

- 503-507. doi:10.1159/000506830
7. **Kanthasamy KA, Akshintala VS, Singh VK.** Nutritional Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2021; 50(1): 141-150. doi:10.1016/j.gtc.2020. 10.014
 8. **Mayerle J, Sendler M, Hegyi E, Beyer G, Lerch MM, Sahin-Tóth M.** Genetics, Cell Biology, and Pathophysiology of Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2019;156(7):1951-1968.e1. doi:10.1053/j.gastro.2018.11.081
 9. **Ocampo C, Kohan G, Leiro F, et al.** Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en la Argentina. Resultados de un estudio prospectivo en 23 centros.
 10. **Khanna AK, Meher S, Prakash S, et al.** Comparison of Ranson, Glasgow, MOSS, SIRS, BISAP, APACHE-II, CTSI Scores, IL-6, CRP, and Procalcitonin in Predicting Severity, Organ Failure, Pancreatic Necrosis, and Mortality in Acute Pancreatitis. *HPB Surgery*. 2013;2013:1-10. doi:10.1155/2013/367581

MỐI LIÊN QUAN CỦA KHOẢNG TRỐNG ANION ƯỚC TÍNH VỚI TỈ LỆ TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN NẶNG (SEPSIS) TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU A9 – BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thanh Tùng², Trần Hữu Thông¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và đánh giá mối liên quan của khoảng trống anion ước tính (AG) và tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng (sepsis) tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 206 bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng từ tháng 10/2024 đến tháng 3/2025. Tiêu chí lựa chọn gồm: Bệnh nhân ≥ 16 tuổi, được chuẩn đoán nhiễm khuẩn nặng theo tiêu chuẩn Sepsis 3- 2016 của Surviving Sepsis Campaign. **Kết quả:** Trong số 206 bệnh nhân, nam giới chiếm 64,1%, tuổi trung bình $64,1 \pm 15,8$. Có 97 trường hợp sốc nhiễm khuẩn, chiếm 47,0%. Giá trị AG trung bình tại thời điểm nhập viện là $18,1 \pm 7,0$. Ở nhóm sống trong 30 ngày, AG trung bình là $15,6 \pm 0,5$, trong khi ở nhóm tử vong là $21,8 \pm 0,8$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đường cong ROC của AG ước tính có giá trị tiên lượng tử vong trong vòng 30 ngày với AUC = 0,75 tại điểm cut-off 17,85 với độ nhạy 76,2%, độ đặc hiệu 67,2%. **Kết luận:** Có thể dùng AG ước tính như một tham số thay thế để dự đoán nguy cơ tử vong trong nhiễm khuẩn nặng (Sepsis) khi các biến số khác không có sẵn ngay lập tức.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN ESTIMATED ANION GAP AND MORTALITY RATE IN PATIENTS WITH SEPSIS AT A9 EMERGENCY CENTER - BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To describe the characteristics and evaluate the relationship between estimated anion gap (AG) and 30-day mortality rate in patients with sepsis at A9 Emergency Center - Bach Mai Hospital.

Methods: A prospective descriptive study of 206 patients with sepsis from October 2024 to March 2025. Selection criteria included: Patients ≥ 16 years old, diagnosed with sepsis according to the Sepsis-3 2016 criteria of the Surviving Sepsis Campaign. **Results:** Males accounted for 64.1%, with a mean age of 64.1 ± 15.83 years. Among the 206 patients, 97 cases were diagnosed with septic shock, representing 47%. The estimated AG value at hospital admission was 18.1 ± 7.0 , with the 30-day survivor group showing 15.56 ± 0.5 , and the mortality group showing 21.78 ± 0.8 ; the difference was statistically significant with $p < 0.05$. The ROC curve of estimated AG showed value in predicting 30-day mortality with AUC: 0.75, cutoff point 17.85, sensitivity 76.2%, and specificity 67.2%. **Conclusions:** Estimated AG can be used as a surrogate parameter to predict mortality risk in severe sepsis when other variables are not immediately available.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn nặng (sepsis) là một hội chứng liên quan với nhiễm khuẩn do hậu quả của tình trạng đáp ứng viêm hệ thống gây biến chứng rối loạn chức năng đối với ít nhất một hệ thống cơ quan.¹

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, trên toàn cầu có khoảng 49 triệu trường hợp mắc và 11 triệu bệnh nhân tử vong liên quan đến nhiễm khuẩn nặng, chiếm gần 20% số trường hợp tử vong vào năm 2017.²

Một loạt các thang điểm, hệ thống, chẳng hạn như điểm đánh giá suy tạng (SOFA), quick SOFA (qSOFA), bảng điểm đánh giá tình trạng sức khỏe dài hạn và các thông số sinh lý trong giai đoạn cấp (APACHE II) và hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS), đã được phát triển để sàng lọc công cụ dành cho bệnh nhân nghi ngờ nhiễm khuẩn.³ Tuy nhiên, SIRS, qSOFA hoạt động kém hiệu quả như các công cụ lâm sàng cho việc phát hiện sớm và nhanh chóng bệnh

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

nhễm khuẩn và chưa được áp dụng rộng rãi ở nhiều bệnh viện khác nhau.

Khoảng trống anion ước tính (AG), một thông số được định nghĩa là tổng của nồng độ cation huyết thanh trừ đi tổng nồng độ anion huyết thanh vì vậy AG rất dễ dàng thực hiện mà không phức tạp, thường được sử dụng để đánh giá các rối loạn axit-bazơ.⁴ Hiện nay AG nhận được sự quan tâm chưa từng có, đặc biệt ở ICU, để chẩn đoán và dự đoán giá trị trong nhiều bệnh ảnh hưởng đến bệnh nhân nguy kịch.⁵

Mohr và cộng sự nghiên cứu trên 4159 bệnh nhân cho rằng AG ≥ 20 mEq/L có thể được coi là một chỉ số phân tầng nguy cơ nghiên cứu kết luận rằng nồng độ AG huyết thanh có khả năng dự đoán tỷ lệ tử vong.⁵

Từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm và đánh giá mối liên quan của khoảng trống anion ước tính (AG) và tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng (sepsis) tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai, qua đó góp phần cung cấp dữ liệu y học thực chứng phục vụ công tác tổ chức cấp cứu và nâng cao hiệu quả hồi sức tại cộng đồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ≥ 16 tuổi, được chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng theo tiêu chuẩn Sepsis 3-2016 của Surviving Sepsis Campaign.¹

- Bệnh nhân nhập viện tại Trung tâm Cấp cứu A9, bệnh viện Bạch Mai.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Phụ nữ có thai
- Bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS
- Bệnh nhân thiếu thông tin

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai,

Thời gian nghiên cứu: Tháng 8-2024 đến tháng 8-2025

2.3 Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: 206 bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu từ tháng 10 năm 2024 đến hết tháng 3 năm 2025.

2.3.3. Thu thập số liệu. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng.

Khi bệnh nhân nhập viện, thu thập thông tin qua phỏng vấn từ người thân, bệnh nhân. Thông tin thu thập dựa vào bản dữ liệu nghiên cứu soạn sẵn. Tại bệnh viện Bạch Mai, bệnh nhân được khám lâm sàng, chỉ định các thăm dò cận lâm sàng, được chẩn đoán và điều trị. Kết cục của bệnh nhân trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhập viện được đưa ra phân tích.

2.3.4. Phân tích số liệu: Được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

Biến số	Số bệnh nhân (n=206)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Giới tính		
Nam	132	64 %
Nữ	74	36 %
Tuổi		
18 – 39	16	7,8 %
40 – 59	55	26,7 %
60 – 80	107	51,9 %
> 80	28	13,6 %
Tuổi trung bình	64,01 $\pm$ 15,83 (tuổi thấp nhất là 17, cao nhất là 94)	

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 64,01; trong đó nhóm tuổi từ 60-80 chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 2. Đặc điểm một số chỉ số cận lâm sàng khi vào khoa (n=206)

Biến số	(X $\pm$ SD)			Giá trị p
	Chung	Sống	Tử vong	
Bạch cầu	14,4 $\pm$ 9,8	14,0 $\pm$ 8,1	15,1 $\pm$ 11,7	0,48
Natri	137,8 $\pm$ 5,2	138,1 $\pm$ 4,4	137,3 $\pm$ 6,1	0,25
Kali	4,1 $\pm$ 0,92	4,1 $\pm$ 0,9	4,3 $\pm$ 1,0	0,13
Clo	100,5 $\pm$ 7,1	111,8 $\pm$ 6,3	98,7 $\pm$ 7,9	0,003
Ure	13,0 $\pm$ 8,9	12,4 $\pm$ 8,8	13,9 $\pm$ 9,0	0,23
HCO3-	19,1 $\pm$ 7,4	20,9 $\pm$ 7,1	16,5 $\pm$ 7,1	0,000
PH	7,4 $\pm$ 0,2	7,4 $\pm$ 0,1	7,3 $\pm$ 0,2	0,000
pO2	120,8 $\pm$ 77,7	109,4 $\pm$ 51,7	137,3 $\pm$ 102,6	0,01
pCO2	33,2 $\pm$ 12,2	33,7 $\pm$ 11,7	32,5 $\pm$ 13,0	0,52
Lactat	4,0 $\pm$ 3,8	3,0 $\pm$ 2,8	5,5 $\pm$ 4,6	0,000

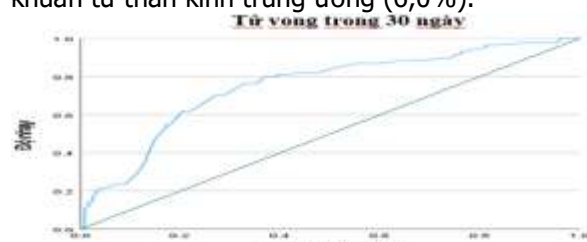
Tiểu cầu	186,7 ± 138,5	205,5 ± 115,6	159,9 ± 163,2	0,03
Hematocrit	35,2 ± 8,4	35,3 ± 8,8	35,1 ± 7,7	0,82
Creatinin	178,1 ± 138,8	172,2 ± 128,6	186,7 ± 152,7	0,46
Bilirubin toàn phần	31,5 ± 53,2	21,0 ± 26,4	46,7 ± 74,7	0,00
P/F	273,5 ± 121,9	281,0 ± 114,5	262,6 ± 131,7	0,29

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của Clo, HCO₃⁻, pH, pO₂, Lactat, tiểu cầu, Bilirubin toàn phần ở 2 nhóm sống và tử vong trong vòng 30 ngày (p<0,05).



Biểu đồ 1: Phân loại bệnh nhân theo vị trí ổ nhiễm khuẩn (n=206)

Nhận xét: Vị trí ổ nhiễm khuẩn thường gặp nhất là đường hô hấp (53,0%), tiếp theo là đường tiêu hóa (33,0%), thứ ba là đường thận tiết niệu (14,0%). Ít gặp nhất là vị trí ổ nhiễm khuẩn từ thần kinh trung ương (6,0%).



	AUC	Cut – off	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Giá trị khoảng trống anion ước tính	0,758	17,85	0,762	0,680

Biểu đồ 2: Đường cong ROC của khoảng trống anion huyết thanh ước tính (AG) để dự đoán tử vong do mọi nguyên nhân trong vòng 30 ngày ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng

Nhận xét: Đường cong ROC của khoảng trống anion huyết thanh ước tính (AG) để dự đoán tử vong do mọi nguyên nhân trong vòng 30 ngày ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng với diện tích dưới đường cong AUC 0,758 với điểm cut – off 17,85 có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt 76,2% và 68,0%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 206 bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng, kết quả cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,78/1. Hầu hết các nghiên cứu về nhiễm khuẩn nặng đều ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân nam lớn hơn

bệnh nhân nữ. Nghiên cứu của Đào Xuân Phương tại bệnh viện Bạch Mai tỉ lệ nam/nữ là 1,17/1⁶ Caironi nam/nữ 1,51/1⁷. Trong các nghiên cứu, tỉ lệ mắc sốc nhiễm khuẩn ở nam giới cao hơn nhưng tỉ lệ tử vong không có sự khác biệt giữa 2 giới.

Theo kết quả trình bày ở bảng 1, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64 tuổi, thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 92 tuổi, nhóm tuổi 60 – 80 chiếm tỉ lệ cao nhất với 107 bệnh nhân (52%). Nghiên cứu của Đào Xuân Phương cũng cho kết quả tương tự với độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 60 tuổi⁶. Nghiên cứu của Caironi có độ tuổi trung bình 69,5 tuổi⁷. Theo Arturo Arterol, độ tuổi trung bình của hầu hết các nghiên cứu ở Mỹ và Châu Âu trên đối tượng bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng/ sốc nhiễm khuẩn là 60 - 65 tuổi. Các bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên có nguy cơ mắc nhiễm khuẩn nặng, sốc nhiễm khuẩn cao gấp 13 lần bệnh nhân trẻ⁸. Điều này cho thấy rằng người cao tuổi có nguy cơ bị sốc nhiễm khuẩn cao hơn.

Bảng 2 thể hiện các giá trị trung bình của một số xét nghiệm cận lâm sàng quan trọng ở 206 bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng khi mới nhập viện. Kết quả cho thấy các chỉ số viêm như bạch cầu (trung bình 14,4 G/L) tăng rất cao so với bình thường. Điều này phản ánh tình trạng viêm nặng do nhiễm khuẩn. Nồng độ lactat máu trung bình cũng tăng cao (4,03 mmol/L), cho thấy tình trạng thiếu oxy mô phổ biến trong sốc nhiễm khuẩn.

Tình trạng rối loạn toan kiềm ở nhóm bệnh nhân tử vong tồi tệ hơn hẳn so với nhóm bệnh nhân sống sót pH (7,3 < 7,4). Chỉ số HCO₃⁻ cũng khác nhau đáng kể giữa 2 nhóm sống và tử vong trong vòng 30 ngày (20,87 và 16,5) cho thấy tình trạng nhiễm toan chuyển hóa nặng ở nhóm bệnh nhân tử vong khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

Các chỉ số suy tạng như tiểu cầu, creatinin, bilirubin, chỉ số P/F đều cho thấy chức năng các cơ quan bị suy giảm nghiêm trọng. Đặc biệt, creatinin trung bình 178,1 µmol/L và bilirubin trung bình 31,46 µmol/L cho thấy suy thận và tổn thương gan nặng. Chỉ số P/F trung bình 274 mmHg phản ánh tình trạng suy hô hấp cần hỗ trợ oxy hoặc thông khí nhân tạo. So sánh giữa nhóm bệnh nhân tử vong và sống sót cho thấy các chỉ số này xấu hơn rõ rệt ở nhóm tử vong.

Điều này phản ánh mức độ nặng và suy tạng nghiêm trọng hơn ở nhóm có kết cục xấu. Như vậy, các kết quả xét nghiệm ban đầu cho thấy tình trạng nhiễm trùng nặng, suy đa tạng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Việc theo dõi sát các chỉ số này, đặc biệt nhóm bệnh nhân nặng, có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và điều trị sốc nhiễm khuẩn.

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ ổ nhiễm khuẩn thường gặp nhất là đường hô hấp (53,0%), tiếp theo là đường tiêu hóa (33,0%), thứ ba là đường thận tiết niệu (14,0%). Ít gặp nhất là vị trí ổ nhiễm khuẩn từ thần kinh trung ương (6,0%). Tỷ lệ phân bố ổ nhiễm khuẩn trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Đào Xuân Phương với nhiễm khuẩn hô hấp 33,3%; tiêu hóa 28,1%; thận- tiết niệu 12,5%, da- mô mềm 10,4%, nhiễm khuẩn huyết 9,4%.⁶ Tuy nhiên tỉ lệ phân bố ổ nhiễm khuẩn trong nghiên cứu của Florian có sự khác biệt, với tỉ lệ cao nhất là nhiễm khuẩn huyết 39%, sau đó là nhiễm trùng hô hấp với 34,5%; nhiễm trùng da- mô mềm 14,5% và ít nhất là nhiễm trùng thần kinh trung ương 0,8%.⁹ Sự khác biệt về tỷ lệ các vị trí ổ nhiễm khuẩn giữa các nghiên cứu có thể do đặc điểm của từng nhóm bệnh nhân khác nhau. Những bệnh nhân có suy hô hấp nặng thường được điều trị tại khoa hồi sức tích cực nên tỷ lệ nhiễm khuẩn đường hô hấp cao hơn. Ngược lại, nhiễm khuẩn huyết thường gặp ở bệnh nhân nội trú.

Như vậy, kết quả nghiên cứu đã mô tả chi tiết các vị trí ổ nhiễm khuẩn thường gặp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn. Mặc dù có sự khác biệt so với một số nghiên cứu trước đây, điều này phản ánh đặc điểm của cỡ mẫu nghiên cứu. Việc xác định chính xác vị trí ổ nhiễm khuẩn sẽ giúp cải thiện hiệu quả điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân.

Biểu đồ 2 cho thấy khoảng trống anion huyết thanh ước tính (AG) có giá trị tiên lượng tử vong trong vòng 30 ngày với diện tích dưới đường cong AUC 0,758 với điểm cut – off 17,85 có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt 76,2% và 68,0%. Mohr và cộng sự nghiên cứu trên 4159 bệnh nhân cho rằng AG ≥ 20 mEq/L có thể được coi là một chỉ số phân tầng nguy cơ nghiên cứu kết luận rằng nồng độ AG huyết thanh có khả năng dự đoán tỷ lệ tử vong.⁵ Tương đồng với nghiên cứu của Yao Zhu trên 4085 bệnh nhân, AG có giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày với AUC 0,703 với $p < 0,001$ tại điểm cut – off 16 ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và AUC 0,731 với $p < 0,001$ ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.¹⁰

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 206 bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai cho thấy khoảng trống anion ước tính có mối tương quan với tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày nhập viện do mọi nguyên nhân. Sử dụng AG ước tính cũng như một thang đo để dự đoán kết quả điều trị. Có thể dùng khoảng trống anion ước tính như một tham số thay thế để dự đoán nguy cơ tử vong cho bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng (Sepsis) khi các phương tiện khác không có sẵn ngay lập tức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al.** The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8): 801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287
2. **Gotts JE, Matthay MA.** Sepsis: pathophysiology and clinical management. *BMJ*. 2016;353:i1585. doi:10.1136/bmj.i1585
3. **Raith EP, Udy AA, Bailey M, et al.** Prognostic Accuracy of the SOFA Score, SIRS Criteria, and qSOFA Score for In-Hospital Mortality Among Adults With Suspected Infection Admitted to the Intensive Care Unit. *JAMA*. 2017;317(3):290-300. doi:10.1001/jama.2016.20328
4. **Kraut JA, Nagami GT.** The serum anion gap in the evaluation of acid-base disorders: what are its limitations and can its effectiveness be improved? *Clin J Am Soc Nephrol*. 2013;8(11):2018-2024. doi:10.2215/CJN.04040413
5. **Mohr NM, Vakkalanka JP, Faine BA, et al.** Serum anion gap predicts lactate poorly, but may be used to identify sepsis patients at risk for death: A cohort study. *J Crit Care*. 2018;44:223-228. doi:10.1016/j.icrc.2017.10.043
6. **Đào Xuân Phương và Bùi Thị Hương Giang.** Đánh giá kết quả áp dụng gói điều trị nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn trong giờ đầu tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai. *VMJ*. 2021;509(1). doi:10.51298/vmj.v509i1.1767
7. **Caironi P, Tognoni G, Masson S, et al.** Albumin replacement in patients with severe sepsis or septic shock. *N Engl J Med*. 2014;370(15):1412-1421. doi:10.1056/NEJMoa1305727
8. **Epidemiology of Severe Sepsis and Septic Shock | IntechOpen.** Accessed September 30, 2025. <https://www.intechopen.com/chapters/27953>
9. **Mayr FB, Yende S, Linde-Zwirble WT, et al.** Infection rate and acute organ dysfunction risk as explanations for racial differences in severe sepsis. *JAMA*. 2010; 303(24):2495-2503. doi:10.1001/jama.2010.851
10. **Zhu Y, He Z, Jin Y, et al.** Serum Anion Gap Level Predicts All-Cause Mortality in Septic Patients: A Retrospective Study Based on the MIMIC III Database. *J Intensive Care Med*. 2023;38(4): 349-357. doi:10.1177/08850666221123483

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: LEIOMYOMA THỰC QUẢN HÌNH MÓNG NGỰA

Đỗ Minh Hùng¹, Lâm Trần Tuấn Cảnh²

TÓM TẮT

Leiomyoma thực quản là khối u lành tính của lớp cơ trơn, thường không có triệu chứng trong đa số trường hợp. Nhưng khi kích thước lớn, chúng có thể gây ra các triệu chứng như khó nuốt, đau ngực và sụt cân, nên việc điều trị là cần thiết. Vấn đề ở những khối u to, đặc biệt nếu có dạng hình vòng hoặc hình móng ngựa và có dính vào lớp cơ, việc can thiệp cắt qua nội soi gặp nhiều khó khăn, vì phẫu thuật hạn chế do lòng thực quản là một khoang hẹp. Chúng tôi báo cáo ba trường hợp leiomyoma thực quản hình móng ngựa. Tất cả khối u đều được can thiệp bằng kỹ thuật nội soi cắt u qua đường hầm dưới niêm dưới nước (U-STER) kết hợp cắt một phần cơ vòng do có 1 ca dính sâu vào lớp cơ. Tất cả bệnh nhân đều được điều trị thành công, không có biến chứng xảy ra và phục hồi nhanh chóng. Giải phẫu bệnh cả 3 ca đều xác nhận là u cơ trơn lành tính. Không ca nào có dấu hiệu tái phát trong tháng đầu theo dõi.

Từ khóa: Leiomyoma thực quản hình móng ngựa; Nội soi cắt u qua đường hầm dưới niêm dưới nước (U-STER); Siêu âm nội soi (EUS)

SUMMARY

CASE REPORT OF HORSESHOE-SHAPED ESOPHAGEAL LEIOMYOMAS

Esophageal leiomyomas are benign tumors of the smooth muscle. They are usually asymptomatic, but when large, they may cause symptoms such as dysphagia, chest pain, or weight loss, which may require treatment. Managing these complex tumors, especially in cases with an annular or horseshoe-shaped morphology, presents challenges due to the restricted surgical field during endoscopic resection, because the esophagus has a narrow lumen. We report three cases of horseshoe-shaped esophageal leiomyomas that were treated using the underwater submucosal tunneling endoscopic resection (U-STER) technique combined with partial myotomy due to adherence to the muscularis propria in one case. All tumors were successfully resected without any complications and all patients recovered rapidly. Histological examination confirmed that all tumors were benign smooth muscle tumors. None showed evidence of recurrence at 1-month follow-up.

Keywords: Horseshoe-shaped esophageal leiomyomas; Underwater Submucosal tunneling endoscopic resection (U-STER); Endoscopic ultrasound (EUS)

I. TỔNG QUAN

Leiomyoma thực quản là khối u lành tính của

lớp cơ trơn, điển hình xuất phát từ lớp cơ, vị trí hay gặp là ở đoạn 1/3 giữa và 1/3 dưới thực quản [1]. Chúng hiếm khi gây triệu chứng, nếu có các triệu chứng hay xảy ra ở khối u có kích thước lớn, các triệu chứng thường gặp nhất là khó nuốt, đau ngực và sụt cân [2]. Tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ, xấp xỉ 2:1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh vẫn chưa rõ ràng [3]. Dạng hiếm gặp nhất là leiomyoma hình vòng hoặc hình móng ngựa, chiếm khoảng 2% các trường hợp [4]. Nội soi đường tiêu hoá trên biểu hiện là dạng u dưới niêm. Trên hình ảnh CT ngực là khối u có mật độ đồng nhất và nguồn gốc xuất phát từ lớp cơ thực quản. Hiện nay, siêu âm nội soi (EUS) đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá chẩn đoán u dưới niêm thực quản [3]. Can thiệp qua nội soi đối với leiomyoma thực quản ngày càng được ứng dụng rộng rãi nhờ tính xâm lấn tối thiểu. Kỹ thuật nội soi cắt u qua đường hầm dưới niêm (STER) và bóc tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) là những phương pháp can thiệp phù hợp đối với các u xuất phát từ lớp dưới niêm [5, 6].

Chúng tôi báo cáo ba trường hợp leiomyoma thực quản hình móng ngựa được can thiệp thành công bằng kỹ thuật nội soi cắt u qua đường hầm dưới niêm dưới nước (U-STER)

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Ca 1 (Hình 1). Bệnh nhân nam 34 tuổi đến khám vì đau bụng và ợ hơi. Khám lâm sàng và các xét nghiệm đều không ghi nhận bất thường. Nội soi đường tiêu hoá trên phát hiện một u dưới niêm ở đoạn 1/3 giữa thực quản. Trên hình ảnh CT ngực ghi nhận dày khu trú thành thực quản đoạn 1/3 giữa, kích thước khoảng 10×16×25mm. Siêu âm nội soi (EUS) phát hiện tổn thương giảm âm, hình móng ngựa, chiếm gần hết chu vi thực quản, xuất phát từ lớp cơ niêm (lớp thứ 2), ranh giới rõ, không tăng sinh mạch và bề dày đo được 9–10mm. EUS theo dõi leiomyoma thực quản 1/3 giữa.

Kỹ thuật U-STER được thực hiện với gây mê nội khí quản, bệnh nhân nằm ngửa. Đường mở niêm mạc cách tổn thương khoảng 2cm về phía gần để tạo đường hầm dưới niêm. Việc bóc tách gặp khó khăn do khối u lớn có hình móng ngựa (1.5×8cm). Khối u được cắt thành nhiều mảnh do kích thước lớn và đường mở niêm mạc được khép lại bằng 05 hemoclip. Không có biến chứng trong và sau thủ thuật. Giải phẫu bệnh sau cắt là u cơ trơn lành tính. Bệnh nhân được xuất viện

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Hùng

Email: dominhhung148@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025