

SCC. Kết hợp hình ảnh nội soi và giải phẫu bệnh giúp nâng cao độ chính xác chẩn đoán và định hướng điều trị phù hợp.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh và Khoa Giải phẫu bệnh đã tạo điều kiện thuận lợi cho nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Malik P, Yadav SPS, Sen R, Gupta P, Singh J, Singla A, Vashisht S.** The Clinicopathological Study of Benign Lesions of Vocal Cords. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019 Oct;71(S1):212–20.
2. **Awal N, Rahman MS.** Histomorphological Pattern of Vocal Cord Lesions in a Tertiary Care Hospital. *J Histopathol Cytopathol.* 2023 July;7(2):95–102.
3. **Nupur Kapoor Nerurkar, Sunil Garg.** Correlation between Rigid Laryngoscopy and Histopathology of Laryngeal Lesions at Our Voice Clinic. *Int J Phonosurgery Laryngol.* 2011 June;1(1):29–31.
4. **El Ayoubi F, Chariba I, El Ayoubi A, Chariba S, Essakalli L.** Primary tuberculosis of the larynx. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2014 Dec;131(6):361–4.
5. **Nguyễn Quang Trung.** Đối chiếu tổn thương ung thư dây thanh giai đoạn sớm qua lâm sàng, nội soi và cắt lớp vi tính. *Tạp Chí Tai Mũi Họng Việt Nam.* 2015 June;60–27:57–64.
6. **Nguyễn Văn Trường, Nguyễn Minh Ngọc, Nguyễn Văn Hữu, Nguyễn Văn Giảng.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi vi phẫu các tổn thương lành tính thanh quản tại Khoa Phẫu thuật và Điều trị theo yêu cầu - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *J 108 - Clin Med Pharmacy [Internet].* 2022 Aug 8 [cited 2024 June 9]; Available from: <https://tcydl108.benhvien108.vn/index.php/YDLS/article/view/1368>
7. **Hoàng Văn Anh.** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh dây thanh qua nội soi hoạt nghiệm thanh quản ở bệnh nhân khàn tiếng tại bệnh viện trường đại học Y dược Cần Thơ từ tháng 09/2020 đến tháng 06/2021. *Tạp Chí Tai Mũi Họng Việt Nam.* 2022 Dec;67–58:57.
8. **Zidar N, Gale N.** Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Hypopharynx, Larynx, Trachea and Parapharyngeal Space. *Head Neck Pathol.* 2022 Mar;16(1):31–9.
9. **Fatima Sohaila, Nasir Mohamed Badri R.** Clinicopathological Spectrum of Laryngeal Lesions Over Seven years in a Tertiary Hospital. *Medreseach.* 2022 Apr;8:41–6.
10. **Ahmad N, Khan S, Hassan MohdJ, Mohroo R, Hameed S, Jetley S.** Clinico-pathological Study of Benign Vocal Fold Polyps and Nodules: A Single Institution Experience of 7 Years at a Tertiary Care Centre, New Delhi, India. *Natl J Lab Med [Internet].* 2024 [cited 2024 June 12]; Available from: https://njlm.net/article_FULLTEXT.aspx?issn=0973-709x&year=2024&month=January&volume=13&issue=1&page=PO37%20-%20PO40&id=2809

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SIÊU ÂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM BAO GÂN DE QUERVAIN

Nguyễn Văn Thắng¹, Hoàng Văn Hưng¹, Phạm Thị Thu Thủy¹, Nguyễn Thị Nga¹, Nguyễn Thành Luân¹, Lê Phi Hảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, siêu âm và kết quả điều trị viêm bao gân De Quervain. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 51 bệnh nhân với 53 cổ tay có viêm bao gân De Quervain được điều trị tại Bệnh viện trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022. **Kết quả:** Hầu hết bệnh nhân viêm bao gân De Quervain là nữ và tổn thương ở 1 bên. Đau vùng cổ tay hoặc ngón tay cái cũng như nghiệm pháp Finkelstein dương tính được ghi nhận ở 100% các trường hợp. Phần lớn bệnh nhân

đau ở mức độ vừa (điểm VAS 5-7 điểm), chiếm 64,1%. Trên siêu âm, dấu hiệu tăng kích thước của gân và dày bao gân tương ứng 100% và 92,5%. Trên siêu âm Doppler màu và Doppler năng lượng, đa số các trường hợp xuất hiện dấu hiệu tăng tưới máu bao gân. Ở nhóm bệnh nhân là nam, 100% các trường hợp khỏi đau hoàn toàn chỉ sau tiêm bao gân một mũi duy nhất. Ở nhóm bệnh nhân nữ, 85,7% khỏi đau hoàn toàn sau tiêm một mũi, không có trường hợp nào là không cải thiện sau tiêm. **Kết luận:** Đau vùng cổ tay và nghiệm pháp Finkelstein dương tính là những triệu chứng lâm sàng thường gặp của bệnh lý viêm bao gân De Quervain. Siêu âm là phương pháp thăm khám vừa có giá trị trong chẩn đoán vừa giúp phân biệt với các bệnh lý khác vùng cổ tay.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm, viêm bao gân De Quervain

Viết tắt: PDUS: Power Doppler ultrasound, VAS: Visual Analogue Scale, VBG: Viêm bao gân

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thắng
Email: nguyenvanthang@hmtu.edu.vn
Ngày nhận bài: 25.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025

SUMMARY**CLINICAL FEATURES, SONOGRAPHIC FINDINGS AND RESULTS OF TREATMENT OF DE QUERVAIN TENOSYNOVITIS**

Purpose: To describe clinical features, imaging findings and evaluate the results of treatment of De Quervain tenosynovitis. **Object and Method:** Descriptive study 51 patients with 53 wrist were diagnosed and treated De Quervain tenosynovitis in outpatient department of Hai Duong Medical Technical University Hospital from December 2021 to May 2022.

Results: Most patients with De Quervain tenosynovitis are female and the lesions are unilateral. Pain in the wrist or thumb as well as a positive Finkelstein test was observed in 100% of the cases. Most patients had a moderate pain (VAS score 5-7 points), accounting for 64.1%. Sonographic findings included tendon thickening and synovial sheath thickening accounted for 100% and 92.5%, respectively. Most of the cases showed peritendinous subcutaneous hyperemia on color Doppler and power Doppler ultrasound imaging. In the group of male patients, 100% of the cases were completely cured after only a single injection of the tendon sheath. In the group of female patients, there was no case that did not improve after injection, 85.7% of patients were completely pain free after one injection.

Conclusion: Wrist pain and a positive Finkelstein's maneuver were common clinical manifestations of De Quervain's tenosynovitis. Ultrasound is an examination method that is both valuable in diagnosis and helps to differentiate from other diseases of the wrist.

Keywords: Clinical features, sonographic findings, De Quervain tenosynovitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng De Quervain hay viêm bao gân (VBG) De Quervain là chứng viêm bao gân co thắt của gân duỗi ngón và gân dạng dài ngón tay cái [1]. Triệu chứng chính của bệnh là đau ở cổ tay và ngón tay cái, đau tăng khi vận động, tăng cảm giác đau ở vị trí gần mỏm trâm quay liên quan với bao gân [2]. Nghiệm pháp Finkelstein có giá trị cao trong chẩn đoán VBG De Quervain, chẩn đoán trước đây chủ yếu dựa vào biểu hiện đau vùng cổ tay và nghiệm pháp này dương tính. Ngày nay, với sự hỗ trợ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cộng hưởng từ vùng cổ tay không những giúp xác định chẩn đoán còn giúp chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác vùng cổ tay. Siêu âm được xác định là thăm khám cơ bản, rẻ tiền, không gây nhiễm xạ, có giá trị chẩn đoán cao. Hơn nữa, siêu âm còn được sử dụng làm một phương tiện giúp định hướng mũi kim của các thủ thuật tiêm khớp của các bác sỹ chuyên khoa [3, 4]. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm góp phần khẳng định thêm vai trò của siêu âm trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý VBG De Quervain.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 51 bệnh nhân VBG De Quervain được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Những bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị bệnh lý VBG De Quervain

- Được siêu âm vùng cổ tay

- Không có tiền sử phẫu thuật vùng cổ tay

- Đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ đầy đủ các thông tin phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân không đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn như trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Chọn mẫu thuận tiện cho nghiên cứu

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Tất cả những người bệnh được chẩn đoán và điều trị viêm bao gân De Quervain trong thời gian nghiên cứu nếu thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sẽ được ghi nhận thông tin vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

Các chỉ tiêu và nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng:

Tuổi, nhóm tuổi, giới tính, thuốc đã dùng, thời gian bị bệnh. Điểm đau theo thang điểm VAS, nghiệm pháp Finkelstein: âm tính, dương tính.

- Đặc điểm siêu âm:

Kích thước gân: bình thường, tăng kích thước; Độ hồi âm của gân: tăng âm, đồng âm, giảm âm; Dày bao gân: có, không; Tụ dịch bao gân: có, không; Tưới máu trên Doppler màu và Doppler năng lượng: tăng tưới máu, không tăng tưới máu.

- Kết quả điều trị: khỏi, đỡ, không cải thiện.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán mô tả tính trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 12/2021 đến tháng 5/2022, 51 bệnh nhân VBG De Quervain phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu với đặc điểm như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm chung | | Giá trị (%) |
|----------------|-------|-------------|
| Nhóm tuổi | <20 | 0(0) |
| | 20-29 | 6(11,8) |
| | 30-39 | 13(25,5) |

| | | |
|--------------------------------|---------------------------|----------|
| | 40-49 | 4(7,8) |
| | 50-59 | 17(33,3) |
| | ≥60 | 11(21,6) |
| Giới | Nam | 9(17,6) |
| | Nữ | 42(82,4) |
| Bên tổn thương | Phải | 25(49) |
| | Trái | 24(47,1) |
| | Hai bên | 2(3,9) |
| Tiền sử VBG | Có | 15(29,4) |
| | Không | 36(70,6) |
| Hoàn cảnh xuất hiện đau | Tự nhiên | 32(62,7) |
| | Vận động ngón cái kéo dài | 16(31,4) |
| | Sau chấn thương cổ tay | 3(5,9) |
| Thời gian đau | < 1 tuần | 20(39,2) |
| | 1 - < 2 tuần | 19(37,3) |
| | 2 - < 3 tuần | 10(19,6) |
| | ≥ 3 tuần | 2(3,9) |

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân VBG De Quervain

| Đặc điểm lâm sàng | | Giá trị (%) |
|---|------------------------------------|-------------|
| Vị trí đau | Mỏm trâm quay | 11(20,8) |
| | Ngón tay cái | 25(47,2) |
| | Cẳng tay | 4(7,5) |
| | Cổ tay | 13(24,5) |
| Hướng đau lan | Đau tại chỗ, không lan | 10(18,9) |
| | Đau lan quanh cổ tay | 3(5,7) |
| | Đau lan lên ngón cái hoặc cẳng tay | 40(75,4) |
| Động tác ngón cái bị hạn chế | Dạng | 9(17) |
| | Khép | 0(0) |
| | Gấp | 2(3,8) |
| | Duỗi | 2(3,8) |
| | Gấp và duỗi | 1(1,9) |
| | Dạng và duỗi | 39(73,5) |
| Biểu hiện viêm/biến đổi hình thái cổ tay | Có | 40(75,4) |
| | Không | 13(24,6) |
| Nghiệm pháp Finkelstein | Có | 53(100) |
| | Không | 0(0) |
| Điểm VAS vùng cổ tay | <1 điểm (không đau) | 0(0) |
| | 1-4 điểm (đau nhẹ) | 1(1,9) |
| | 5-7 điểm (đau vừa) | 34(64,1) |
| | >7 điểm (đau nặng) | 18(34) |

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh siêu âm VBG De Quervain

| Đặc điểm hình ảnh siêu âm | | Giá trị (%) |
|---|-----------------|-------------|
| Hồi âm gân dạng dài và gân duỗi ngắn | Tăng âm | 0 (0) |
| | Đồng âm | 1(1,9) |
| | Giảm âm | 52(98,1) |
| Kích thước gân dạng dài và gân duỗi ngắn | Tăng kích thước | 53(100) |
| | Không tăng | 0(0) |
| Dày bao gân | Có | 49(92,5) |

| | | |
|---------------------------------------|-----------|----------|
| | Không | 4(7,5) |
| Tụ dịch bao gân | Có | 38(71,7) |
| | Không | 15(28,3) |
| Tăng tưới máu trên Doppler màu | Có | 27(50,9) |
| | Không | 26(49,1) |
| Tăng tưới máu trên PDUS | Có | 39(73,6) |
| | Không | 14(26,4) |
| Vôi hoá bao gân hoặc đứt gân | Có | 0(0) |
| | Không | 53(100) |
| Ép đầu dò | Đau | 53(100) |
| | Không đau | 0(0) |

Bảng 4. Kết quả điều trị VBG De Quervain

| Kết quả điều trị | Nam | | Nữ | |
|------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|
| | Tần suất (n) | Tỷ lệ (%) | Tần suất (n) | Tỷ lệ (%) |
| Khỏi | 3 | 100 | 30 | 85,7 |
| Đỡ | 0 | 0 | 5 | 14,3 |
| Không cải thiện | 0 | 0 | 0 | 0 |

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy, phần lớn bệnh nhân VBG De Quervain trong độ tuổi 30-59 tuổi (chiếm 66,6%), tuổi trung bình là 47,3 (23-59 tuổi). Các nghiên cứu trước đây đã công bố cũng cho thấy, độ tuổi 30-59 chiếm đa số [4] và tuổi trung bình là 48,98±9,1 tuổi [5]. Tuổi trung niên cao là một trong những yếu tố nguy cơ mắc bệnh về các bệnh lý cơ xương khớp, những người trong độ tuổi này còn trong độ tuổi lao động trong khi đó đã xuất hiện các dấu hiệu của thoái hóa, gân cơ giảm thể tích, độ bền, giảm mô liên kết dẫn đến dễ xuất hiện tổn thương. Bệnh nhân là nữ giới chiếm đa số (82,4%). Phụ nữ ít phải làm những công việc nặng nhọc nhưng thời gian làm việc thường kéo dài, công việc tỉ mỉ, động tác lặp đi lặp lại nhiều lần trong khi khối lượng cơ, độ bền của gân cơ thường kém so với nam giới nên dễ bị tác động bởi các vi chấn thương dẫn đến dễ tổn thương gân cơ. Ngoài ra phụ nữ tuổi trung niên và lớn tuổi thường có các bệnh đi kèm như thoái hóa, xơ vữa mạch máu, đái tháo đường và đặc biệt đây là giai đoạn mãn kinh vì vậy là yếu tố góp phần vào việc xuất hiện viêm gân thứ phát. Nguyễn Đình Hiện (2010) cũng cho thấy VBG De Quervain hay gặp ở nữ giới [4]. VBG De Quervain không ưu thế ở bên tay nào, chỉ có 02 trường hợp bị cả hai bên. Chúng tôi cũng ghi nhận 70,6% số bệnh nhân xuất hiện lần đầu, 29,4% bệnh nhân đã có tiền sử VBG De Quervain. Khi bị bệnh, thời gian là yếu tố cần thiết để hồi phục tổn thương, khi bệnh nhân giảm vận động hoặc thay đổi được tính chất công việc thì tổn thương gân và bao gân sẽ dần hồi phục. Do đó tỷ lệ bệnh nhân tái

phát nhiều lần và dai dẳng là ít gặp. Trong một số trường hợp, bệnh nhân vẫn phải lao động sinh hoạt hàng ngày, đặc biệt các công việc đòi hỏi vận động liên tục và linh hoạt ngón tay cái thì vẫn có thể tái phát bệnh. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Hiến (2010) cũng cho thấy hầu hết bệnh nhân bị VBG De Quervain lần đầu (chiếm 84,2%), tái phát lần hai chỉ chiếm 13,2% [4]. Người bệnh VBG thường đi khám trong vòng 2 tuần từ khi bệnh khởi phát (chiếm 76,5%). Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Hiến (2010) cho thì chỉ có 15,8% số trường hợp đến khám trước 1 tháng [4]. Điều đó cho thấy, nhận thức của người bệnh về bệnh cao hơn nhiều so với cách đây hơn 10 năm, khi xuất hiện dấu hiệu bất thường vùng cổ tay họ đã đi khám sớm hơn.

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau vùng cổ tay hoặc ngón tay cái, đau lan lên ngón tay cái hoặc cẳng tay (chiếm 75,4%), tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Hiến (triệu chứng này gặp ở 72,4%) [4]. Sở dĩ có triệu chứng đau trên là do khi bị hội chứng de quervain có biểu hiện đau tại chỗ viêm và đau lan theo hướng đi của cơ và gân. Triệu chứng quan trọng để xác định bệnh VBG De Quervain là nghiệm pháp Finkelstein, trong nghiên cứu này chúng tôi thấy 100% các trường hợp có nghiệm pháp dương tính. Nguyễn Đình Hiến (2010) cũng thấy rằng 100% bệnh nhân có đau chói vùng móm trâm quay và nghiệm pháp Finkelstein dương tính [4]. Về dấu hiệu viêm quan sát được trên lâm sàng, chúng tôi thấy có 75,4% các trường hợp có biểu hiện viêm hoặc biến đổi hình thái vùng cổ tay và 73,5% các trường hợp có hạn chế dạng và duỗi ngón tay cái. Thang điểm VAS cho phép bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau của mình. Trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân có mức độ đau vừa (4-7 điểm, 64,1%) và đau nặng (>7 điểm, chiếm 34%). Theo Nguyễn Đình Hiến có đến 96,05% bệnh nhân có chỉ số VAS từ 4-6 điểm, không có bệnh nhân nào có chỉ số VAS lớn hơn 7 điểm [4]. K Jirattanaphochai và cộng sự (2004) nghiên cứu điều trị VBG De Quervain cho thấy điểm VAS trước điều trị trung bình là $7,9 \pm 1,2$ điểm [6]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu về điểm số đau được lý giải bởi đây là thang điểm để người bệnh tự đánh giá, do đó nó phụ thuộc khá nhiều vào cảm nhận chủ quan của chính người bệnh.

Siêu âm vùng cổ tay trong xác định bệnh VBG De Quervain được thực hiện với hai mặt cắt ở vùng móm trâm quay, mặt cắt dọc cho xác định được chiều dày bao gân, mặt cắt ngang cho biết kích thước gân dạng dài và gân duỗi ngắn,

tình trạng VBG, dịch quanh gân, vôi hóa gân hoặc đứt gân. Nghiên cứu này cho thấy tất cả các bệnh nhân VBG De Quervain đều có dấu hiệu tăng kích thước của gân dạng dài và duỗi ngắn, và hầu hết các trường hợp hồi âm của gân giảm (chiếm 98,1%). Nguyễn Đình Hiến (2010) cho thấy chiều dày của gân dạng dài và gân duỗi ngắn, chiều dày của bao gân đều tăng [4]. Có đến 49/53 bao gân bị viêm (chiếm 92,5 %) thấy hình ảnh dày bao gân trên siêu âm và 71,7% trên siêu âm vùng cổ tay có hình ảnh tụ dịch bao gân. Tỷ lệ tụ dịch quanh gân trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Hiến chiếm tới 94,7% [4]. Tuy có sự khác biệt giữa các nghiên cứu nhưng các nghiên cứu đều cho thấy bệnh nhân bị VBG De Quervain có tụ dịch quanh gân rất cao. Cũng như nghiên cứu của Nguyễn Đình Hiến, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị đứt gân hay vôi hóa bao gân [4]. Siêu âm Doppler màu và siêu âm Doppler năng lượng là kỹ thuật xác định xem vùng tổn thương có tăng tưới máu hay không. Nghiên cứu này cho thấy siêu âm Doppler năng lượng có độ nhạy cao hơn so với Doppler màu trong việc xác định tình trạng tăng tưới máu bao gân ở những người bệnh bị VBG De Quervain (tương ứng 73,6% và 50,9%). Tác giả A Volpe (2010) ghi nhận có 57,6% có hình ảnh tăng tưới máu trên siêu âm Doppler [7].

Về kết quả điều trị, có 85,7% các trường hợp khỏi sau điều trị, số còn lại có cải thiện. Không có trường hợp nào đau tăng hoặc không cải thiện sau điều trị. Kết quả này trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Hiến cho thấy có 93,4% bệnh nhân thông báo có sự cải thiện rất tốt triệu chứng đau và vận động ngón cái [4]. Trong số những trường hợp được điều trị bằng thủ thuật tiêm corticoid vào bao gân, tất cả những bệnh nhân nam khỏi đau hoàn toàn chỉ sau tiêm bao gân một mũi duy nhất. Ở nhóm bệnh nhân nữ, không có trường hợp nào là không cải thiện sau tiêm, 85,7% khỏi đau hoàn toàn sau tiêm một mũi.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường gặp ở người bệnh VBG De Quervain là đau vùng cổ tay hoặc ngón tay cái, nghiệm pháp Finkelstein dương tính. Siêu âm là phương pháp thăm khám hình ảnh không nhiễm xạ, ít chi phí cho phép xác định chính xác tình trạng viêm của gân, bao gân dạng dài và duỗi ngắn ngón tay cái. Siêu âm Doppler màu và Doppler năng lượng có độ nhạy cao trong việc xác định tình trạng tăng tưới máu của bao gân. Đồng thời, siêu âm còn là phương tiện giúp hướng dẫn tiến hành thủ thuật tiêm bao gân nhằm điều trị hiệu quả bệnh lý thường gặp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ilyas, A.M., et al., De quervain tenosynovitis of the wrist. 2007. 15(12): p. 757-764.
2. Giovagnorio, F., C. Andreoli, and M.L.J.J.o.u.i.m. De Cicco, Ultrasonographic evaluation of de Quervain disease. 1997. 16(10): p. 685-689.
3. Ashurst, J.V., D.A. Turco, and B.E.J.J.o.O.M. Lieb, Tenosynovitis caused by texting: an emerging disease. 2010. 110(5): p. 294-296.
4. Nguyễn, Đ.H., Nghiên cứu giá trị của siêu âm trong chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng De Quervain. 2010.
5. Kamel, M., et al., Ultrasonographic diagnosis of de Quervain's tenosynovitis. 2002. 61(11): p. 1034-1035.
6. Jirattanaphochai, K., et al., Treatment of de Quervain disease with triamcinolone injection with or without nimesulide: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. 2004. 86(12): p. 2700-2706.
7. Volpe, A., et al., Ultrasound differentiation of two types of de Quervain's disease: the role of retinaculum. 2010. 69(5): p. 938-939.

KẾT QUẢ SỬ DỤNG PROPOFOL TRONG GÂY MÊ TỈNH MẠCH NỘI SOI ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thị Minh Thu¹, Vũ Thị Hân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả sử dụng propofol trong gây mê tĩnh mạch (GMTM) nội soi đường tiêu hóa (NS ĐTH) tại bệnh viện trường đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương (BV trường ĐH KTYTHD) từ 8/2023 đến 8/2024. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 471 bệnh nhân (BN) được GMTM propofol NS ĐTH. Điều kiện nội soi dạ dày (NS DD) là test Sedation-agitation (SA) "0" hoặc "1". Điều kiện nội soi đại tràng (NS ĐT) là mất tri giác. Đánh giá liều lượng propofol, thời gian NS, sự biến thiên các chỉ số sinh tồn, các tác dụng không mong muốn, sự hài lòng của BN... **Kết quả:** Tác dụng của propofol trong GMTM NS ĐTH: tổng liều propofol sử dụng trong GMTM NS đồng thời dạ dày-đại tràng (DD-ĐT) ($226,63 \pm 49,18$ mg) nhỏ hơn khi soi hoặc dạ dày (DD) hoặc đại tràng (ĐT) ($328,72 \pm 49,39$ mg), với $p < 0,05$; liều propofol khởi mê NS DD ($142,07 \pm 28,56$ mg) cao hơn liều khởi mê NS ĐT ($117,45 \pm 22,09$ mg), với $p < 0,05$; thời gian hồi tỉnh NS ĐT ($2,18 \pm 2,13$ phút) và NS DD-ĐT ($2,94 \pm 3,01$ phút) ngắn hơn NS DD ($4,91 \pm 2,59$ phút), với $p < 0,05$; sự biến thiên về các chỉ số huyết áp, tần số tim, độ ẩm da, nước mắt (blood pressure, heart rate, sweating, tears - PRST), SpO₂ đều trong giới hạn bình thường; Khả năng thực hiện thủ thuật thuận lợi và rất thuận lợi là 94,9; bình thường 4,9%; không thuận lợi 0,2%; rất không thuận lợi 0%. Tác dụng không mong muốn trong GMTM NS ĐTH: không phản vệ hoặc sốt; có 14,6% BN đau tại chỗ tiêm theo trình tự vị trí mu tay, vị trí cổ tay, ít gặp ở vị trí khuỷu tay; chóng mặt (24,2%), cựa mình (23,8%), ho (10,2%), rướn (7,6%), nhịp tim >100 lần/phút (7,2%); tăng tiết (5,9%), HATB giảm trên 30% (5,3%), SpO₂ giảm

dưới 90% (4,5%); nấc (1,9%), ngáy (1,7%), HA hiệu số dưới 20mmHg (1,5%), ảo giác (1,3%), nhịp tim dưới 50 lần/phút (0,9%), HATB tăng trên 30% (0,6%), buồn nôn (0,4%), co thắt phế quản (0,2%), không gặp co thắt thanh quản. **Kết luận:** Phương pháp GMTM propofol NS ĐTH là thủ thuật an toàn, thuận lợi, tỉnh nhanh, ít tác dụng không mong muốn và tiết kiệm nếu bệnh nhân được soi đồng thời DD-ĐT.

Từ khóa: gây mê tĩnh mạch, propofol, nội soi đường tiêu hóa, nội soi dạ dày, nội soi đại tràng.

SUMMARY

RESULTS OF PROPOFOL USE IN INTRAVENOUS ANESTHESIA FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY AT HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the results of propofol use in intravenous anesthesia (IVA) for gastrointestinal (GI) endoscopy at Hai Duong Medical Technical University Hospital from August 2023 to August 2024. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 471 patients undergoing propofol-based IVA for GI endoscopy. The requirement for gastroscopy was a sedation score (SA test) of "0" or "1". For colonoscopy, the requirement was complete loss of consciousness. The study evaluated propofol dosage, endoscopy duration, variations in vital signs, adverse events, and patient satisfaction. **Results:** The total dose of propofol used in combined gastroscopy-colonoscopy (226.63 ± 49.18 mg) was significantly lower than that used for either gastroscopy or colonoscopy alone (328.72 ± 49.39 mg), $p < 0.05$. The induction dose for gastroscopy (142.07 ± 28.56 mg) was significantly higher than for colonoscopy (117.45 ± 22.09 mg), $p < 0.05$. Recovery times for colonoscopy (2.18 ± 2.13 minutes) and combined gastroscopy-colonoscopy (2.94 ± 3.01 minutes) were significantly shorter than for gastroscopy alone (4.91 ± 2.59 minutes), $p < 0.05$. Changes in PRST scores, heart rate, systolic blood pressure, and SpO₂

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Thu

Email: thuntm@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025