

khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ di căn hạch theo các đặc điểm như giới tính, vị trí u nguyên phát, mức độ xâm lấn màng phổi và loại mô bệnh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F.** Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024
2. **Seok Y et al.** Frequency of lymph node metastasis according to the size of tumors in resected pulmonary adenocarcinoma with a size of 30 mm or smaller. *Journal of Thoracic Oncology.* 2014;9(6): 818-824.
3. **Moulla Y et al.** Predictive risk factors for lymph node metastasis in patients with resected non-small cell lung cancer: A case control study. *Journal of cardiothoracic surgery.* 2019; 14(1): 11
4. **Lê Sơn Hải và cộng sự.** Đặc điểm Di căn hạch Trọng Ung Thư phổi không Tế bào nhỏ được phẫu thuật nội Soi cắt thùy phổi, vét hạch. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* 2021;16(DB4). doi:10.52389/ydls.v16iDB4.932.

5. **Haruki T, Aokage K, Miyoshi T, et al.** Mediastinal nodal involvement in patients with clinical stage I non-small-cell lung cancer: possibility of rational lymph node dissection. *J Thorac Oncol.* 2015;10(6): 930-936. doi:10.1097/JTO.0000000000000546
6. **Trần Minh Bảo Luân, Vũ Trí Thanh.** Xác định các yếu tố liên quan khả năng di căn hạch và kết quả vét hạch qua nội soi lồng ngực trong phẫu thuật điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* 2018;13(3).
7. **Nguyễn Minh Chiến.** Kết quả phẫu thuật điều trị Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I – II tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017
8. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (2024).** Non Small Cell Lung Cancer, V11.2024
9. **Shafazand S. et al.** Aclinical prediction rule to estimate the probability of mediastinal metastasis in patients with non - small cell lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology;*2006; 1(9): 953-959.
10. **Zhao JL et al.** Selective lymph node dissection for clinical T1 stage non - small cell lung cancer. *Translational Cancer Research;* 2019;8(8): 2820-282.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH DƯỚI 18 TUỔI MẮC DỊ DẠNG MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN

Lâm Thảo Cường^{1,2}, Hồ Tất Bằng^{1,2}, Trần Thanh Vỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh dưới 18 tuổi mắc dị dạng mạch máu ngoại biên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, thực hiện từ 31/07/2020 – 30/06/2021 tại khoa Lồng ngực – Mạch máu, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Tất cả người bệnh được chẩn đoán và điều trị dị dạng mạch máu ngoại biên đơn thuần thỏa điều kiện chọn mẫu. **Kết quả:** Có 62 người bệnh thảo điều kiện nghiên cứu, trong đó 46,8% là nam và 53,2% là nữ, tuổi trung bình là 11,0 ± 4,5 năm, nhỏ nhất là 3 tuổi và lớn nhất là 17 tuổi. Triệu chứng lâm sàng: 100% đau, 98,4% ảnh hưởng tâm lý, 95,2% sưng tăng kích thước, 80,6% thay đổi màu sắc. Triệu chứng thực thể: 6,5% rung miu và chảy máu, 4,8% loét mô và thiếu máu chi, 3,2% âm thổi. Vị trí thương tổn vùng đầu mặt cổ chiếm 45,2%, vùng chi dưới chiếm 35,5%. Nhiệt độ về mặt da cùng thương tổn bình thường chiếm 83,9%.

Trên Siêu âm ghi nhận 90,3% dị dạng tĩnh mạch và 9,7% dị dạng động – tĩnh mạch. Trên MRI ghi nhận đường kính trung bình vùng tổn thương là 7,6 ± 9,5 cm, thể tích trung bình thương tổn là 58,9 ± 133,5 ml, có bờ thương tổn rõ chiếm 72,6%, liên quan da và mô dưới da chiếm 98,4%, liên quan đến cơ chiếm 74,2%. Phân loại dị dạng tĩnh mạch theo Puig: loại II chiếm đa số với 66,1%. Phân loại dị dạng động-tĩnh mạch theo Yakes: loại IIIa chiếm đa số với 66,7%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau vùng thương tổn, ảnh hưởng tâm lý; đối với triệu chứng thực thể là rung miu, chảy máu vùng thương tổn. Vị trí thương tổn thường gặp là vùng đầu mặt cổ. Nhiệt độ bề mặt da vùng thương tổn đa số bình thường và chủ yếu kích thước thương tổn dưới 5 cm. Trên MRI thương tổn có bờ rõ, đa số liên quan với da, mô dưới da và cơ. **Từ khóa:** dị dạng mạch máu ngoại biên, dị dạng tĩnh mạch, dị dạng động tĩnh mạch, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF PATIENTS UNDER 18 WITH PERIPHERAL VASCULAR MALFORMATIONS

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients who under 18 years old with peripheral vascular malformations. **Methods:** This is case series study conducting from

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Vỹ

Email: vy.tt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 21.01.2025

July 31, 2020, to June 30, 2021, at the Department of Thoracic and Vascular Surgery, University Medical Center Ho Chi Minh City. All patients diagnosed and treated for isolated peripheral vascular malformations meeting the inclusion criteria were enrolled. **Results:** A total of 62 patients met the study criteria, of which 46.8% were male and 53.2% were female. The average age was 11.0 ± 4.5 years, with the youngest being 3 years old and the oldest 17 years old. Clinical symptoms: Pain was observed in 100%, psychological impact in 98.4%, swelling or increased size in 95.2%, and skin discoloration in 80.6%. Physical symptoms: Thrill and bleeding occurred in 6.5%, tissue ulceration and limb ischemia in 4.8%, and bruits in 3.2%. Lesion locations: The head and neck region accounted for 45.2% of cases, while the lower extremities accounted for 35.5%. Skin temperature over the lesion site was normal in 83.9% of cases. Ultrasound findings: Venous malformations were detected in 90.3%, and arteriovenous malformations in 9.7%. MRI findings: The mean diameter of the lesion area was 7.6 ± 9.5 cm, with an average lesion volume of 58.9 ± 133.5 ml. Well-defined lesion borders were observed in 72.6%. Skin and subcutaneous tissue involvement was seen in 98.4%, and muscle involvement in 74.2%. Classification: Based on Puig's venous malformation classification, Type II was the most common (66.1%). According to Yakes' arteriovenous malformation classification, Type IIIa predominated (66.7%). **Conclusion:** Common clinical symptoms included pain at the lesion site and psychological impact. Thrill and bleeding were notable physical findings. The most frequent lesion locations were the head and neck regions. Skin temperature over the lesion site was typically normal, and most lesion sizes were under 5 cm. MRI findings often showed well-defined lesion borders, primarily involving the skin, subcutaneous tissue, and muscles. **Keywords:** peripheral vascular malformation, venous malformation, arteriovenous malformation, clinical, paraclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng mạch máu là một rối loạn bẩm sinh, xảy ra ở cả người lớn và trẻ em, đặc trưng bởi những bất thường khu trú hoặc lan tỏa trong cấu trúc mạch máu, bao gồm hệ thống động mạch, tĩnh mạch, bạch mạch và mao mạch. Các tổn thương được nhận biết qua sự gia tăng số lượng và kích thước của mạch máu, nhưng không kèm theo sự tăng sinh bất thường của tế bào nội mô, và có xu hướng tiến triển theo thời gian. Dị dạng mạch máu có thể được phân thành hai dạng chính: dạng tổn thương đơn thuần, khi bất thường chỉ xảy ra ở một loại cấu trúc mạch máu, và dạng tổn thương kết hợp, khi bất thường xuất hiện trên hai hoặc nhiều loại cấu trúc mạch máu, chẳng hạn như dị dạng động – tĩnh mạch [1].

Tổn thương có thể xuất hiện ở các vị trí khác nhau và được chia thành hai nhóm: dị dạng mạch máu nội sọ và nội tạng và dị dạng mạch máu ngoại biên (thường gặp trên bề mặt vùng

đầu, mặt, cổ, thân và tứ chi). Mặc dù các tổn thương này thường xuất hiện từ lúc sinh, nhưng chúng có thể chỉ được phát hiện muộn hơn trong cuộc sống do ảnh hưởng của quá trình phát triển và chuyển hóa cơ thể. Trong bệnh lý dị dạng mạch máu ngoại biên thì dị dạng tĩnh mạch chiếm khoảng 38% và dị dạng động – tĩnh mạch chiếm khoảng 10-15% [1], dị dạng tĩnh mạch là một trong những loại dị dạng phổ biến nhất [2].

Tại Việt Nam, trước đây đã có nhiều nghiên cứu về bệnh lý bất thường mạch máu bẩm sinh chủ yếu theo hướng u máu. Gần đây, đã có một số nghiên cứu quan tâm đến bệnh lý dị dạng mạch máu ngoại biên, chủ yếu báo cáo tập trung nghiên cứu từng loại dị dạng, tại vùng cơ thể nhất định. Tuy vậy, các nghiên cứu chưa có tính hệ thống, chưa thống kê dịch tễ và chưa tập trung đến khía cạnh phân loại thương tổn dị dạng mạch máu trong thực hành lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm người bệnh dưới 18 tuổi mắc dị dạng mạch máu ngoại biên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả loạt ca từ 31/07/2020 – 30/06/2021 tại khoa Lồng ngực – Mạch máu, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân dưới 18 tuổi được chẩn đoán dị dạng mạch máu ngoại biên, có các điều kiện gồm: thương tổn thấy được trên bề mặt da, niêm mạc ở vùng đầu mặt cổ, ngực, bụng và tứ chi. Tiêu chí loại trừ bao gồm (1) những bệnh nhân được chẩn đoán: dị dạng mao mạch, dị dạng bạch mạch, dò động-tĩnh mạch mắc phải; hoặc (2) được chẩn đoán các dị dạng mạch máu thuộc các hội chứng đặc biệt: Klippel - Trenaunay, Sturge - Weber, Bannayan - Riley - Ruvalcaba; và (3) hồ sơ không đủ hình ảnh siêu âm, MRI và chụp mạch chẩn đoán.

2.3. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu. Các biến số nghiên cứu bao gồm:

- Đặc điểm lâm sàng (Tuổi, giới, triệu chứng cơ năng và thực thể, vị trí thương tổn, nhiệt độ bề mặt thương tổn, kích thước)

- Đặc điểm cận lâm sàng bao gồm các đặc điểm của dị dạng mạch máu trên siêu âm màu, hình ảnh chụp cộng hưởng từ (MRI) và hình ảnh chụp mạch số hóa xóa nền

- Dị dạng tĩnh mạch được phân loại bằng bảng phân loại Puig, dị dạng động tĩnh mạch được phân loại bằng bảng phân loại của Yakes.

Số liệu quản lý và thống kê bằng phần mềm

Excel 2019. Thống kê mô tả đối với biến định tính sử dụng tần số và tỷ lệ phần trăm, sử dụng trung bình ± độ lệch chuẩn mô tả dữ liệu định lượng có phân phối bình thường, hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu biến số định lượng phân phối không bình thường.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 mô tả các đặc điểm lâm sàng của 62 bệnh nhân dưới 18 tuổi mắc dị dạng mạch máu ngoại biên. Tuổi trung bình của toàn bộ bệnh nhân là 11,0 ± 4,5 năm, nhỏ nhất là 3 tuổi và

lớn nhất là 17 tuổi. Nhóm bệnh nhân mắc dị dạng tĩnh mạch có tuổi trung bình 10,8 ± 4,6 năm, trong khi nhóm mắc dị dạng động-tĩnh mạch có tuổi trung bình cao hơn, 12,3 ± 3,9 năm. Về giới tính, tỷ lệ nam và nữ tương đối đồng đều, với 46,8% là nam và 53,2% là nữ.

Các triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất ở các bệnh nhân bao gồm đau (100%), sưng và tăng kích thước vùng tổn thương (95,2%), và ảnh hưởng tâm lý (98,4%). Vị trí tổn thương thường gặp nhất là ở đầu mặt cổ (45,2%) và chi dưới (35,5%), trong khi các vị trí ít phổ biến hơn bao gồm chi trên (11,3%), ngực (6,5%), và bụng (1,6%).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh dưới 18 tuổi mắc dị dạng mạch máu ngoại biên

Đặc điểm	Tất cả (N=62)	Dị dạng tĩnh mạch (N=56)	Dị dạng động - tĩnh mạch (N=6)
Tuổi (năm)			
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	11,0 ± 4,5	10,8 ± 4,6	12,3 ± 3,9
Nhỏ nhất - Lớn nhất	3 - 17	3 - 17	5 - 15
Giới tính, n (%)			
Nam	29 (46,8)	26 (46,4)	3 (50,0)
Nữ	33 (53,2)	30 (53,6)	3 (50,0)
Triệu chứng lâm sàng			
Anh hưởng tâm lý, n (%)	61 (98,4)	55 (98,2)	6 (100,0)
Sưng, tăng kích thước, n (%)	59 (95,2)	53 (94,6)	6 (100,0)
Đau, n (%)	62 (100,0)	56 (100,0)	6 (100,0)
Thay đổi màu sắc, n (%)	50 (80,6)	46 (82,1)	4 (66,7)
Ngất, n (%)	2 (3,2)	1 (1,8)	1 (16,7)
Tình cờ phát hiện, n (%)	2 (3,2)	2 (3,6)	0 (0,0)
Vị trí thương tổn			
Đầu mặt cổ, n (%)	28 (45,2)	26 (46,4)	2 (33,3)
Ngực, n (%)	4 (6,5)	3 (5,4)	1 (16,7)
Bụng, n (%)	1 (1,6)	1 (1,8)	0 (0,0)
Chi trên, n (%)	7 (11,3)	5 (8,9)	2 (33,3)
Chi dưới, n (%)	22 (35,5)	21 (37,5)	1 (16,7)
Nhiệt độ bề mặt da vùng thương tổn, n (%)			
Bình thường	52 (83,9)	49 (87,5)	3 (50,0)
Nóng	10 (16,1)	7 (12,5)	3 (50,0)
Kích thước thương tổn, n (%)			
<5 cm	33 (53,2)	29 (51,8)	4 (66,7)
≥5 cm	29 (46,8)	27 (48,2)	2 (33,3)
Thăm khám thực thể			
Rung miu, n (%)	4 (6,5)	1 (1,8)	3 (50,0)
Âm thổi, n (%)	2 (3,2)	0 (0,0)	2 (33,3)
Hoại tử, n (%)	1 (1,6)	0 (0,0)	1 (16,7)
Loét mô, n (%)	3 (4,8)	2 (3,6)	1 (16,7)
Thiếu máu chi, n (%)	3 (4,8)	2 (3,6)	1 (16,7)
Chảy máu, n (%)	4 (6,5)	3 (5,4)	1 (16,7)

Bảng 2 mô tả các đặc điểm cận lâm sàng, tập trung vào các chỉ số liên quan đến siêu âm và MRI. Trong đó, dị dạng tĩnh mạch chiếm đa số (90,3%), với lưu lượng máu thấp ở tất cả các

trường hợp. Nhóm dị dạng động-tĩnh mạch chỉ chiếm 9,7%, tất cả các trường hợp đều có lưu lượng máu cao. Kích thước tổn thương, được đo qua đường kính lớn nhất, trung bình đạt 7,6 ±

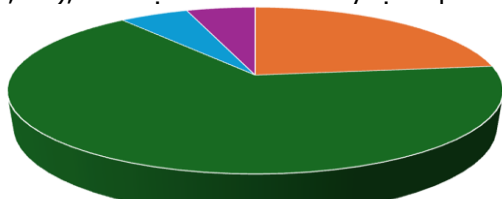
9,5 cm và dao động từ 2 đến 65 cm. Thể tích trung bình của tổn thương là $5,9 \pm 133,5$ ml, với nhóm dị dạng động-tĩnh mạch có thể tích nhỏ hơn, trung bình là $23,6 \pm 26,5$ ml. Phần lớn tổn

thương có bờ giới hạn rõ và chủ yếu liên quan đến da, mô dưới da (98,4%) và cơ (74,2%), trong khi tổn thương liên quan đến xương rất hiếm gặp (3,2%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh dưới 18 tuổi mắc dị dạng mạch máu ngoại biên

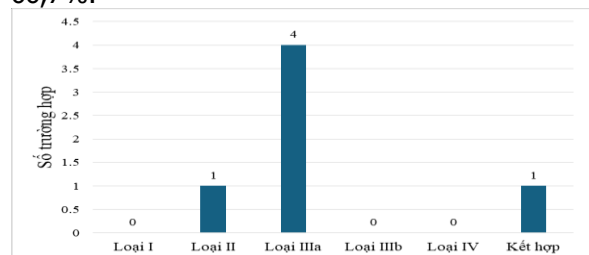
Đặc điểm	Tất cả (N=62)	Dị dạng tĩnh mạch (N=56)	Dị dạng động - tĩnh mạch (N=6)
Phân loại tổn thương trên siêu âm, n (%)			
Dị dạng tĩnh mạch	56 (90,3)	56 (100,0)	0 (0,0)
Dị dạng động-tĩnh mạch	6 (9,7)	0 (0,0)	6 (100,0)
Lưu lượng máu, n (%)			
Cao	6 (9,7)	0 (0,0)	6 (100,0)
Thấp	56 (90,3)	56 (100,0)	0 (0,0)
Đặc điểm thương tổn trên MRI			
Đường kính lớn nhất (cm)			
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	7,6 ± 9,5	7,9 ± 9,9	4,8 ± 2,9
Trung vị (Tứ phân vị)	5 (4 - 7)	5 (4 - 8)	4 (4 - 5)
Nhỏ nhất - Lớn nhất	2 - 65	2 - 65	2 - 10
Thể tích tổn thương (ml)			
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	58,9 ± 133,5	62,6 ± 139,8	23,6 ± 26,5
Nhỏ nhất - Lớn nhất	2 - 935	2 - 935	2 - 74
Bờ thương tổn, n (%)			
Giới hạn rõ	45 (72,6)	41 (73,2)	4 (66,7)
Giới hạn kém	17 (27,4)	15 (26,8)	2 (33,3)
Liên quan da, mô dưới da, n (%)	61 (98,4)	56 (100,0)	5 (83,3)
Liên quan cơ, n (%)	46 (74,2)	42 (75,0)	4 (66,7)
Liên quan xương, n (%)	2 (3,2)	2 (3,6)	0 (0,0)

Biểu đồ 1 minh họa phân loại dị dạng tĩnh mạch theo Puig trên hình ảnh chụp mạch số hóa xóa nền (DSA). Loại II chiếm tỷ lệ cao nhất (66,1%), các loại I và III-IV có tỷ lệ thấp hơn.



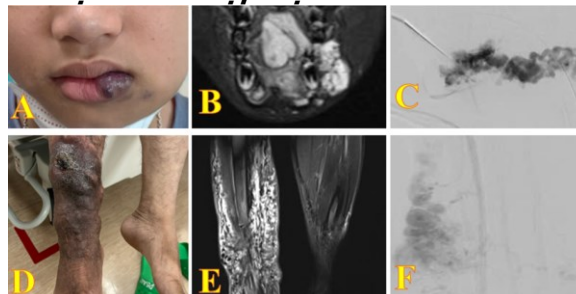
Biểu đồ 1. Phân loại dị dạng tĩnh mạch trên chụp mạch số hóa xóa nền

Biểu đồ 2 phân loại tổn thương động-tĩnh mạch theo Yakes. Trong nhóm bệnh nhân mắc dị dạng động-tĩnh mạch, loại IIIa chiếm đa số với 66,7%.



Biểu đồ 2. Phân loại tổn thương động tĩnh mạch

mạch trên chụp mạch số hóa xóa nền



Hình 1. Dị dạng tĩnh mạch và dị dạng động tĩnh mạch

Hình ảnh lâm sàng (A), chụp cộng hưởng từ (B) và chụp mạch máu số hóa xóa nền ở bệnh nhân nữ mắc dị dạng tĩnh mạch vùng môi dưới, phân loại Puig III.

Hình ảnh lâm sàng (D), cộng hưởng từ (E) và chụp mạch máu số hóa xóa nền ở bệnh nhân nam mắc dị dạng động - tĩnh mạch, phân loại Yakes IIIB

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 103 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí lựa chọn của nghiên cứu, với tỷ lệ nữ/nam là 1,13/1, tuổi trung bình toàn nghiên cứu là $11,0 \pm 4,5$ tuổi, tuổi trung bình nhóm dị dạng tĩnh mạch là 10,8

$\pm 4,6$ tuổi và nhóm dị dạng động – tĩnh mạch là $12,3 \pm 3,9$ tuổi. Kết quả nghiên cứu tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới. Theo nghiên cứu của Lee Byong-Boong và cộng sự thực hiện trên 438 bệnh nhân dị dạng mạch máu ngoại biên, ghi nhận tỷ lệ nữ gấp 1,2 lần nam, độ tuổi trung bình 18 tuổi [3]. Cả hai nhóm dị dạng tĩnh mạch và dị dạng động – tĩnh mạch đều là những bệnh có thể phát hiện lúc sơ sinh hoặc trẻ nhỏ, lớn dần theo thời gian, không thoái lui. Tuy nhiên, đối với dị dạng động – tĩnh mạch, tiến triển bệnh liên quan đến sự thay đổi nội tiết tố hoặc tác động thứ cấp (chấn thương) thúc đẩy bùng phát bệnh lý nên dị dạng động – tĩnh mạch thường khởi phát bệnh trễ so với dị dạng tĩnh mạch. Bên cạnh đó, giới tính cũng được xem là một yếu tố liên lượng kết quả điều trị, trong nghiên cứu Woo-Sung Yun cho thấy nữ giới mắc dị dạng tĩnh mạch có kết quả điều trị tốt hơn (OR = 4,49; KTC 95%: 1,24-16,28) [4].

Trong nghiên cứu này, vị trí xuất hiện thương tổn nhiều nhất là vùng đầu mặt cổ chiếm 45,2%, chi dưới chiếm 35,5%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với ghi nhận y văn trước đây. Nghiên cứu của Lee Byong-Boong ghi nhận thương tổn nhiều nhất ở chi dưới với 48,17%, vùng đầu mặt cổ chiếm 17,12% [3]. Tác giả Nguyễn Công Minh thực hiện nghiên cứu trên 528 bệnh nhân dị dạng mạch máu ngoại biên cho kết quả 30% thương tổn ở vùng đầu mặt cổ, chi trên chiếm 26%, chi dưới chiếm 22% [5]. Thương tổn ở vùng đầu mặt cổ gây ảnh hưởng nhiều đến chức năng cơ thể và tác động đến tâm lý người bệnh do vấn đề thẩm mỹ (Hình 1). Ngoài ra, thương tổn tại vị trí này giúp người bệnh dễ dàng phát hiện và đến khám sớm hơn.

Trong thương tổn dị dạng tĩnh mạch có biểu hiện như thay đổi nhiệt độ da vùng thương tổn, da vùng thương tổn có màu xanh đậm, dị dạng ở đường thở có thể gây khó thở, hoặc dị dạng mạch máu vùng tứ chi gây sưng đau [6]. Thương tổn dị dạng động-tĩnh mạch thường gây biến đổi màu sắc da, nhiệt độ vùng da thường ấm, sờ thấy mạch đập hoặc rung miu, loét do tăng áp lực tĩnh mạch, triệu chứng thiếu máu, hoại tử mô vùng chi (Hình 1). Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trường hợp nhiệt độ nóng tại vùng da thương tổn rất ít (7/49 TH) ở nhóm thương tổn dị dạng tĩnh mạch, trường hợp kích thước thương tổn từ trên 5 cm (2/6 TH) ở nhóm thương tổn dị dạng động – tĩnh mạch. Những điểm này được xem là một dấu hiệu chỉ điểm trong thực hành lâm sàng giúp phân biệt thương tổn dị dạng động-tĩnh mạch với các loại thương tổn khác một cách nhanh chóng và hữu ích.

Hiện nay chụp MRI có thể được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán bệnh lý dị dạng mạch máu ngoại biên [3]. Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận giá trị trung bình đường kính thương tổn và thể tích thương tổn nhóm dị dạng tĩnh mạch lớn hơn so với nhóm dị dạng động – tĩnh mạch và các trường hợp thương tổn có bờ giới hạn rõ (45/62 trường hợp). Bờ giới hạn rõ là một yếu tố tiên lượng kết quả điều trị, trong nghiên cứu Woo-Sung Yun ghi nhận bờ thương tổn rõ trên chụp MRI là yếu tố tiên lượng điều trị tốt (OR = 13,38, KTC 95%: 2,84-63,12) [4]. Bên cạnh giá trị chẩn đoán bệnh lý, chụp MRI hỗ trợ bác sĩ lâm sàng lập kế hoạch điều trị chi tiết thông qua việc cung cấp thông tin về mức độ liên quan đến các cấu trúc mô xung quanh, chọn lựa hướng tiếp cận đối với dị dạng động-tĩnh mạch, từ đó giúp tiết kiệm thời gian và chi phí, tăng hiệu quả điều trị, hạn chế biến chứng.

Phân loại dị dạng tĩnh mạch theo Puig trên hình ảnh chụp DSA ghi nhận loại II chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,1%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Yun Woo-Sung [4]. Nhiều nghiên cứu ghi nhận, người bệnh được thực hiện phân loại theo Puig có kết quả điều trị tốt hơn [7]. Tại đơn vị thực hiện nghiên cứu, chúng tôi đã tuân thủ trình tự đánh giá hình thái, tính chất và phân loại thương tổn theo các khuyến cáo của các trung tâm điều trị có nhiều kinh nghiệm trên Thế giới. Chúng tôi khuyến khích các cơ sở y tế có đơn vị can thiệp nội mạch nên trang bị hệ thống chụp DSA và tuân thủ quy trình vừa được liệt kê để nâng cao khả năng chẩn đoán và điều trị bệnh.

Hệ thống phân loại Yakes đã được sử dụng phổ biến trong chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị thương tổn dị dạng động-tĩnh mạch. Chúng tôi áp dụng phân loại Yakes và ghi nhận có 66,7% thuộc loại IIIa, 16,7% thuộc loại II, không có nhóm. Kết quả cho thấy tần suất của thương tổn loại II và III chiếm ưu thế trong các loại thương tổn dị dạng động-tĩnh mạch, kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác [8]. Chúng tôi nhận thấy rằng phân loại hình ảnh dị dạng động-tĩnh mạch ngoại biên trên chụp DSA giúp đề ra phương thức điều trị thích hợp. Mặt khác, dựa vào phân loại tổn thương hỗ trợ tiên lượng khả năng điều trị bệnh cũng như tư vấn cho bệnh nhân tốt hơn.

Quản lý y tế trong dị dạng mạch máu ngoại biên cần tập trung vào ba yếu tố chính. Thứ nhất, xây dựng phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và phân loại dựa trên các hệ thống chuẩn như Puig và Yakes để chuẩn hóa quy trình và định hướng điều trị. Thứ hai, phát triển và áp dụng

các phương pháp điều trị mới, đặc biệt là kỹ thuật can thiệp nội mạch, nhằm nâng cao hiệu quả và giảm biến chứng. Thứ ba, nâng cao nhận thức tại y tế cơ sở để phát hiện sớm, đảm bảo điều trị kịp thời, giảm gánh nặng cho bệnh nhân. Sự phối hợp chặt chẽ giữa các cấp quản lý, cơ sở điều trị và y tế địa phương là chìa khóa để cải thiện chất lượng chăm sóc.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, nghiên cứu mô tả loạt ca người bệnh có dị dạng mạch máu ngoại biên dưới 18 tuổi cho thấy các đặc điểm phổ biến trên đối tượng nghiên cứu. Bên cạnh đó cung cấp thêm những đặc điểm nổi trội của hai nhóm dị dạng tĩnh mạch và dị dạng động – tĩnh mạch. Từ đó cung cấp dữ liệu cho bác sĩ điều trị những lưu ý để phát hiện chính xác loại dị dạng và có các phương án điều trị phù hợp. Mặc dù vậy, với thiết kế mô tả loạt ca, bước đầu chúng tôi tập trung mô tả đơn thuần cho nhóm dân số nghiên cứu, chưa phân tích các yếu tố về di truyền và môi trường liên quan đến tình trạng bệnh. Cần triển khai thêm các nghiên cứu có thiết kế mạnh hơn để tăng tính khái quát vấn đề nhằm đưa ra các khuyến cáo có giá trị ứng dụng trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lee Byung-Boong:** Advanced management of congenital vascular malformations (CVM). *Int Angiol.* 2002, 21:209-213.

2. **Penington Anthony, Phillips Roderic J., Sleebs Nerida, Halliday Jane:** Estimate of the Prevalence of Vascular Malformations. *Journal of Vascular Anomalies.* 2023, 4. 10.1097/jova.000000000000068
3. **Lee Byung-Boong, Bergan John J.:** Advanced Management of Congenital Vascular Malformations: A Multidisciplinary Approach. *Cardiovascular Surgery.* 2002, 10:523-533. 10.1177/096721090201000601
4. **Yun W. S., Kim Y. W., Lee K. B., et al.:** Predictors of response to percutaneous ethanol sclerotherapy (PES) in patients with venous malformations: analysis of patient self-assessment and imaging. *J Vasc Surg.* 2009, 50:581-589, 589 e581. 10.1016/j.jvs.2009.03.058
5. **Nguyễn Công Minh:** Đánh giá điều trị dị dạng mạch máu bẩm sinh ở người lớn trong 6 năm (2005-2010). *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2013, 17:53-60.
6. **Enjolras O., Ciabrini D., Mazoyer E., Laurian C., Herbreteau D.:** Extensive pure venous malformations in the upper or lower limb: a review of 27 cases. *J Am Acad Dermatol.* 1997, 36:219-225. 10.1016/s0190-9622(97)70284-6
7. **Li H. B., Zhang J., Li X. M., et al.:** Clinical efficacy of absolute ethanol combined with n-butyl cyanoacrylate sclerotherapy in the treatment of Puig's classified advanced venous malformation in children. *Exp Ther Med.* 2019, 17:1276-1281. 10.3892/etm.2018.7051
8. **Soulez G., Gilbert Md Frcpc P., Giroux Md Frcpc M. F., Racicot Md Frcpc J. N., Dubois J.:** Interventional Management of Arteriovenous Malformations. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2019, 22:100633. 10.1016/j.tvir.2019.100633

ĐÁNH GIÁ KHÔ MẮT SAU PHẪU THUẬT KHÚC XẠ GIÁC MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẮT SÀI GÒN - HÀ NỘI

Ngô Thị Lan¹, Bùi Thị Vân Anh^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng khô mắt ở bệnh nhân sau phẫu thuật khúc xạ tại Bệnh viện Mắt Sài Gòn - Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả tiến cứu trên 158 mắt của 79 bệnh nhân được phẫu thuật khúc xạ bằng laser. Tình trạng khô mắt được khảo sát bằng Bảng câu hỏi Chỉ số bề mặt nhãn cầu (OSDI) và bằng các nghiệm pháp Schirmer test I, Schirmer test II, thời gian vỡ màng phim nước mắt (FBUT) và chiều cao liềm nước mắt. Tiêu chuẩn xác

định khô mắt dựa vào tiêu chuẩn của Hiệp hội Khô mắt Châu Á với thang điểm OSDI bằng hoặc lớn hơn 13 điểm. Các bệnh nhân được khảo sát tình trạng khô mắt vào các thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tỷ lệ khô mắt sau phẫu thuật tại thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 38,3%, 86,1%, 63,0% và 38,2%. Schirmer test I tại thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 13,7 ± 4,8 (mm), 9,0 ± 5,7 (mm), 10,7 ± 5,0 (mm) và 14,3 ± 5,1 (mm). Schirmer test II tại thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 4,3 ± 2,5 (mm), 5,3 ± 2,5 (mm), 8,1 ± 3,8 (mm), 8,1 ± 3,9 (mm). FBUT tại thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 5,2 ± 1,5 (giây), 3,8 ± 1,3 (giây), 4,9 ± 1,2 (giây), 5,5 ± 1,6 (giây). **Kết luận:** Tình trạng khô mắt tăng cao nhất tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật. Sau đó, tình trạng khô mắt giảm dần và trở về tương đương giá trị trước phẫu thuật. Qua đó cho thấy tình trạng khô mắt chỉ biểu

¹Bệnh viện Mắt Sài Gòn - Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Hà Nội

³Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Lan

Email: ngolan.msg@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025