thiết xương cột sống tại khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Thống Nhất – TP Hồ Chí Minh từ tháng 7/ 2023 đến tháng 7/ 2024. **Kết quả:** Độ tuổi thường gặp trên 60 tuổi, nữ chiếm đa số (61%), vị trí sinh thiết chủ yếu: cột sống thắt lưng (77.42%). Vị trí sinh thiết: xuyên cuống sống (32.26%), thân đốt sống (61.29%), phần mềm cạnh sống (6.45%), sử dụng kim sinh thiết xương (64.52%), kim sinh thiết mô mềm (29.03%) và sử dụng kết hợp 2 loại kim (6.45%), kết quả mô bệnh học: di căn cột sống (41.94%), lao (22.58%), mô viêm hoại tử (19.35%), u lympho (6.45%), mô lành, xuất huyết (6.45%). 96.77% lấy mẫu bệnh phẩm thoả đáng để chẩn đoán mô bệnh học, biến chứng sau thủ thuật: tụ máu tại chỗ (3.23%), đau cột sống kéo dài (3.23%), chưa thấy trường hợp nào có các biến chứng nghiêm trọng khác. **Từ khóa:** Sinh thiết, tổn thương cột sống, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS OF PERCUTANEOUS SPINE BIOPSY UNDER CT GUIDANCE AT THONG NHAT HOSPITAL

Subjects and methods: 31 cases of spinal bone biopsy were conducted at the Radiology Department, Thong Nhat Hospital – Ho Chi Minh City, from July

2023 to July 2024. **Results:** The common age group was over 60 years, with females making up the majority (61%). The primary biopsy site was the lumbar spine (77.42%). The biopsy locations included: transpedicular (32.26%), vertebral body (61.29%), and paraspinous soft tissue (6.45%). Bone biopsy needles were used in 64.52% of cases, soft tissue biopsy needles in 29.03%, and a combination of both in 6.45%. The histopathological results were: spinal metastasis (41.94%), tuberculosis (22.58%), necrotic inflammatory tissue (19.35%), lymphoma (6.45%), benign tissue with hemorrhage (6.45%). Adequate biopsy specimens were obtained for histopathological diagnosis in 96.77% of cases. Post-procedure complications included local hematoma (3.23%) and prolonged spinal pain (3.23%), with no other significant complications observed. **Keywords:** Biopsy, spinal lesion, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh lý cột sống như u, nhiễm trùng, chấn thương và các rối loạn thoái hóa là những thách thức lớn đối với cả bệnh nhân và các bác sĩ lâm sàng. Chẩn đoán chính xác các tổn thương cột sống đóng vai trò quan trọng trong việc đưa ra hướng điều trị hiệu quả. Trong các phương pháp chẩn đoán, sinh thiết là một kỹ thuật quan trọng nhằm lấy mẫu mô để xác định bản chất của tổn thương, từ đó đưa ra hướng điều trị phù hợp. Sinh thiết cột sống có thể được thực hiện bằng cách mở hoặc qua da dưới hướng dẫn của các phương tiện hình ảnh như C-arm (1), CTScan (2), Siêu âm (3), MRI (4).

Sinh thiết cột sống qua da dưới hướng dẫn

¹Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2024

Ngày duyệt bài: 3.12.2024

của cắt lớp vi tính (CT) hiện nay đã trở thành một phương pháp được ưa chuộng do tính an toàn và hiệu quả cao trong việc chẩn đoán (2). Phương pháp này cho phép bác sĩ lấy mẫu mô từ các vị trí khó tiếp cận, đặc biệt là tại cột sống, với độ chính xác cao và giảm thiểu nguy cơ biến chứng. So với các phương pháp sinh thiết mở, sinh thiết qua da có thể giảm thiểu các biến chứng liên quan đến phẫu thuật như nhiễm trùng vết mổ và thời gian hồi phục ngắn hơn (5).

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy tính hiệu quả của sinh thiết qua da dưới hướng dẫn của CTScan trong chẩn đoán các bệnh lý cột sống, nhưng tại Việt Nam, số liệu nghiên cứu về kỹ thuật này còn hạn chế. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Kết quả bước đầu sinh thiết cột sống qua da dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính tại bệnh viện Thống Nhất" nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp sinh thiết cột sống qua da dưới hướng dẫn CTScan.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 31 trường hợp bệnh nhân sinh thiết xương cột sống tại khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Thống Nhất – TP Hồ Chí Minh từ tháng 7/ 2023 đến tháng 7/ 2024

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024

▪ Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân tổn thương trên cột sống được xác định qua khám lâm sàng, xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, được thực hiện sinh thiết vùng cột sống để xác định chẩn đoán, lấy bệnh phẩm cấy dịch, kháng sinh đồ, mô bệnh học,...

▪ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Rối loạn đông máu
- Nghi ngờ tổn thương mạch máu ở đốt sống.
Có thể xảy ra xuất huyết dẫn đến chèn ép tuỷ
- Bệnh nhân không hợp tác

▪ Chỉ định sinh thiết:

- Xác định hoặc loại trừ di căn ở bệnh nhân có khối u nguyên phát đã biết
- Xác định bản chất tổn thương xương đơn độc với những phát hiện hình ảnh không đặc hiệu
- Loại trừ ác tính trong chèn ép than đốt sống, đặc biệt là di căn hoặc u tuỷ
- Đánh giá tái phát u
- Xác định nguyên nhân nhiễm trùng để chẩn đoán và lấy mẫu cấy dịch ví dụ trong viêm đĩa đệm, viêm tuỷ xương.

▪ Phương pháp sinh thiết:

- Bộc lộ vị trí thực hiện. TTV trực tiếp CTScan xác định vị trí đường vào: đảm bảo

nguyên tắc: gần khối u nhất, an toàn nhất.

- Đánh dấu vị trí sinh thiết và sát trùng vị trí sinh thiết rộng ra xung quanh. Mang găng tay vô khuẩn, phủ khăn lố. Vô khuẩn đầu dò bằng cồn 70 độ. Gây tê vị trí sinh thiết bằng Lidocain

- Dùng dao phẫu thuật tạo tạo một đường rạch da nhỏ ngay vị trí đánh dấu.



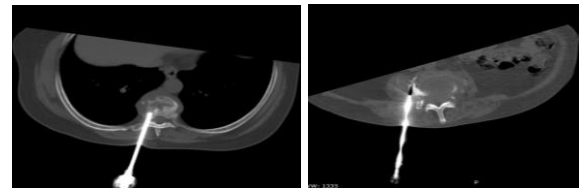
Hình 2.1. Quy trình thực hiện sinh thiết qua da dưới hướng dẫn CTScan

(nguồn: tác giả)

- Dùng súng sinh thiết (đã được ráp kim) chọc kim đồng trục và CTScan xác định mũi kim.

- Tiến hành bấm lấy mẫu, rút kim đồng trục ra khỏi vị trí sinh thiết.

- Cho mẫu sinh thiết vào lọ đựng mẫu, đánh giá độ vỡ của tổ chức mô. Sát trùng lại và băng ép tại chỗ. Hướng dẫn NB dùng tay đè vào vị trí sinh thiết để cầm máu.



Hình 2.2. Chọc kim sinh thiết dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính

(nguồn: tác giả)

2.3. Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, lý do vào viện

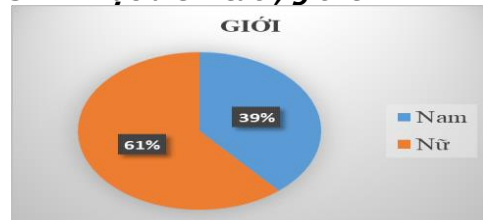
- Kết quả sinh thiết: Vị trí sinh thiết, phương pháp sinh thiết, kết quả mô bệnh học, số lần thực hiện sinh thiết trên một bệnh nhân, biến chứng sau sinh thiết

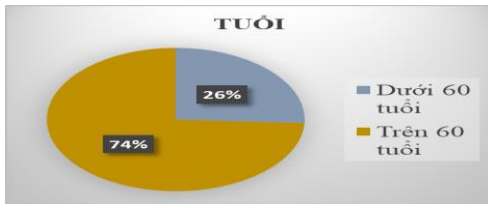
2.4. Phương pháp xử lý số liệu: SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm tuổi, giới tính:





Biểu đồ 3.1: Phân bố tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Chúng ta có thể thấy trong 31 trường hợp nghiên cứu có 74% trường hợp bệnh nhân trên 60 tuổi, 26% trường hợp bệnh nhân dưới 60 tuổi trong đó độ tuổi giao động từ 50 tuổi trở lên. Trong tất cả bệnh nhân số lượng bệnh nhân nữ chiếm đến 61% trường hợp. Tương đồng với một số tác giả như Đinh Gia Khánh với tỉ lệ bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm đến 73.5% (6). Có thể thấy những trường hợp tổn thương cột sống đa số là người lớn tuổi, tình trạng miễn dịch giảm đi dẫn đến dễ mắc các bệnh lý như nhiễm trùng, u, lao,...

3.1.2. Lý do vào viện: Bệnh nhân vào viện với triệu chứng chủ yếu là đau vùng cột sống, uống thuốc giảm đau không đỡ chiếm 80,65% trường hợp, có 19,35% trường hợp bệnh nhân đau kèm sốt nhẹ không liên tục và được chẩn đoán xác định lao cột sống. Trong đó phần lớn các triệu chứng đều xuất hiện trong vòng dưới 1 tháng. Có 9,68% trường hợp bệnh nhân đau kéo dài >3 tháng, được chẩn đoán và điều trị theo hướng viêm thân sống nhưng không cải thiện, bệnh nhân nhập viện chúng tôi được chụp CTScan và sinh thiết cho kết quả: vi khuẩn lao không điển hình

3.2. Kết quả sinh thiết

3.2.1. Vị trí sinh thiết ở cột sống:

Bảng 3.1: Phân bố vị trí sinh thiết ở cột sống

Vị trí sinh thiết	Số lượng	Tỉ lệ
Cột sống cổ	1	3.23%
Cột sống ngực	6	19.35%
Cột sống thắt lưng	24	77.42%
Cột sống cùng cụt	0	0
Tổng	31	100%

Nhận xét: Chúng ta có thể thấy vị trí tổn thương cột sống được sinh thiết chủ yếu là cột sống thắt lưng chiếm đến 77.42%, 19.35% tổn thương vùng cột sống ngực, 3.23% sinh thiết tổn thương cột sống cổ và không có tổn thương ở các vị trí còn lại. Điều này tương tự với một số tác giả như Đinh Gia Khánh và cộng sự: tỉ lệ sinh thiết cột sống thắt lưng chiếm cao nhất với tỉ lệ 77.8%(6) hay tác giả Daniel Yaffee với tỉ lệ sinh thiết cột sống thắt lưng: 63.2% (7)

3.2.2. Vị trí sinh thiết trên đốt sống:

Bảng 3.2: Phân bố vị trí sinh thiết trên đốt sống

Vị trí	Số lượng	Tỉ lệ
Xuyên cuống sống	10	32.26%
Thân đốt sống	19	61.29%
Phần mềm cạnh sống hoặc vị trí khuyết xương	2	6.45%
Tổng	31	100%

Nhận xét: Hiện nay có rất nhiều vị trí tiếp cận sinh thiết cột sống như: xuyên cuống sống, lối sau ngoài, ngang sườn trên, ngang sườn dưới, sinh thiết cuốn, lối trước ngoài, lối ngoài,...(8). Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện các kỹ thuật xuyên cuống sống (32.26%), sinh thiết thân đốt sống (61.29%), và phần mềm cạnh sống (6.45%). Có lẽ vì số lượng bệnh nhân còn ít chế nên việc thực hiện nhiều cách tiếp cận còn hạn chế.

3.2.3. Phương pháp sinh thiết vào cột sống:

Bảng 3.3: Phân bố vị trí sinh thiết ở cột sống

Phương pháp	Số lượng	Tỉ lệ
Sử dụng kim sinh thiết xương	20	64.52%
Sử dụng kim sinh thiết mô mềm	9	29.03%
Kết hợp 2 loại kim	2	6.45%
Tổng	31	100%

Nhận xét: Hiện nay tại cơ sở làm việc của chúng tôi thực hiện sinh thiết cả kim sinh thiết xương và kim sinh thiết mô mềm, sử dụng hệ thống kim đồng trục và được chứng minh là an toàn để lấy mẫu sinh thiết (7). Tùy vào vị trí sinh thiết, bản xương dày hay mỏng. Trong 31 trường hợp bệnh nhân được sinh thiết: 64.52% trường hợp sử dụng kim sinh thiết xương, 29.03% trường hợp sử dụng kim sinh thiết mô mềm và 6.45% trường hợp sử dụng kết hợp cả 2 loại kim sinh thiết.

3.2.4. Kết quả mô bệnh học:

Bảng 3.4: Kết quả mô bệnh học

Bệnh lý	Số lượng	Tỉ lệ
Di căn cột sống	13	41.94%
Lao	7	22.58%
Mô viêm hoại tử	6	19.35%
U lympho	2	6.45%
Mô xương lành, xuất huyết	2	6.45%
Không đủ bệnh phẩm chẩn đoán	1	3.23%
Tổng	31	100%

Nhận xét: Chúng ta có thể thấy 41.94% trường hợp chẩn đoán di căn cột sống, 22.58% trường hợp chẩn đoán lao, 19.35% trường hợp chẩn đoán mô viêm hoại tử đơn thuần, 6.45% trường hợp chẩn đoán u lympho, mô xương lành tính, xuất huyết 6.45%, và 3.23% không đủ

bệnh phẩm chẩn đoán. Kết quả này tương tự với một số tác giả như Đinh Gia Khánh: di căn cột sống và lao chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 46.5% và 23% (6)

Qua y văn có thể thấy rằng viện chẩn đoán chính xác bằng phương pháp sinh thiết qua da dưới hướng dẫn CTScan chiếm từ 67-97% (9, 10). Trong nghiên cứu của chúng tôi về kết quả sinh thiết, 96.77% trường hợp lấy mẫu bệnh phẩm thoả đáng để chẩn đoán mô bệnh học phù hợp với kết quả 98.5% của tác giả Đinh Gia Khánh (6). Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu nhỏ, cần phải có số lượng lớn hơn để khẳng định được độ chính xác của việc sinh thiết qua da cột sống dưới hướng dẫn CTScan

3.2.5. Biến chứng sau sinh thiết: Trong tổng số 31 bệnh nhân sinh thiết cột sống chúng tôi thấy rằng các biến chứng thường gặp: tụ máu tại chỗ (3.23%), đau cột sống kéo dài (3.23%), chưa thấy trường hợp nào có các biến chứng như: tổn thương thần kinh, gãy kim, tràn khí màng phổi, nhiễm trùng tại chỗ,... Trên thế giới hiện nay biến chứng do phương pháp này chiếm từ 0-26% (9) (10). Điều này có thể cho thấy bước đầu có những kết quả khả quan trong việc áp dụng sinh thiết cột sống qua da dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính

IV. KẾT LUẬN

Bước đầu cho thấy kết quả khả quan trong việc sử dụng phương pháp sinh thiết cột sống qua da dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính cho kết quả tốt, độ chính xác cao và tỉ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên số lượng bệnh nhân còn ít, cần nghiên cứu với số lượng lớn hơn để cho kết quả chính xác hơn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Murphy WA, Destouet JM, Gilula LA.** Percutaneous skeletal biopsy 1981: a procedure for radiologists--results, review, and recommendations. *Radiology.* 1981;139(3):545-9.
2. **Renfrew DL, Whitten CG, Wiese JA, el-Khoury GY, Harris KG.** CT-guided percutaneous transpedicular biopsy of the spine. *Radiology.* 1991;180(2):574-6.
3. **Civardi G, Livraghi T, Colombo P, Fornari F, Cavanna L, Buscarini L.** Lytic bone lesions suspected for metastasis: ultrasonically guided fine-needle aspiration biopsy. *J Clin Ultrasound.* 1994;22(5):307-11.
4. **Lewin JS, Petersilge CA, Hatem SF, Duerk JL, Lenz G, Clampitt ME, et al.** Interactive MR imaging-guided biopsy and aspiration with a modified clinical C-arm system. *AJR Am J Roentgenol.* 1998;170(6):1593-601.
5. **Binkert CA, Verdun FR, Zanetti M, Pfirrmann CW, Hodler J.** CT arthrography of the glenohumeral joint: CT fluoroscopy versus conventional CT and fluoroscopy--comparison of image-guidance techniques. *Radiology.* 2003; 229 (1):153-8.
6. **Tuan DGKTDHTQ.** Kết quả sinh thiết cột sống qua da dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính và robot Maxio. *Tạp chí y dược lâm sàng* 108. 2021;16(4).
7. **Yaffe D, Greenberg G, Leitner J, Gipstein R, Shapiro M, Bachar GN.** CT-Guided Percutaneous Biopsy of Thoracic and Lumbar Spine: A New Coaxial Technique. *American Journal of Neuroradiology.* 2003;24(10):2111-3.
8. **Singh DK, Kumar N, Nayak BK, Jaiswal B, Tomar S, Mittal MK, et al.** Approach-based techniques of CT-guided percutaneous vertebral biopsy. *Diagn Interv Radiol.* 2020;26(2):143-6.
9. **Kornblum MB, Wesolowski DP, Fischgrund JS, Herkowitz HN.** Computed tomography-guided biopsy of the spine. A review of 103 patients. *Spine (Phila Pa 1976).* 1998;23(1):81-5.
10. **Kattapuram SV, Rosenthal DI.** Percutaneous biopsy of skeletal lesions. *AJR Am J Roentgenol.* 1991;157(5):935-42.

ĐIỀU TRỊ LỌC MÁU HẤP PHỤ TRONG NGỘ ĐỘC CẤP DIQUAT

Nguyễn Thị Chinh¹, Đặng Thị Xuân²,
Vũ Văn Khâm², Hà Trần Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và các biến chứng của lọc máu hấp phụ ở bệnh nhân ngộ độc cấp diquat. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 34 bệnh nhân ngộ độc cấp diquat được

điều trị lọc máu hấp phụ tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Nồng độ diquat máu khi vào viện có trung vị là 8,09 (3,05-28,8) mcg/ml. Thời gian từ khi uống đến khi được lọc máu hấp phụ là 10,1 ± 5,6 giờ. Với điều trị lọc máu hấp phụ, tỷ lệ sống chung là 38,3%. Tỷ lệ tử vong tại viện là 55,9%, tử vong sau 28 ngày là 61,8%, tỷ lệ di chứng thần kinh là 2,94%. Lọc máu hấp phụ làm giảm rõ rệt nồng độ diquat máu: giảm 87,7% sau lần lọc đầu tiên (từ 8,1 giảm xuống 1,7 µg/ml), diquat được lọc tới âm tính trong máu sau khoảng 7,5 giờ, hầu hết không phát hiện diquat trong máu sau lần 3 lọc hấp phụ. Các biến chứng có thể gặp trong quá trình lọc hấp phụ là giảm tiểu cầu, giảm nhiều nhất 13,5% sau lần lọc đầu

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng

Email: hatranhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024