

biến chứng sau mổ. Chảy máu vết mổ là biến chứng phổ biến nhất, chiếm 15,7% bệnh nhân. Nhiễm trùng và chảy máu ổ bụng chỉ xảy ra ở 2% bệnh nhân. Kết quả tốt chiếm tỷ lệ 82,35% và 17,65% kết quả trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Huy, Đặng Khải Toàn, Nguyễn Quốc Cường, Trần Thị Thu Hồng (2023), "Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh Viện Nhân Dân 115", Tạp Chí Y học Việt Nam, 529(2).
2. Thái Nguyên Hưng, Trương Đức Tuấn, Phan Văn Linh (2023), "Đánh giá kết quả phẫu thuật

- cắt túi mật nội soi cấp cứu điều trị viêm túi mật cấp", Tạp Chí Y học Việt Nam, 524(2).
3. Trương Đức Tuấn (2011), Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại bệnh viện đại học y Hà Nội, Trường Đại Học Y Dược Hà Nội, Hà Nội.
4. Trần Kiến Vũ (2016), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại bệnh viện đa khoa Trà Vinh, Đại học Y dược Hà Nội, Hà Nội.
5. Mora-Guzman I., M. Di Martino, A. Gancedo Quintana, E. Martin-Perez (2020), "Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis: Is the Surgery Still Safe beyond the 7-Day Barrier?", J Gastrointest Surg, 24, (8).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở NGƯỜI BỆNH GIẢM THÍNH LỰC ĐỘT NGỘT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2024

Nguyễn Quang Hùng¹, Đoàn Thị Hồng Hoa², Đào Đình Thi³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh giảm thính lực đột ngột tại Bệnh viện Hữu Nghị - Việt Tiếp năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang, trên 101 người bệnh giảm thính lực đột ngột tại Bệnh viện Hữu Nghị - Việt Tiếp, thành phố Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Có 48,5% bị ù tai, trong số đó có 61,3% đối tượng ù cả 2 tai và trên 90% đối tượng có các hành vi có dấu hiệu nghe kém. Về mức độ mức độ giảm thính lực đột ngột dựa trên kết quả đo thính lực đơn âm cho thấy, suy giảm thính lực mức độ nhẹ (2%), mức độ trung bình (50,0%), mức độ nặng (39,6%), mức độ sâu (7,9%). Có mối liên quan giữa mức độ giảm thính lực đột ngột với nhóm tuổi và tiền sử chấn thương của đối tượng nghiên cứu, với $p < 0,05$. **Kết luận:** Người bệnh suy giảm thính lực đột ngột có mức độ trung bình và nặng chiếm tỷ lệ cao. Do đó, cần dự phòng té ngã hạn chế chấn thương ở người cao tuổi nhằm hạn chế mức độ nặng của bệnh đảm bảo khả năng phục hồi.

Từ khóa: thính lực, giảm thính lực đột ngột, yếu tố liên quan, bệnh viện Hữu Nghị - Việt Tiếp

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SUDDEN HEARING LOSS AT HUU NGHİ VIET TIỆP

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Hùng

Email: hungtintmh125@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

VIET TIỆP HOSPITAL IN 2024

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with sudden hearing loss at Huu Nghi - Viet Tiep Hospital in 2024. **Method:** cross-sectional study, on 101 patients with sudden hearing loss at Huu Nghi - Viet Tiep Hospital, Hai Phong city from August 2024 to December 2024. **Results:** 48.5% had tinnitus, of which 61.3% of subjects had tinnitus in both ears and over 90% of subjects had behaviors showing signs of hearing loss. Regarding the level of sudden hearing loss based on the results of monotone audiometry, hearing loss was mild (2%), moderate (50.0%), severe (39.6%), and profound (7.9%). There was a correlation between the level of sudden hearing loss and the age group and history of trauma of the study subjects, with $p < 0.05$. **Conclusion:** Patients with sudden hearing loss had a high proportion of moderate and severe levels. Therefore, it is necessary to prevent falls and limit trauma in the elderly to reduce the severity of the disease and ensure recovery.

Keywords: hearing, sudden hearing loss, related factors, Huu Nghi Viet Tiep Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy giảm thính lực là hiện tượng giảm một phần hay toàn bộ khả năng cảm nhận về âm thanh [1]. Tổ chức Y tế thế giới ước tính có 1,5 tỷ người trên toàn thế giới bị suy giảm thính lực ở các mức độ khác nhau, trong đó 430 triệu người bị suy giảm thính lực từ mức độ trung bình trở lên. Vào năm 2050 cứ 4 người lại có 1 người sẽ bị nghe kém ở mức độ nào đó và 1 trong 14 người (ít nhất 7%) cần chăm sóc thính học [1].

Suy giảm thính lực đột ngột (SGTLĐN) là một bệnh lý cấp cứu đặc trưng bởi tình trạng mất thính lực nhanh chóng trong vòng 72 giờ,

thường liên quan đến các nguyên nhân như rối loạn tuần hoàn, nhiễm virus, bệnh tự miễn hoặc chấn thương [1], [2]. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu cho thấy SGTLDN gặp chủ yếu ở độ tuổi 30-60, với các yếu tố nguy cơ phổ biến bao gồm tiếng ồn lớn, bệnh lý mạch máu như tăng huyết áp, hoặc biến chứng sau nhiễm khuẩn. SGTLDN có thể gây khó khăn trong giao tiếp, giảm chất lượng cuộc sống, thậm chí ảnh hưởng đến tâm lý [2].

SGTLDN thường xảy ra ở một bên [3]. Nguyên nhân bao gồm các bệnh truyền nhiễm, rối loạn mạch máu và bệnh tự miễn; tuy nhiên, nguyên nhân gây bệnh không rõ ràng trong hầu hết các trường hợp SGTLDN [4]. Các chế độ cơ bản để điều trị cho người bệnh mắc SGTLDN bao gồm nghỉ ngơi, chế độ ăn ít muối và tiêm steroid liều cao trong thời gian ngắn [5]. Tỷ lệ phục hồi tự nhiên là 47-63% và trong hầu hết các trường hợp, người bệnh sẽ phục hồi trong vòng 2 tuần. Nhiều yếu tố tiên lượng đã được đánh giá về khả năng dự đoán khả năng phục hồi sau SGTLDN bao gồm tuổi, chóng mặt, mức độ mất thính lực giai đoạn đầu, loại mất thính lực, thời điểm bắt đầu điều trị và các bệnh toàn thân như đái tháo đường và tăng huyết áp [6].

Hiện nay, tại Việt Nam còn ít các nghiên cứu về SGTLDN, một số nghiên cứu tập trung trên đối tượng nguy cơ cao [7], [8]. Kết quả các nghiên cứu về các đặc điểm lâm sàng ở người bệnh SGTLDN chưa được tìm hiểu đầy đủ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh giảm thính lực đột ngột tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2024"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán điếc đột ngột tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Người bệnh bị mất thính lực >30 dB ở ít nhất 3 tần số liên tiếp xảy ra trong 3 ngày.
- + Người bệnh ≥60 tuổi.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu, người bệnh có rối loạn ý thức, sa sút trí tuệ ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn 101 người bệnh bị suy giảm thính lực đột ngột bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện tại bệnh viện Hữu nghị - Việt Tiệp trong thời gian

nghiên cứu (8/2024 đến tháng 12/2024) đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu chính: Thông tin chung đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính và hành vi nguy cơ (sống/làm việc ở trong môi trường có tiếng ồn lớn, hút thuốc lá, rượu bia, chấn thương).

Triệu chứng cơ năng

Kết quả khám, nội soi tai

Kết quả đo nhĩ lượng

Kết quả đo thính lực âm

Đánh giá mức độ suy giảm thính lực: Tính trung bình ngưỡng nghe đường khí ở 0,5, 1, 2 và 4kHz. Mức độ nhẹ: 26-40 dB, mức độ trung bình: 41-70 dB, mức độ nặng: 71-90 dB, mức độ sâu: ≥ 91dB [7].

Thu thập số liệu

- Kỹ thuật: Khám lâm sàng, cận lâm sàng, phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu.

- Cận lâm sàng: Đo thính lực đơn âm

- Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi phỏng vấn thiết kế sẵn bao gồm các thông tin chung của đối tượng nghiên cứu, một số hành vi lối sống, môi trường sống.

Phân tích và xử lý số liệu

- Số liệu được làm sạch và nhập vào phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Thống kê mô tả: Tất cả các thông tin thu thập sẽ được trình bày mô tả theo tần số và tỷ lệ hoặc trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị, độ biến thiên.

- Thống kê phân tích: Phép kiểm Khi bình phương ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ được sử dụng để xác định mối liên quan giữa các nhóm khác nhau.

Đạo đức nghiên cứu: Các đối tượng tham gia được giải thích rõ mục đích, nội dung của nghiên cứu. Các thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ được sử dụng phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
60-69	50	49,5
70-79	32	31,7
≥ 80	19	18,8
Giới tính		
Nam	45	44,6
Nữ	56	55,4
Tổng	101	100,0

Người bệnh suy giảm thính lực nhiều nhất ở

nhóm 60-69 tuổi 49,5%, 70 – 79 tuổi 31,7% và nhóm ≥ 80 tuổi 18,8%. Nữ có tỷ lệ 55,4% cao hơn so với nam 44,6%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh giảm thính lực đột ngột

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng của người bệnh giảm thính lực đột ngột

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ù tai		
Có	49	48,5
Không	52	51,5
Bên ù tai		
Trái	8	16,3
Phải	11	22,4
Cả hai tai	30	61,3
Cảm thấy người khác hay nói quá nhỏ hoặc lầm nhảm trong miệng		
Có	92	91,1
Không	9	8,9
Cảm thấy khó nghe các âm sắc cao (giọng nữ)		
Có	94	93,1
Không	7	6,9
Cảm thấy khó nghe đặc biệt trong môi trường ồn		
Có	99	98,0
Không	2	2,0
Phải mở tiếng Tivi hoặc đài lớn hơn bình thường		
Có	98	97,0
Không	3	3,0
Phải nhìn khẩu hình người đối diện khi giao tiếp để nghe rõ hơn		
Có	95	94,1
Không	6	5,9

Có 48,5% ù tai, trong đó có 61,3% đối tượng ù cả 2 tai và trên 90% đối tượng có các hành vi có dấu hiệu nghe kém.

Bảng 3.3. Kết quả khám, nội soi tai

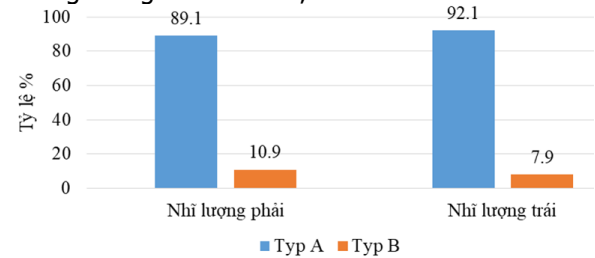
Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng vành tai		
Bình thường	99	98,0
Dị tật bẩm sinh vành tai nhỏ	1	1,0
Khối nang	1	1,0
Tình trạng ống tai ngoài		

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa mức độ giảm thính lực đột ngột và đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm	Mức độ giảm thính lực đột ngột				p
	Nhẹ - Trung bình		Nặng – Sâu		
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi					
60-69	31	62,0	19	38,0	0,030
70-79	17	53,1	15	46,9	
≥ 80	5	26,3	14	73,7	
Giới tính					
Nam	21	46.7	24	53.3	0.295

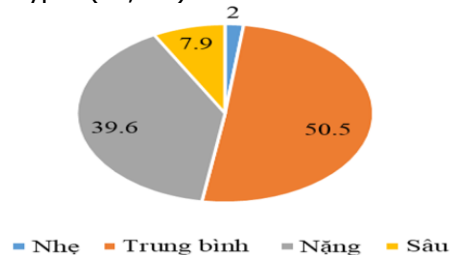
Bình thường	99	98,0
Dị vật	1	1,0
Viêm ống tai ngoài	1	1,0
Tình trạng màng nhĩ		
Bình thường	93	92,1
Thủng màng nhĩ	7	6,9
Khác	1	1,0
Tình trạng tai giữa		
Tai ướt	92	91,1
Vảy Cholesteatoma	2	2,0
Không quan sát được do bệnh tích	2	2,0
Khác	5	5,0

Kết quả khám, nội soi tai trên chỉ có một số trường hợp bất thường, cao nhất là 7 trường hợp thủng màng nhĩ chiếm 6,9%.



Biểu đồ 3.1. Kết quả đo nhĩ lượng

Nhĩ lượng phải có typ A (89,1%), Nhĩ lượng trái có typ A (92,1%).



Biểu đồ 3.2. Phân loại mức độ giảm thính lực đột ngột dựa trên kết quả đo thính lực âm

Phân loại mức độ giảm thính lực đột ngột dựa trên kết quả đo thính lực âm có 2 trường hợp Nhẹ (2%), 51 trường hợp Trung bình (50,0%), 40 trường hợp nặng (39,6%), 8 trường hợp sâu (7,9%)

3.3. Phân loại mức độ suy giảm thính lực theo một số đặc điểm cá nhân, hành vi lối sống của đối tượng nghiên cứu

Nữ	32	57,1	24	42,9	
Thường xuyên phải sống/làm việc ở trong môi trường có tiếng ồn lớn					
Có	10	58,8	7	41,2	0,565
Không	43	51,2	41	48,8	
Hút thuốc lá					
Có	4	36,4	7	63,6	0,271
Không	48	53,9	41	46,1	
Rượu bia					
Có	6	50,0	6	50,0	0,793
Không	47	54,0	40	46,0	
Tiền sử chấn thương					
Có	4	20,0	16	80,0	0,001
Không	49	60,5	32	39,5	
Tổng	53	52,5	48	47,5	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ giảm thính lực đột ngột và tuổi với $p < 0,05$. Tuổi càng cao có mức độ nặng càng cao.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ giảm thính lực đột ngột và chấn thương với $p < 0,05$. Đối tượng có chấn thương có mức độ nặng cao hơn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh giảm thính lực đột ngột. Có 48,5% ù tai, trong đó có 61,3% đối tượng ù cả 2 tai và trên 90% đối tượng có các hành vi có dấu hiệu nghe kém. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỷ lệ ù tai ít hơn so với nghiên cứu Vũ Thị Ly (2021) triệu chứng đi kèm: ù tai (96,6%), đầy tai (49,6%), chóng mặt (14,5%)[7]. Nghiên cứu Lê Nguyễn Trọng Tín (2024) Người bệnh chủ yếu nghe kém một bên tai (89,1%) cùng với một số triệu chứng kèm theo như ù tai (82,5%) và chóng mặt (8,7%) [8]. Đây là một quả tương đối khác với các nghiên cứu, có thể lý giải do sự khác nhau về các nhóm đối tượng giữa các nghiên cứu. Tiếp theo đó, theo tác giả Oosterloo B. C (2021) quá trình lão hóa có thể không liên quan đến vấn đề ù tai [9].

Kết quả khám, nội soi tai trên chỉ có một số trường hợp bất thường, cao nhất là 7 trường hợp thủng màng nhĩ chiếm 6,9%. Nhĩ lượng phải có typ A (89,1%), Nhĩ lượng trái có typ A (92,1%). Nghiên cứu tác giả Khiếu Hữu Thanh (2024) cho thấy Các tai có thính lực đồ dạng A, B và C có tỷ lệ cải thiện thính lực toàn bộ tương ứng là 72,7%; 66,7% và 83,3% [2].

Phân loại mức độ giảm thính lực đột ngột dựa trên kết quả đo thính lực âm có 2 trường hợp Nhẹ (2%), 51 trường hợp Trung bình (50,0%), 40 trường hợp nặng (39,6%), 8 trường hợp sâu (7,9%). Nghiên cứu Vũ Thị Ly (2021) gặp chủ yếu nghe kém ở mức độ trung bình có 47/117 người bệnh chiếm 40,2%. Mức độ nhẹ gặp 22/117 người bệnh là ít nhất chiếm 18,8%

[7]. Với mức độ giảm thính lực đột ngột nặng, sâu cao có thể dự báo khả năng phục hồi của người bệnh kém hơn [2]. Nghiên cứu Lê Nguyễn Trọng Tín (2024) mức độ nghe kém là nhẹ chiếm đa số (45,5%) [8]. Do đó cần phải có biện pháp can thiệp sàng lọc sớm ở người cao tuổi ở mức độ nhẹ, trung bình.

4.2. Phân loại mức độ suy giảm thính lực theo một số đặc điểm cá nhân, hành vi lối sống của đối tượng nghiên cứu. Tuổi càng cao có mức độ nặng càng cao. Điều này có thể là do quá trình lão hóa dẫn đến sự thoái hóa các tế bào cảm giác thính giác, làm giảm khả năng phục hồi của tai khi gặp tổn thương [9]. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ giảm thính lực đột ngột và chấn thương với $p < 0,05$. Đối tượng có chấn thương có mức độ nặng cao hơn. Điều này cho thấy chấn thương, đặc biệt là chấn thương vùng đầu, có thể làm tổn thương trực tiếp các cấu trúc trong tai, gây ra hoặc làm trầm trọng thêm tình trạng giảm thính lực.

Trong khi đó, người cao tuổi là nguy cơ té ngã gây ra chấn thương cao hơn điều này làm gia tăng về việc giảm thính lực [10]. Để phòng ngừa và điều trị hiệu quả tình trạng này, cần đánh giá toàn diện các yếu tố nguy cơ ở từng bệnh nhân, đặc biệt là người cao tuổi và những người có tiền sử chấn thương.

Nghiên cứu thực hiện tìm hiểu được yếu tố liên quan đến mức độ giảm thính lực đột ngột tuy nhiên vẫn còn một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu nghiên cứu đang tập trung đối tượng người cao tuổi cho nên các hành vi trong quá khứ có thể bị sai số. Thứ hai, nghiên cứu chưa khai thác sâu về các vấn đề tiền lượng, khả năng phục hồi của bệnh. Do đó, các nghiên cứu tiếp theo cần xem xét thực hiện toàn diện và đầy đủ hơn.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh giảm thính lực đột ngột: Có 48,5% ù tai, trong đó có 61,3% đối tượng ù cả 2 tai. Phân

loại mức độ giảm thính lực đột ngột dựa trên kết quả đo thính lực có 2 trường hợp nhẹ (2%), 51 trường hợp trung bình (50,0%), 40 trường hợp nặng (39,6%), 8 trường hợp sâu (7,9%). Có mối liên quan giữa mức độ giảm thính lực đột ngột với nhóm tuổi và tiền sử chấn thương của đối tượng nghiên cứu, với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Đình, Lê Văn Hiếu, Nguyễn Ngọc Hà, Nguyễn Xuân Nam, Trần Mỹ Hương, Trần Quốc Cường, et al.** Tổng quan thực trạng và dự báo suy giảm thính lực trên thế giới. Tạp chí Y học Dự phòng. 2024;34(3):14-21.
2. **Khiều Hữu Thanh, Đặng Xuân Vinh, Chu Thị Hồng, Ngô Thanh Bình.** Kết quả điều trị điếc đột ngột tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2018 - 2019. Tạp chí Y học Dự phòng. 2024; 34(3):138-44.
3. **Van de Heyning P, Távora-Vieira D, Mertens G, Van Rompaey V, Rajan GP, Müller J, et al.** Towards a Unified Testing Framework for Single-Sided Deafness Studies: A Consensus Paper. Audiology & neuro-otology. 2016;21(6):391-8.
4. **Usami SI, Kitoh R, Moteki H, Nishio SY, Kitano T, Kobayashi M, et al.** Etiology of single-sided deafness and asymmetrical hearing loss. Acta oto-laryngologica. 2017;137 (sup565):S2-S7.
5. **Perez Ferreira Neto A, da Costa Monsanto R, Dore Saint Jean L, Sonzzini Ribeiro de Souza L, de Oliveira Penido N.** Clinical Profile of Patients With Unilateral Sudden Sensorineural Hearing Loss: Correlation With Hearing Prognosis. Otolaryngology--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2021;165(4):563-70.
6. **Tiong TS.** Prognostic indicators of management of sudden sensorineural hearing loss in an Asian hospital. Singapore medical journal. 2007; 48(1):45-9.
7. **Vũ Thị Ly, Hồ Chí Thanh, Nguyễn Thế Trọng, Đỗ Hữu Thực, Hà ĐTT.** Đặc điểm lâm sàng và yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân điếc đột ngột. Journal of 108-Clinical Medicine Pharmacy. 2021.
8. **Lê Nguyễn Trọng Tín, Nguyễn Phú Vinh.** Đặc điểm lâm sàng và thính lực đồ ở người bệnh điếc đột ngột tại bệnh viện tai mũi họng thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2024;69(65).
9. **Oosterloo BC, Croll PH, Baatenburg de Jong RJ, Ikram MK, Goedegebure A.** Prevalence of Tinnitus in an Aging Population and Its Relation to Age and Hearing Loss. Otolaryngology--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2021;164(4):859-68.
10. **Mai Anh Đào.** Thương tích té ngã ở người cao tuổi tại thành phố Nam Định năm 2021. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2022;63(3).

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TÚI THỪA DẠ DÀY PHỐI HỢP VỚI UNG THU DẠ DÀY: CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Thái Nguyên Hưng¹, Trịnh Thành Vinh², Không Văn Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật túi thừa dạ dày trên bệnh nhân ung thư dạ dày (UTDD). 2. Điểm lại Y văn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phương pháp hồi cứu mô tả ca bệnh lâm sàng hiếm gặp. **Kết quả nghiên cứu:** BN nữ, 59 T. Tiền sử loét hành tá tràng (HTT) và viêm phế quản. Lâm sàng đau bụng thượng vị không rõ ràng, gầy sút, kém ăn, không nôn, khám bụng không sờ thấy u. NSDD loét 1 cm bờ cong nhỏ (BCN) dạ dày, loét HTT. Kết quả sinh thiết AC kém biệt hóa. CLVT Bụng: Dày thành hang môn vị phía bờ cong lớn (BCL), dạ dày 10mm trên đoạn 27 mm. XN máu: HC 5,42 T/L; Hb 116 g/L, Hematocrit 0,36 L/L. BC: 7,64 G/L, TC 238 G/L. Sinh hóa: Ure 8,5 mmol/L; Creatinin 55,84 mmol/L; GOT

22,98 U/L; GPT 37 U/L, Albumin: 26,37 g/L, Bilirubine 8,5 mmol/L. Tổn thương trong mô: UT hang vị 3-4 cm, loét mặt trước HTT, túi thừa dạ dày phần cao thân vị, cách chỗ nối tâm vị thực quản 1-1,5cm kích thước túi thừa 3-4 cm, không rõ các dải cơ dọc, cơ vòng rất ít, mỏng, thiếu sản. Phẫu thuật (PT) cắt gần toàn bộ dạ dày, vét hạch D2, cắt túi thừa, khâu lại dạ dày trên sond, tạo hình chỗ khâu bằng dây chằng tròn (patch), làm van chống trào ngược kiểu Nissen (Fondoplication). Diễn biến sau mổ: rò qua dẫn lưu dưới gan trái, vị trí thành dạ dày đã cắt túi thừa 500ml- 600ml ngày, dịch trắng đục (dịch từ từ quản, có bọt, không có mật), lượng dịch không giảm sau nhin ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, điều trị tích cực 7-10 ngày. Xử trí: Mở thông HT nuôi ăn, lượng dịch rò giảm dần, hết rò sau 3 tuần. **Kết luận:** Túi thừa phần cao thân vị (phía bờ cong nhỏ) kết hợp với ung thư dạ dày và loét HTT là bệnh lý hiếm gặp và khó chẩn đoán. Hai phương pháp chẩn đoán được ứng dụng nhiều là chụp dạ dày tá tràng với thuốc cản quang và nội soi dạ dày tá tràng. Túi thừa vùng tâm vị và phần cao thân vị có thể không có dải cơ dọc và nằm giữa 2 lá của mạc nối nhỏ bởi vậy khi nạo vét hạch trong phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư dạ dày nên chú ý tránh làm thủng túi thừa. Trong trường hợp cổ túi thừa rộng, thành dạ dày không có lớp cơ dọc và thiếu sản

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025