

- diagnosis: case studies. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2010;6:473-481.
3. **Jones R, Yates WR, Williams S, Zhou M, Hardman L.** Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord.* 1999;55(1):55-61. doi:10.1016/s0165-0327(98)00202-x
 4. **Strain JJ, Diefenbacher A.** The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry.* 2008;49(2):121-130. doi:10.1016/j.comppsy.2007.10.002
 5. **Nguyễn Hoàng Yến.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn sự thích ứng ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần. Published online 2015.
 6. **Nguyễn Thị Phương Loan.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của trầm cảm có loạn thần ở người cao tuổi. Published online 2013.
 7. **Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Lash TL.** The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clin Epidemiol.* 2010;2:23-28.
 8. **Kovács I, Vargha A, Ali I, Bódizs R.** [Dream quality, trauma and suicide in in adjustment disorder]. *Psychiatr Hung Magy Pszichiatrai Tarsasag Tudomanyos Folyoirata.* 2010;25(1):62-73.

HỆP PHÌ ĐẠI CƠ MÔN VỊ Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG: BÁO CÁO CA BỆNH

Trần Anh Quỳnh*, Lê Quang Dur*, Bùi Văn Lâm*,
Lê Hoàng Long*, Nguyễn Thị Minh Huyền*

TÓM TẮT

Hẹp phì đại cơ môn vị là một bệnh xảy ra ở tuần thứ hai sau sinh, không rõ nguyên nhân, bao gồm hẹp môn vị do phì đại cơ đồng tâm, gây tắc nghẽn đường ra dạ dày kèm theo nôn nhiều dần dần đến suy dinh dưỡng, mất nước, và rối loạn chuyển hóa nghiêm trọng. Hẹp phì đại cơ môn vị cực kỳ hiếm ở trẻ sơ sinh non tháng và hiếm khi được báo cáo trong y văn. Báo cáo này là của một trẻ sơ sinh non tháng, cân nặng lúc sinh thấp bị hẹp phì đại cơ môn vị. Bệnh nhân xuất hiện nôn ra sữa lúc 4 ngày tuổi, chướng bụng vùng thượng vị và có bóng dạ dày giãn trên phim X quang bụng. Trẻ được điều trị theo hướng trào ngược dạ dày thực quản nhưng bệnh không có tiến triển, trẻ vẫn nôn dịch sữa. Chụp lưu thông dạ dày-ruột chỉ thấy dạ dày giãn to. Siêu âm lại ổ bụng vào ngày thứ 10 thấy cơ môn vị bằng phẫu thuật mở. diễn biến sau mổ bệnh nhân tốt lên không nôn ra sữa. xuất viện sau 1 tuần.

SUMMARY

HYPERTROPHIC PYLORIC STENOSIS IN A PRETERM NEWBORN: A CASE REPORT

Hypertrophic pyloric stenosis is a disease that occurs in the second week of life, of unknown origin, which consists of the narrowing of the pylorus due to concentric muscular hypertrophy, causing gastric outlet obstruction with progressive vomiting that leads to malnutrition, dehydration, and serious metabolic disorders. Hypertrophic pyloric stenosis is exceedingly rare in newborns and is rarely reported in the literature. This report is of a premature newborn, low birth weight with hypertrophic pyloric stenosis. The

patient presented with vomiting milk at 4 days of age, epigastric distension and dilated gastric shadow on the abdominal radiograph. The child was treated in the direction of gastroesophageal reflux but the disease did not progress, the child still vomited milk fluid. Gastrointestinal circulation with contrast showed only dilated stomach. Re-ultrasound on day 10 showed thickened pylorus. The patient underwent pyloromyotomy with open surgery. Postoperative progress, the patient improved without vomiting milk, discharged after 1 week.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp môn vị phì đại là một bệnh có biểu hiện lâm sàng rõ ràng, có tỷ lệ mắc bệnh từ 1,5 đến 4,0 trên 1000 ca sinh sống ở trẻ sơ sinh da trắng. Hẹp môn vị phì đại ít phổ biến hơn ở trẻ em người Mỹ gốc Phi và người Châu Á [1].

Mặc dù vẫn còn tranh cãi về căn nguyên, nhưng độ tuổi biểu hiện điển hình là ở tuần thứ hai đến tuần thứ tư của cuộc đời. Hẹp phì đại cơ môn vị cực kỳ hiếm ở trẻ sơ sinh và hiếm khi được báo cáo trong y văn [2]. Trẻ sơ sinh bị hẹp môn vị thường có biểu hiện như nôn không thành từng đợt, có thể tiến triển đến mất nước, sụt cân tiến triển và nhiễm kiềm chuyển hóa giảm clo huyết và hạ kali huyết. Chính vì thế ở trẻ sơ sinh non tháng thường dễ nhầm lẫn chẩn đoán với các bệnh lý nội khoa như co thắt môn vị, trào ngược dạ dày – thực quản. Hẹp phì đại cơ môn vị được điều trị bằng phẫu thuật mở cơ môn vị với tiên lượng tốt [1]. Trong báo cáo này chúng tôi trình bày một ca bệnh ở trẻ sơ sinh non tháng cân nặng thấp được điều trị theo hướng trào ngược dạ dày thực quản, sau phát hiện bệnh lý hẹp phì đại cơ môn vị và được phẫu thuật mổ mở cơ môn vị khi trẻ 10 ngày tuổi.

*Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Quỳnh

Email: tranquynh.nhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2021

Ngày duyệt bài: 25.11.2021

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Trẻ nam sơ sinh non tháng, mẹ lớn tuổi (35 tuổi), đã 2 lần sinh non, khi mang thai mẹ không sử dụng thuốc gì đặc biệt, đẻ mổ vào tuần thai thứ 32, cân nặng khi sinh 1.3kg. Sau đẻ, phát hiện suy hô hấp, được điều trị suy hô hấp trong 3 ngày, trẻ được sử dụng kháng sinh thế hệ 3 phổ rộng, truyền dịch nuôi dưỡng. Trẻ được cho ăn sữa mẹ vào ngày thứ 4 sau đẻ. Tuy nhiên, trẻ nôn liên tục dịch sữa và cặn sữa, chướng bụng vùng thượng vị, đã được đặt xông dạ dày và chụp X-Quang bụng không chuẩn bị thấy bóng hơi dạ dày vẫn giãn to, siêu âm ổ bụng vào ngày thứ 6 với kết quả dạ dày giãn, không đánh giá được cơ môn vị. Trẻ được điều trị theo hướng trào ngược dạ dày-thực quản nhưng bệnh không có tiến triển, trẻ vẫn nôn dịch sữa và cặn sữa.



Hình 1: Dạ dày giãn to



Hình 2: Hình ảnh siêu âm cơ môn vị dày



Hình 3: Mở cơ môn vị ngoài niêm mạc

Trẻ được chụp lưu thông dạ dày-ruột thấy dạ dày giãn to (hình 1). Siêu âm lại ổ bụng vào ngày thứ 10, kích thước cơ môn vị dày 5mm trên đoạn dài 8mm (hình 2). Trẻ được chẩn đoán hẹp phì đại cơ môn vị. Trẻ được phẫu thuật mở cơ môn vị ngoài niêm mạc theo kỹ thuật Ramstedt theo đường trắng giữa trên rốn (hình 3), trong mổ đánh giá cơ môn vị hình quả lê, dày 5mm, dài 10mm. Sau mổ, trẻ được cho ăn vào ngày thứ 3 và ra viện sau 1 tuần. Khám lại sau 1

tháng, 3 tháng thấy trẻ ăn tốt, lên cân, không còn nôn.

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù hẹp phì đại cơ môn vị ở trẻ sơ sinh non cân non tháng là cực kỳ hiếm, nhưng cũng đã có những báo cáo đơn lẻ. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất được báo cáo là một thai nhi 7 tháng tuổi phát hiện hẹp phì đại cơ môn vị khi khám nghiệm tử thi. Như Zenn và Redo đã nêu, chỉ có 5% trong số các bệnh nhân hẹp phì đại cơ môn vị có các triệu chứng khi mới sinh [3]. Mặc dù có triệu chứng nhưng rất ít các trường hợp được tiến hành phẫu thuật trong những tuần đầu sau sinh. Điều này có thể liên quan đến sự hiếm hoi các triệu chứng lâm sàng và thiếu các tiêu chuẩn chẩn đoán. Do đó cần có các dấu hiệu và chỉ số trên siêu âm nghi ngờ để chẩn đoán hẹp phì đại cơ môn vị ở tuổi sơ sinh, đặc biệt là trẻ non cân non tháng.

Triệu chứng lâm sàng phổ biến ở trẻ mắc hẹp phì đại cơ môn vị thường có giai đoạn khoảng 3 tuần trở lên không có triệu chứng, gọi là khoảng trống, sau đó triệu chứng thường gặp nhất là nôn (99.7%), chủ yếu là nôn ra cặn sữa, khám thấy khối cơ môn vị (48%), không tăng cân (46%), mất nước (32%), rối loạn điện giải gặp ở 67% bệnh nhân [2]. Chẩn đoán có thể dựa vào triệu chứng lâm sàng, nhưng hiện nay chủ yếu dựa vào hình ảnh cơ môn vị trên siêu âm với độ dày cơ môn vị $\geq 4\text{mm}$ và chiều dài $\geq 16\text{mm}$ [5]. Forster và cộng sự nghiên cứu trên 187 bệnh nhân và khuyến cáo áp dụng tiêu chuẩn độ dày cơ môn vị $\geq 3\text{mm}$ trên đoạn dài $\geq 17\text{mm}$ cho mọi lứa tuổi. Marie và cộng sự nghiên cứu 287 bệnh nhân đưa ra khuyến cáo bộ ba chẩn đoán bao gồm: độ dày cơ môn vị $\geq 2.5\text{mm}$, chiều dài $\geq 14\text{mm}$ và có tắc nghẽn đường ra dạ dày [6].

Mặc dù các yếu tố sinh học trong quá trình phì đại cơ môn vị thường xảy ra ở trẻ đủ tháng từ tuần thứ 3 trở đi, bệnh nhân của chúng tôi chứng tỏ rất hiếm khi gặp hẹp phì đại cơ môn vị ở lứa tuổi sơ sinh non cân. Việc điều trị nội khoa không cải thiện khiến chúng tôi cần tìm thêm các nguyên nhân bệnh lý ngoại khoa. Trong lần siêu âm đầu tiên chúng tôi không đánh giá được kích thước của cơ môn vị, lý do giải thích cho việc này là khi đó chúng tôi chưa nghĩ tới chẩn đoán hẹp phì đại cơ môn vị. Với lần thứ 2 siêu âm chúng tôi đã chú ý đánh giá cơ môn vị và thấy kích thước cơ môn vị dày 5mm, dài 8mm. Cho đến nay không có báo cáo đầy đủ về chỉ số cơ môn vị đánh giá trên siêu âm cho trẻ sơ sinh non cân. Mặt khác mỗi lo ngại về kết quả âm tính giả

trên siêu âm cũng được Keckler và các cộng sự lo ngại [7]. Việc thiết lập các tiêu chí chẩn đoán hẹp phì đại cơ môn vị ở trẻ sơ sinh non cân cần có số lượng bệnh nhân nhiều hơn. Trẻ sơ sinh non cân với các đặc điểm lâm sàng tắc nghẽn dạ dày, dạ dày giãn lặp lại trên các phim X-Quang cần nghi ngờ đến bệnh lý hiếm gặp này. Khi có các dấu hiệu ủng hộ trên siêu âm, việc phẫu thuật được đặt ra ngay thời điểm đó chứ không nên trì hoãn mặc dù các thông số cơ môn vị có thể thay đổi đối với trẻ non cân.

Phẫu thuật mở cơ môn vị vẫn là điều trị tiêu chuẩn cho hẹp phì đại cơ môn vị, tùy từng case bệnh cũng như tùy điều kiện từng nơi mà có thể làm nội soi hoặc mổ mở [4]. Trường hợp của chúng tôi bệnh nhân non tháng, nhẹ cân nên chúng tôi chọn phương án mổ mở, không gặp biến chứng trong và sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Hẹp phì đại cơ môn vị có thể gặp ở trẻ non tháng, nhẹ cân trong lứa tuổi sơ sinh ngay cả khi triệu chứng lâm sàng không điển hình như đã nêu trong y văn. Điều này có thể sẽ làm chậm quá trình chẩn đoán và điều trị khiến tăng thời gian nằm viện, dễ gặp biến chứng như mất nước, rối loạn điện giải, không tăng cân. Do đó việc xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán riêng cho nhóm

bệnh này bao gồm triệu chứng lâm sàng, siêu âm ổ bụng và chụp lưu thông ruột để có chiến lược điều trị cụ thể, tránh các biến chứng là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mitchell L.E., Risch N. (1993) The genetics of infantile hypertrophic pyloric stenosis. A reanalysis. *Am J Dis Child*;147:1203-11
2. Taylor N.D., Cass D.T., and Holland A.J.A. (2013). Infantile hypertrophic pyloric stenosis: has anything changed?. *J Paediatr Child Health*, 49(1), 33–37.
3. Zenn M.R. and Frank Redo S. (1993). Hypertrophic pyloric stenosis in the newborn. *Journal of Pediatric Surgery*, 28(12), 1577–1578.
4. Chan S.M., Chan E.K.W., Chu W.C.W., et al. (2011). Hypertrophic pyloric stenosis in a newborn: a diagnostic dilemma. *Hong Kong Med J*, 17(3), 245–247.
5. Calle-Toro J.S., Kaplan S.L., and Andronikou S. (2020). Are we performing ultrasound measurements of the wall thickness in hypertrophic pyloric stenosis studies the same way?. *Pediatr Surg Int*, 36(3), 399–405.
6. Demian M., Nguyen S., and Emil S. (2009). Early pyloric stenosis: a case control study. *Pediatr Surg Int*, 25(12), 1053–1057.
7. Keckler S.J., Ostlie D.J., Holcomb Iii G.W., et al. (2008). The progressive development of pyloric stenosis: a role for repeat ultrasound. *Eur J Pediatr Surg*, 18(3), 168–170.

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ MỘT SỐ CYTOKINE TRONG HUYẾT TƯƠNG CỦA BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG GHÉP TẾ BÀO GỐC TRUNG MÔ ĐỒNG LOÀI TỪ MÔ DÂY RỖN

Lê Thị Bích Phượng¹, Đỗ Quyết², Lê Văn Đông³,
Cần Văn Mão⁴, Nguyễn Linh Toàn⁴, Nguyễn Việt Nhung⁵,
Đông Khắc Hưng², Đỗ Minh Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nồng độ và đánh giá sự thay đổi nồng độ một số cytokine trong huyết tương của bệnh nhân (BN) bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

¹Bệnh viện Đa khoa Vạn Hạnh

²Viện Nghiên cứu Y Dược học Quân sự, Học viện Quân y

³Viện Y học Dự phòng Quân đội

⁴Học viện Quân y

⁵Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Bích Phượng

Email: drbphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2021

Ngày duyệt bài: 18.11.2021

(BPTNMT) được ghép bằng tế bào gốc trung mô (TBGTM) đồng loài từ mô dây rốn và huyết tương giàu tiểu cầu. **Đối tượng và phương pháp:** Các mẫu huyết tương của 10 bệnh nhân BPTNMT được điều trị bằng phương pháp nội khoa và 18 BN được ghép bằng tế bào gốc trung mô (TBGTM) đồng loài từ mô dây rốn và huyết tương giàu tiểu cầu, được thu nhận tại Bệnh viện Phổi Trung ương và Bệnh viện đa khoa Vạn Hạnh ở các thời điểm trước khi ghép tế bào gốc (0) và sau 1, 3, 7 và 12 tháng ghép tế bào gốc và được xét nghiệm định lượng nồng độ các cytokine IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10, IFN- γ , TNF- α và VEGF trong huyết tương bằng phương pháp ELISA. **Kết quả:** Nồng độ cytokine trước khi điều trị của nhóm chứng cao hơn nhưng không đáng kể so với nhóm điều trị ($p > 0,05$), trừ TNF- α ($p < 0,05$). Sau khi điều trị, ở