

từ 30-59 tuổi. Việc phối hợp các phương pháp chẩn đoán hình ảnh siêu âm và cắt lớp vi tính giúp xác định chẩn đoán và tiên lượng mức độ bệnh của viêm tụy cấp dựa vào đánh giá hình thái tụy, ống tụy, thâm nhiễm mỡ quanh tụy và các ổ dịch quanh tụy, đồng thời phân loại nhóm bệnh nhân theo Balthazar hiệu quả.

Siêu âm: Kích thước tụy to chiếm 38% các trường hợp, 20% trường hợp có giãn ống tụy trên siêu âm. Cắt lớp vi tính: tụy to: 72 %, giãn ống tụy 29%. Các dấu hiệu tụy dịch: dịch quanh tụy (50%), dịch khoang cạnh trước thận (18.2%), khoang lách thận 16,3%, khoang gan thận 20%, hậu cung mạc nối 16,3%, rãnh đại tràng 20%, túi cùng Douglas 32,7%. Phân loại theo Balthazar, nhóm C có tỷ lệ cao nhất (58,2%). Nhóm D có tỷ lệ 21,2%, nhóm E có tỷ lệ 13%, nhóm B chiếm tỷ lệ 3,6%. Nhóm A thấp nhất (3,3%).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Khi lâm sàng nghi ngờ có tổn thương tại tụy, đặc biệt các trường hợp người bệnh có béo phì, bụng chướng hơi nhiều, nên chỉ định phối hợp chỉ định siêu âm và cắt lớp vi tính ổ bụng.

Tăng cường đào tạo tại chỗ và đào tạo chuyên sâu cho các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh.

Triển khai cắt lớp vi tính có tiêm thuốc để phục vụ chuyên môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Anh Tuấn** (2022), Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy cấp mức độ nặng theo phân độ CTSI tại Bệnh viện Bạch Mai, Y học Việt Nam, 521 (2): 1-4.
2. **Trần Công Hoan** (2008), Nghiên cứu giá trị của siêu âm, chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và tiên lượng viêm tụy cấp, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, Thư viện quốc gia Việt Nam, mã kho: LA08.0084.3, phụ đề LATS Y học: 3.01.21.
3. **Nguyễn, Hồng Phúc, Lê, Thị Yến, Hoàng, Đức Hạ** (2023), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh siêu âm và chụp cắt lớp vi tính trên bệnh nhân viêm tụy cấp tại bệnh viện hữu nghị việt tiếp, Tạp Chí Y học Việt Nam, 527(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v527i1B.5796>
4. **Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al.** Classification of acute pancreatitis 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013;62:102-11.
5. **Brizi MG, Perillo F, Cannone F, Tuzza L, Manfredi R.** The role of imaging in acute pancreatitis. Radiol Med. 2021 Aug;126(8):1017-1029. doi: 10.1007/s11547-021-01359-3. Epub 2021 May 12. PMID: 33982269; PMCID: PMC8292294.
6. **Leppaniemi, A, Tolonen, M, Tarasconi, A. et al.** 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World J Emerg Surg 14, 27 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0247-03>.
7. **Neoptolemos JP, Hall AW, Finlay DF, et al.** The urgent diagnosis of gallstones in acute pancreatitis: a prospective study of three methods. Br J Surg. 1984 Mar. 71(3):230-3.

KHẢO SÁT ĐỘ LỌC CẦU THẬN ƯỚC TÍNH, TỶ SỐ ALBUMIN/CREATININE NIỆU TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẾN

Nguyễn Nhật Trường¹, Nguyễn Thị Hồng Chuyên¹, Văn Thế Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định độ lọc cầu thận ước tính (eGFR), tỷ số albumin/creatinine niệu (ACR) và đánh giá mối liên quan giữa eGFR và ACR với các đặc điểm lâm sàng và ure huyết thanh ở bệnh nhân vảy nến. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 54 bệnh nhân vảy nến. **Kết quả:** eGFR trung bình theo công thức CKD-EPI là 85,02 ± 14,77 mL/phút/1,73m². ACR trung vị là 4,76 (2,91-14,18) mg/g. Có mối liên quan giữa eGFR với tuổi, tình trạng hút thuốc lá, độ nặng của vảy nến theo PASI (Psoriasis Area And Severity Index), ure huyết thanh.

Có mối liên quan giữa ACR với tuổi, độ nặng của vảy nến theo PASI. **Kết luận:** Tình trạng suy giảm chức năng thận xảy ra ở bệnh nhân vảy nến cao tuổi, có hút thuốc lá, vảy nến mức độ nặng. Ure huyết thanh tăng khi độ lọc cầu thận giảm.

Từ khóa: eGFR, ACR, vảy nến.

SUMMARY

ESTIMATED GLOMERULAR FILTRATION RATE, URINE ALBUMIN TO CREATININE RATIO IN PATIENTS WITH PSORIASIS

Objective: To evaluate the estimated glomerular filtration rate (eGFR), urine albumin to creatinine ratio (ACR), and assess their association with clinical characteristics and serum urea levels in patients with psoriasis. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted on 54 patients with psoriasis. **Results:** The mean eGFR (mL/min/1.73 m²), calculated using the CKD-EPI formula, was 85.02 ± 14.77. The median ACR (mg/g) was 4.76 (2.91-14.18). A significant association was found between

¹Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên

Email: chuyennghuyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 21.01.2025

eGFR and age, smoking status, psoriasis severity (measured by PASI score), and serum urea levels. Similarly, ACR was significantly associated with age and psoriasis severity (PASI score). **Conclusion:** Renal function impairment is observed in psoriasis patients, particularly in older individuals, smokers, and those with severe psoriasis. Additionally, serum urea levels tend to rise as glomerular filtration rate decreases. **Keywords:** eGFR, ACR, psoriasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến là một bệnh da liên quan đến tình trạng viêm hệ thống thông qua trung gian miễn dịch. Bệnh gây ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống. Gần đây, vấn đề suy giảm chức năng thận liên quan đến bệnh vảy nến chỉ được báo cáo trong một vài nghiên cứu nhưng cơ chế bệnh sinh của vấn đề này vẫn còn chưa rõ [3]. Do đó, đề tài nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát những thay đổi trong chức năng thận của những bệnh nhân vảy nến thông qua độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) và tỷ số albumin/creatinine niệu (ACR), từ đó tạo tiền đề cho việc đánh giá sớm cũng như phòng ngừa sự tiến triển của bệnh thận mạn tính.

Mục tiêu: Khảo sát độ lọc cầu thận ước tính và tỷ số albumin/creatinine niệu ở bệnh nhân vảy nến. Đánh giá mối liên quan giữa độ lọc cầu thận ước tính và tỷ số albumin/creatinine niệu với các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân vảy nến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2020 đến tháng 08/2021.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán là vảy nến, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 12/2020 đến 08/2021.

2.4. Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{s^2}{d^2}$$

Chọn $\alpha = 0,05$, $s = 17,86$ (theo nghiên cứu của Kaur I (2020) [6], $d = 5$. Do đó, cỡ mẫu tối thiểu là $n = 50$.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.6. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên. Bệnh nhân được chẩn đoán là vảy nến mảng (vảy nến thông thường), đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người có tiền sử: mắc các bệnh lý thận trước khi được chẩn đoán vảy

nến, như hội chứng thận hư, viêm cầu thận, bệnh thận mạn tính, sỏi thận chưa được điều trị, nhiễm trùng tiểu. Người sử dụng các loại thuốc gây độc cho thận không liên quan đến vảy nến như aminoglycoside, rifampicin, lithium, cisplatin, thuốc cản quang, foscarnet, amphotericin B. Người chạy thận nhân tạo định kỳ hoặc tiền sử ghép thận, mang thai hoặc cho con bú. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu: Số liệu được thu thập trực tiếp thông qua phỏng vấn, thăm khám, ghi nhận từ hồ sơ bệnh án và thực hiện xét nghiệm trên bệnh nhân.

2.8. Các bước thu thập số liệu. Tiếp cận bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh. Phỏng vấn trực tiếp và thăm khám để thu thập thông tin cho nghiên cứu. Mẫu nước tiểu buổi sáng được định lượng ACR bằng máy phân tích sinh hóa tự động AU680 (Beckman Coulter). Thu thập số liệu gồm creatinine và ure huyết thanh từ hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh.

2.9. Xử lý số liệu. Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26. Sử dụng thống kê mô tả: tính tần số, tỷ lệ, trung bình và độ lệch chuẩn, trung vị và khoảng tứ phân vị. Sử dụng phép kiểm định Chi-square (χ^2) và Fisher's exact để kiểm định sự khác biệt giữa các tỷ lệ. Sử dụng phép kiểm định T-Test, ANOVA, Mann-Whitney U hoặc Kruskal Wallis để kiểm định sự khác biệt đối với biến số định lượng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

2.10. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh chấp thuận, số 718/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 15/10/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=50)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi	49,43 ± 15,31
Giới tính	Nam: 32 (59,3%), nữ: 22 (40,7%)
BMI (kg/m ²)	22,70 ± 3,64
Hút thuốc lá	22 (40,7%)

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=50)

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian mắc vảy nến (năm)	Trung bình: 10,2±8,1. Trung vị: 8,5 Thấp nhất: 1; Cao nhất: 32
PASI (n=54)	Trung bình: 18,4±9,8. Trung vị: 15,4 PASI ≥ 10 là 85,2%
eGFR theo CKD-EPI	Trung bình: 85,02 ± 14,77. Thấp nhất: 52; Cao nhất: 124

(mL/phút/1,73m ²)	
ACR (mg/g)	Trung bình: 14,92. Trung vị: 4,76. Tứ phân vị (Q1-Q3): 2,91-14,18. Thấp nhất: 0,45. Cao nhất: 104,92.

Bảng 3. Liên quan giữa độ lọc cầu thận với các đặc điểm chung (n = 50)

Đặc điểm chung	eGFR		p
	<90 (35)	≥90 (19)	
Tuổi	<60 (37)	19(51,4%)	0,002
	≥60 (17)	1(5,9%)	
Giới	Nam (32)	8(25%)	0,059
	Nữ (22)	11(50%)	
Thừa cân	Có (25)	8(32%)	0,649
	Không (29)	11(37,9%)	
Hút thuốc lá	Có (22)	4(18,2%)	0,030
	Không (32)	15(46,9%)	

Nhận xét: Độ lọc cầu thận có liên quan đến tuổi và tình trạng hút thuốc lá. Bệnh nhân có tuổi càng cao (≥ 60 tuổi) hoặc có hút thuốc lá thì độ lọc cầu thận càng giảm.

Bảng 4. Liên quan giữa độ lọc cầu thận với đặc điểm lâm sàng (n=50)

Số năm bệnh	Lâm sàng	eGFR	p
	< 10 (28)	87,14±15,81	
PASI	≥ 10 (26)	82,73±13,49	0,277
	< 10 (8)	97,88±17,17	
PASI	≥ 10 (46)	82,78±13,29	0,006
	< 10 (8)	97,88±17,17	

Nhận xét: Độ lọc cầu thận có liên quan đến độ nặng của vảy nến theo PASI. Vảy nến mức độ càng nặng (PASI ≥10) thì có độ lọc cầu thận càng giảm.

Bảng 5. Liên quan giữa độ lọc cầu thận ước tính với ure huyết thanh (n=50)

Đặc điểm	eGFR(mL/phút/1,73m ²)		p
	<90 (35)	≥90 (19)	
Ure huyết thanh (mmol/L)	4,24 (3,48-5,91)	3,05 (2,52-3,68)	< 0,001

Nhận xét: Độ lọc cầu thận ước tính có liên quan đến ure huyết thanh. Độ lọc cầu thận càng giảm (<90 mL/phút/1,73m²) thì ure huyết thanh càng tăng.

Bảng 6. Liên quan giữa ACR với các đặc điểm chung (n=50)

Đặc điểm chung	ACR (trung vị)	p
	< 50 (27)	
Tuổi	≥ 50 (27)	0,032
	≥ 50 (27)	
Giới	Nam (32)	0,221
	Nữ (22)	
Thừa cân	Có (25)	0,221
	Không (29)	

Hút thuốc	Có (22)	4,45	0,819
	Không (32)	5,84	

Nhận xét: ACR có liên quan đến tuổi. Tuổi càng cao thì ACR càng tăng.

Bảng 7. Liên quan giữa ACR với đặc điểm lâm sàng (n=50)

Số năm bệnh	Lâm sàng	ACR (trung vị)	p
	< 10 (28)	3,92	
PASI	≥ 10 (26)	6,24	0,143
	< 10 (8)	3,37	
PASI	≥ 10 (46)	6,24	0,033
	< 10 (8)	3,37	

Nhận xét: ACR có liên quan đến độ nặng của vảy nến theo PASI. Vảy nến càng nặng (PASI ≥ 10) thì ACR càng tăng.

Bảng 8. Liên quan giữa ACR với ure huyết thanh (n=50)

Đặc điểm	ACR (mg/g)		p
	<30 (44)	≥30 (10)	
Ure huyết thanh (mmol/L)	3,69 (3,03-5,42)	4,12 (3,12-5,45)	0,570

Nhận xét: ACR không liên quan đến ure huyết thanh.

IV. BÀN LUẬN

Độ lọc cầu thận trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Kaur I (2020) và Bae EH (2021) [2], [6]. Tác giả Bae EH (2021) cho rằng vảy nến có liên quan đến sự suy giảm chức năng thận [2]. Từ việc so sánh với nhóm khỏe mạnh trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Hà (2020) được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược cơ sở 2 từ tháng 01/2013 đến 10/2018, chúng tôi gợi ý rằng tồn tại sự suy giảm độ lọc cầu thận có ý nghĩa thống kê ở nhóm vảy nến (85,02 ±14,77) so với nhóm người khỏe mạnh trong cộng đồng (95,8 ± 13,1) [1].

Nghiên cứu của chúng tôi có ACR trung bình là 14,92 mg/g, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Kaur I (2020) (13,35 mg/g). Qua các nghiên cứu này đều cho thấy ACR trung bình ở bệnh nhân vảy nến khá thấp. Tác giả Kaur I (2020) đều cho rằng ACR không liên quan đến bệnh vảy nến [6].

Mối liên quan của độ lọc cầu thận với một số đặc điểm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, eGFR ở nhóm tuổi ≥ 60 giảm so với nhóm tuổi < 60, giới tính hay thể trạng không liên quan đến sự suy giảm eGFR ở bệnh nhân vảy nến, phù hợp với nghiên cứu của tác giả Munera-Campos M (2021). Trên thực tế, đây là một điều hợp lý vì đã được ghi nhận trong y văn, độ lọc cầu thận sẽ giảm dần theo tuổi [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hút thuốc lá có liên quan đến sự suy giảm độ lọc cầu thận,

khác với tác giả Munera-Campos M (2021) nhưng lại phù hợp với tác giả Hafez OS (2020). Nhìn chung, cơ chế hút thuốc lá gây suy giảm độ lọc cầu thận vẫn chưa được hiểu một cách rõ ràng, nhưng có khả năng các chất hoá học như nicotine, glycotoxins trong thuốc lá sẽ gây xơ hoá thận, qua đó làm giảm nhanh chức năng thận [5], [7].

Số năm mắc bệnh vẩy nến không liên quan đến sự suy giảm độ lọc cầu thận trong nghiên cứu phù hợp với tác giả Farag AGA (2018). Ngược lại, độ nặng của vẩy nến (theo PASI) có liên quan đến sự suy giảm độ lọc cầu thận, phù hợp với tác giả Chiu HY (2015). Vẩy nến được xem là một bệnh lý có viêm, chủ yếu là viêm các mạch máu nhỏ và lớn, đặc biệt là trong vẩy nến mức độ nặng. Tình trạng viêm dường như được xem là một trong những yếu tố góp phần vào sự suy giảm chức năng thận. Quá trình viêm diễn ra cùng với sự di chuyển và tích lũy của bạch cầu đến nội mô mạch máu qua trung gian điều hoà của các phân tử kết dính như ICAM-1 và VCAM-1 thường tăng trong bệnh thận mạn tính. Tuy nhiên, cơ chế cụ thể của quá trình viêm góp phần vào sự suy giảm chức năng thận thì vẫn chưa được hiểu rõ [3], [4].

Ure huyết thanh có mối liên quan đến sự suy giảm độ lọc cầu thận trong nghiên cứu đã được chứng minh trong y văn. Ngày nay, ure huyết thanh vẫn còn được xem là một chỉ số sinh hoá đáng tin cậy để đánh giá sự suy giảm chức năng thận.

Mối liên quan của ACR với một số đặc điểm. Chúng tôi cho rằng giới tính, thể trạng, hút thuốc lá, số năm mắc vẩy nến, ure huyết thanh đều không liên quan đến sự gia tăng của đạm niệu được thể hiện qua ACR. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận có sự gia tăng đạm niệu theo tuổi. Việc đạm niệu tăng theo tuổi trong nghiên cứu có thể giải thích là do chức năng thận có sự suy giảm theo tuổi nên dẫn đến tình trạng tiểu đạm tăng theo tuổi.

Chúng tôi cho rằng độ nặng của vẩy nến (bao giờ cả độ nặng của vẩy nến có tổn thương móng) có liên quan đến sự gia tăng đạm niệu, phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ren F (2017) [8]. Với vẩy nến mức độ nặng thì tình trạng viêm hệ thống có thể tăng, do đó có khả năng gây ảnh hưởng đến chức năng thận làm xuất hiện đạm niệu.

Đề tài nghiên cứu này vẫn còn tồn tại một số hạn chế phải kể đến như độ lọc cầu thận ước

tính được đánh giá dựa vào creatinine huyết thanh (một chỉ số sinh hoá được sử dụng phổ biến và rẻ tiền trên lâm sàng) có thể cho độ chính xác thấp hơn so với việc sử dụng các hợp chất khác như inulin hay cystatin C. Ngoài ra, nghiên cứu này chỉ khảo sát sự thay đổi của độ lọc cầu thận ước tính và đạm niệu trên bệnh nhân vẩy nến mà không xác định được nguyên nhân của những sự thay đổi này.

V. KẾT LUẬN

Độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) ở bệnh nhân vẩy nến trung bình tính theo công thức CKD-EPI là $85,02 \pm 14,77$ mL/phút/1,73m². Tỷ số albumin/creatinine niệu trung vị là 4,76 (2,91-14,18) mg/g. Độ lọc cầu thận suy giảm được ghi nhận ở bệnh nhân vẩy nến cao tuổi, hút thuốc lá, mắc vẩy nến nặng theo PASI. Độ lọc cầu thận càng giảm thì ure huyết thanh càng tăng. Tỷ số albumin/creatinine niệu tăng ở bệnh nhân vẩy nến cao tuổi, mắc vẩy nến mức độ nặng theo PASI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hồng Hà** (2020). Đánh giá độ lọc cầu thận bằng cystatin C huyết thanh trong bệnh tăng huyết áp. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Bae EH, Kim B, Song SH, et al** (2021). Proteinuria and Psoriasis Risk: A Nationwide Population-Based Study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(11):2356.
3. **Chiu HY, Huang HL, Li CH, et al** (2015). Increased risk of glomerulonephritis and chronic kidney disease in relation to the severity of psoriasis, concomitant medication, and comorbidity: a nationwide population-based cohort study. *British Journal of Dermatology*, 173(1):146-154.
4. **Farag AGA, Elshayeb EI, Habib MS, et al** (2018). Endocan: a reliable biomarker for renal impairment in psoriasis vulgaris patients. *EJPMR*, 5(6):120-129.
5. **Hafez OS, Farrag SA, Ayoub HS, et al** (2020). Effect of Tobacco Smoking Active and Passive on The Kidney Functions. *Al-Azhar International Medical Journal*, 1(9):261-264.
6. **Kaur I, Gandhi V, Raizada A, et al** (2020). Psoriatic nephropathy and its correlation with hs-CRP: A case control study. *Indian Dermatology Online Journal*, 11(1):29-34.
7. **Munera-Campos M, Ferrándiz C, Mateo L, et al** (2021). Prevalence and stages of chronic kidney disease in psoriasis and psoriatic arthritis: A cross-sectional study. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 1-4.
8. **Ren F, Zhang M, Hao L, et al** (2017). Kidney involvement in psoriasis: a case-control study from China. *International urology and nephrology*, 49(11):1999-2003.

TỔNG QUAN MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ DÍNH MÉP TRƯỚC DÂY THANH

Nguyễn Mạnh Minh^{1,2}, Lương Thị Minh Hương^{1,2}, Nhữ Thành Hưng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dính mép trước dây thanh hay còn được gọi là anterior commissure webs, là một tình trạng hiếm gặp trong hệ thống hô hấp, nơi các mô mềm ở mặt trước của dây thanh kết hợp và tạo thành một mép trước hẹp trong vùng hẹp của thanh quản. Mục tiêu: Mô tả tổng quan một số phương pháp điều trị dính mép trước dây thanh. Mô tả kết quả một số phương pháp dính mép trước dây thanh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các dữ liệu về Phương pháp điều trị bệnh dính mép trước dây thanh 2 bên trong các nghiên cứu, bao gồm dữ liệu về đặc điểm (âm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị, tuổi, tiền sử, bệnh mắc kèm,...). **Kết quả:** Các nghiên cứu sử dụng một loạt công cụ đánh giá cả chủ quan và khách quan nhằm đưa ra đánh giá toàn diện về hiệu quả điều trị dính mép trước dây thanh. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt dải là phương pháp phổ biến nhất, trong đó laser CO₂ đã chứng tỏ ưu điểm với khả năng cắt chính xác, giảm tổn thương nhiệt, và kiểm soát tốt quá trình hình thành sẹo. **Từ khóa:** Dính mép trước dây thanh, laser CO₂, Mitomycin C

SUMMARY

OVERVIEW OF SOME TREATMENTS FOR ANTERIOR COMMISSURE WEBS

Background: Anterior commissure webs, also known as anterior commissure webs, are a rare condition in the respiratory system where the soft tissues on the anterior surface of the vocal cords fuse and form a narrow anterior commissure in the narrow area of the larynx. **Objective:** To describe an overview of some methods of treating anterior commissure webs. To describe the results of some methods of anterior commissure webs. **Methodology:** Data on bilateral anterior commissure webs in studies, including data on characteristics (clinical, paraclinical, treatment methods, age, history, comorbidities, etc.) **Results:** Studies used a series of subjective and objective assessment tools to provide a comprehensive assessment of the effectiveness of anterior commissure webs treatment. Conclusion: Band excision surgery is the most common method, in which CO₂ laser has demonstrated advantages with the ability to cut precisely, reduce thermal damage, and control the scar formation process well.

Keywords: Anterior commissure webs, laser CO₂, Mitomycin C

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Minh

Email: manhminh1309@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 17.01.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dính mép trước dây thanh 2 bên - Anterior Glottic Webs (AGWs), hay còn được gọi là anterior commissure webs, là một tình trạng hiếm gặp trong hệ thống hô hấp, nơi các mô mềm ở mặt trước của dây thanh kết hợp và tạo thành một mép trước hẹp trong vùng hẹp của thanh quản. Điều này gây ra sự hạn chế trong việc thông khí và có thể dẫn đến các triệu chứng như khó thở, tiếng kêu hẹp, ho và suy giảm chức năng hô hấp [1].

Bệnh AGWs là một tình trạng hiếm gặp nhưng có tác động lớn đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống. Hiện nay, vẫn còn thiếu thông tin tổng hợp đáng tin cậy về hiệu quả của các phương pháp điều trị. Do đó, triển khai nghiên cứu tổng quan về vấn đề này là cần thiết để nâng cao hiểu biết, cung cấp thông tin khoa học và phát triển các phương pháp điều trị tốt hơn cho người bệnh. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Tổng quan một số phương pháp điều trị dính mép trước dây thanh*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các dữ liệu về Phương pháp điều trị bệnh dính mép trước dây thanh 2 bên trong các nghiên cứu, bao gồm dữ liệu về đặc điểm (âm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị, tuổi, tiền sử, bệnh mắc kèm,...) của người bệnh được chỉ điều trị bệnh dính mép trước dây thanh 2 bên, các yếu tố liên quan giúp phân nhóm phương pháp điều trị người bệnh cho phù hợp, tỷ lệ thành công của phương pháp..

Tiêu chuẩn lựa chọn: Nghiên cứu về Phương pháp điều trị bệnh dính mép trước dây thanh 2 bên (Anterior Glottic Webs - AGWs)..

Tiêu chuẩn loại trừ: Không phải tài liệu cấp 1, các báo cáo ca đơn lẻ/chuỗi, nghiên cứu in vitro, nghiên cứu trên động vật, nghiên cứu trùng lặp, protocol của các bài đã chọn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu

Tổng quan luận điểm (Scoping Review).

- **Nguồn dữ liệu.** Cơ sở dữ liệu Pubmed, Hinari, Google scholar (bao gồm toàn bộ dữ liệu từ tháng 6/2023 trở về trước).

- Chiến lược tìm kiếm

Giai đoạn 1. Thiết lập câu hỏi nghiên cứu.