

trong CGDS (biểu đồ 2) cho thấy 62,5% trường hợp là bệnh lý của đường hô hấp trên, 20% bệnh lý của đường hô hấp dưới như viêm tiểu phế quản, viêm phế quản cấp và viêm phổi; 12,5% bệnh lý ở đường tiêu hóa như: ỉa chảy cấp, hội chứng lỵ cấp, viêm dạ dày ruột cấp... Còn bệnh lý ở các cơ quan khác chúng tôi rất ít gặp là viêm đường tiết niệu, viêm da, viêm khớp... Kết quả của chúng tôi phù hợp với hầu hết nghiên cứu của các tác giả nước ngoài và trong nước [6],[8]. Cao Xuân Đỉnh (2007) 86,59% bệnh lý ở đường hô hấp trên và tai mũi họng [1] Nguyễn Thị Thu 76% trường hợp là bệnh lý nhiễm trùng hô hấp [2]. Theo tác giả Aslan (2021) tỉ lệ CGDS do nhiễm trùng hô hấp chiếm 56,2%, do nhiễm trùng đường tiêu hóa chiếm 21,9% [3].

V. KẾT LUẬN

Cơ giết do sốt chủ yếu xảy ra ở trẻ 6-36 tháng đa số là cơn giết đơn thuần, nguy cơ cao xuất hiện cơn giết khi thân nhiệt trẻ ở mức trên 39°C, nhiễm trùng đường hô hấp trên, tình trạng nặng lúc sinh là yếu tố nguy cơ gây cơ giết do sốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Xuân Đỉnh, (2007). Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả dự phòng cơ giết do sốt ở trẻ em, Luận văn Bác Sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Thu, (2013). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của cơ giết do sốt và hình ảnh điện não đồ của cơ giết do sốt tái phát ở trẻ em, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Aslan MA (2021). Evaluation of Patients Presenting With First Febrile Seizure. Cureus, 13(7), e16151.
4. Heydarian F., Bakhtiari E., Yousefi S (2018). The first febrile seizure: An updated study for clinical risk factors. Iranian Journal of Pediatrics, 28(6).
5. Husodo F.A., Radhiah S (2021). Risk Factors for Febrile Seizures in Children Aged 6 – 59 Months in Surabaya, East Java. Althea Medical Journal, 8(3), 144–148.
6. Jain S. và Santhosh A. (2021). Febrile Seizures: Evidence for Evolution of an Operational Strategy from an Armed Forces Referral Hospital. Pediatric Health Med Ther, 12, 151–159.
7. Mikati MA, Tchapyjnikov D. Febrile Seizures. In: Kliegman RM, Geme JWS, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, editors. Nelson Text Book of Pediatrics. 21. Elsevier Inc; 2020. pp. 3092–4.
8. Pokhrel R.P., Bhurtel R., Malla K.K. (2021). Study of Febrile Seizure among Hospitalized Children of a Tertiary Centre of Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. JNMA J Nepal Med Assoc, 59(238), 526–530.

KẾT QUẢ SỚM SAU ĐIỀU TRỊ U XƠ TUYẾN VÚ BẰNG THIẾT BỊ SINH THIẾT CÓ HỖ TRỢ HÚT CHÂN KHÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

Nguyễn Duy Trinh¹, Nguyễn Thị Hoa², Nguyễn Thị Ngọc Minh³,
Luu Hồng Nhung³, Lại Thu Hương³, Nguyễn Thanh Thủy³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm sau điều trị hút bỏ u xơ tuyến vú bằng thiết bị sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn của siêu âm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu gồm 121 bệnh nhân với 163 tổn thương được thực hiện tại Trung tâm điện quang – Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2018 đến 8/2021. **Kết quả:** Sau thủ thuật 99.4% các u xơ tuyến vú được lấy bỏ hoàn toàn. Các biến chứng hay gặp nhất là đau chiếm 94.5%, mức độ đau vừa và nhẹ, biến chứng máu tụ chiếm 87.1% số ca. Có mối tương quan tuyến tính thuận giữa kích thước máu tụ với kích thước u, số mảnh cắt và thời

gian hút. Trong nghiên cứu, các u có kích thước > 25mm có nguy cơ tăng kích thước máu tụ > 15mm gấp 3.2 lần các u < 25mm, các u giàu mạch có nguy cơ tăng kích thước máu tụ > 15mm gấp 5.8 lần u không giàu mạch, các u xơ cách da ≤ 2mm có nguy cơ bám dính gấp 3.4 lần các u có khoảng cách da > 2mm, các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0.05. **Kết luận:** Điều trị loại bỏ u xơ tuyến vú bằng thiết bị sinh thiết có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp an toàn, hiệu quả và có tính thẩm mỹ cao. Kết quả sớm theo dõi sau thủ thuật cho thấy hầu hết các u xơ được hút bỏ hoàn toàn, rất ít biến chứng.

Từ khóa: u xơ tuyến vú, thiết bị sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm, VABBD

Các chữ viết tắt: VABB: sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không, FA: fibroadenoma (u xơ tuyến vú)

SUMMARY

EARLY RESULTS AFTER EXCISION OF BREAST FIBROADENOMA BY ULTRASOUND-GUIDED VACUUM ASSISTED BIOPSY DEVICE

Aim: To evaluate early results after excision of

¹Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa

Email: drhoa.radiology@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2022

Ngày duyệt bài: 10.3.2022

breast fibroadenoma by ultrasound-guided vacuum assisted breast biopsy device. **Subjects and methods:** This is a prospective and retrospective study of 121 patients with 163 breast fibroadenomas at the Radiology Center - Bach Mai Hospital from August 2018 to August 2021. **Results:** After the procedure, 99.4% of the fibroadenomas were completely removed. The most common complications were pain (accounting for 94.5%, moderate and mild pain) and hematoma (accounted for 87.1% of cases). There was a positive linear correlation between hematoma size and tumor size, number of fragments and aspiration time. In the study, tumors with size > 25mm had a risk of increasing hematoma size > 15mm 3.2 times higher than those < 25mm, rich vascular FA on Doppler mode had a risk of increasing hematoma size > 15mm, 5.8 times higher than non-vascular FA, the distance from the skin to FA \leq 2mm had 3.4 times more risk of bruising than those with that distance > 2mm, these differences are statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** Exision of fibroadenomas by ultrasound-guided vacuum-assisted biopsy is a safe, effective and highly aesthetic method. The results of early follow-up after the procedure showed that most of fibroadenomas were completely removed, with very few complications.

Keywords: fibroadenoma, ultrasound-guided vacuum assisted breast biopsy device, VABBD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tuyến vú là u lành tính phổ biến nhất ở nữ giới, thường gặp ở độ tuổi từ 20 – 40 tuổi. U có nguồn gốc trung biểu mô và có thể phát triển một hoặc nhiều u ở cả hai bên vú. Khoảng 15% u tự thoái triển, chỉ 5 đến 10% u tiến triển, tỷ lệ chuyển dạng ác tính cực kỳ hiếm¹. Kích thước u thay đổi, thường từ 1 – 3 cm hoặc lớn hơn nên bệnh nhân thường sờ thấy u. Phần lớn các trường hợp u xơ tuyến vú không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ do đó bệnh nhân thường được tư vấn theo dõi định kỳ bằng hình ảnh mỗi 6 tháng cho đến 35 tuổi. Tuy nhiên nhiều trường hợp bệnh nhân cảm thấy đau hoặc u tiến triển tăng kích thước nhanh, ảnh hưởng thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống đòi hỏi cần phẫu thuật cắt bỏ, vì vậy phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu ra đời đã trở thành một xu thế mới của điều trị u xơ tuyến vú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. 121 bệnh nhân với 163 tổn thương được điều trị hút bỏ u xơ tuyến vú bằng thiết bị sinh thiết có hỗ trợ chân không (VABBD)

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: có đủ các tiêu chuẩn:

- có chỉ định loại bỏ u xơ tuyến vú bằng phương pháp VABB dưới siêu âm
- có kết quả giải phẫu bệnh sau hút là u xơ

tuyến vú

- có đầy đủ thông tin và hồ sơ bệnh án.
- đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: loại trừ các bệnh nhân không đủ tất cả các tiêu chuẩn trên.

2. Địa điểm và thời gian: Trung tâm điện quang, Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2018 đến 8/2021.

3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang tiến cứu và hồi cứu

Các BN được theo dõi bằng siêu âm ngay sau hút, sau hút 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, đánh giá hình ảnh tuyến vú sau hút và mối tương xứng với giải phẫu bệnh.

4. Phương tiện nghiên cứu: máy siêu âm ALOKA ARIETTA với đầu dò Linear 9 MHz và máy hút chân không Bard và Bexcore, sử dụng kim sinh thiết vú Bard (cỡ kim 7G hoặc 10G) hoặc Bexcore (8G hoặc 10G).

5. Phân tích số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 121 bệnh nhân nữ với 163 tổn thương. Tuổi trung bình là 32 ± 10 (17– 65 tuổi), độ tuổi hay gặp nhất từ 20 – 40 tuổi (77.7%).

Tỉ lệ u xơ vú phải nhiều hơn vú trái, chiếm 55.8%, hay gặp nhất ở vị trí góc ¼ trên ngoài (43.6%), có 1 (0.6%) trường hợp u dưới núm vú. Phần lớn tổn thương trước khi hút được phân loại BIRADS 3 với 92.6%, 6.7% BIRADS 4A và 0.6% BIRADS 4B.

Kích thước trung bình (Đường kính lớn nhất) của các u là 19.2 ± 8.7 mm (từ 6 – 50 mm). 9.8% u giàu mạch, 90.2% u không giàu mạch trên siêu âm Doppler.

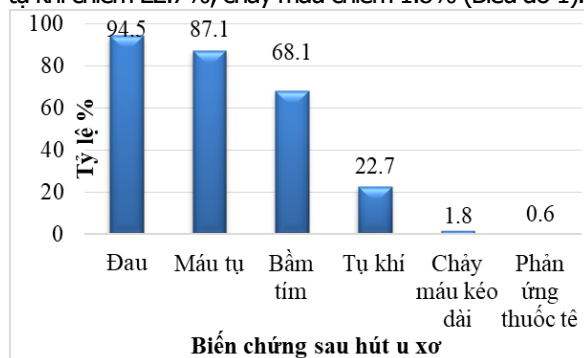
Khoảng cách từ u đến núm vú trung bình là 21 ± 12.3 mm (0 – 60 mm), khoảng cách đến da trung bình là 5.3 ± 2.7 mm (1.9 – 15 mm), khoảng cách đến cơ ngực trung bình là 2 ± 2.4 mm (0 – 11mm). 3/163 (1.8%) trường hợp được hút bằng các kim cỡ 7G với kích thước trung bình 29.7mm (27 – 33mm), 21/163 (12.9%) trường hợp dùng kim 8G với kích thước trung bình 27.7mm (8 – 50mm), 139/163 (85.3%) trường hợp dùng kim 10G với kích thước trung bình 17.7 mm (6 – 47mm).

Thời gian hút trung bình là 20 phút (2 – 120 phút), số mảnh bệnh phẩm trung bình là 49 (3 – 480 mảnh). Lượng thuốc tê Lignospan trung bình là 7ml (2-12ml) (chỉ có số liệu của 44 trường hợp).

Phần lớn các trường hợp hút 1 u/lần, trong đó có trường hợp nhiều nhất là 6 u/lần.

2. Kết quả sớm sau điều trị hút bỏ u xơ tuyến vú. Ngay sau sinh thiết 99.4% các trường hợp lấy hết u hoàn toàn, chỉ có 1 trường hợp không lấy hết do u nằm sát da và núm vú, có nguy cơ chảy máu sau thủ thuật (chiếm 0.6%).

Biến chứng hay gặp nhất sau thủ thuật là đau với 94.5%, biến chứng hay gặp thứ hai là máu tụ chiếm 87.1%, biến chứng bầm tím chiếm 68.1%, tụ khí chiếm 22.7%, chảy máu chiếm 1.8% (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Các biến chứng sau hút u xơ tuyến vú

Đau là biến chứng hay gặp nhất, trong đó mức độ đau nhiều nhất là độ 4, gặp trong thủ thuật với 3.1% và sau thủ thuật 1 ngày với 5.5%. Trong thủ thuật hầu như bệnh nhân

không đau nhiều do còn tác dụng của thuốc tê.

Bảng 1. Kích thước máu tụ sau hút theo thời gian

Đặc điểm	Ngay sau hút (1)(n = 163)	Sau 1 ngày (2)(n = 127)	Sau 1 tuần (3)(n = 78)	Sau 1 tháng (4)(n = 120)	p
Kích thước u	0.9	15.1	14.5	6.3	p12 = 0.000 p23 = 0.001 p34 = 0.000
Độ lệch chuẩn	4	12.3	10.7	6.9	
Min	0	0	0	0	
Max	25	65	60	41	

Các u có kích thước > 25 mm có kích thước máu tụ trung bình 22.7 ± 17 mm, các khối ≤ 25 mm có kích thước máu tụ 13.4 ± 10.4 mm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.001$

Có mối tương quan giữa kích thước u, thể tích, số mảnh cắt, thời gian hút với kích thước máu tụ, có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

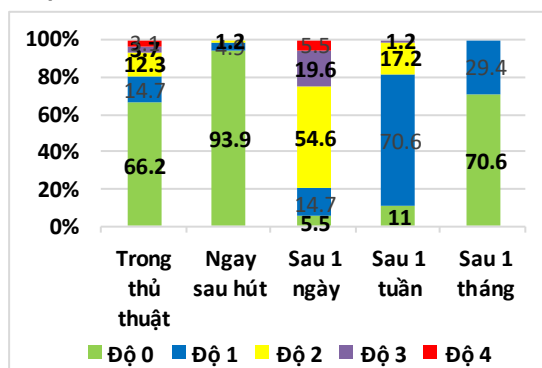
Các u có kích thước > 25mm có nguy cơ tăng kích thước máu tụ > 15mm gấp 3.2 lần các u < 25mm ($p = 0.02$). Các u giàu mạch có nguy cơ tăng kích thước máu tụ > 15mm gấp 5.8 lần u không giàu mạch ($p = 0.01$).

Các u xơ cách da ≤ 2 mm có nguy cơ bầm tím gấp 3.4 lần các u có khoảng cách da > 2mm ($p = 0.04$).

IV. BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 121 bệnh nhân

Sau đó mức độ đau giảm dần theo thời gian theo sự hình thành và thoái triển của máu tụ (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 2. Mức độ đau trong và sau thủ thuật

Biến chứng hay gặp thứ 2 là máu tụ. Đây là biến chứng có thể theo dõi và đánh giá được bằng siêu âm. Hầu hết các bệnh nhân được kiểm tra bằng siêu âm ngay sau hút. Sau 1 ngày có 127 ca, sau 1 tuần có 78 ca và sau 1 tháng có 120 ca bệnh được kiểm tra bằng siêu âm.

Kích thước trung bình của máu tụ lớn nhất sau hút 1 ngày là 15.1 ± 12.3 mm, giảm dần sau hút 1 tuần và 1 tháng (Bảng 1).

nữ với 163 tổn thương. Tuổi trung bình là 32 ± 10 (17– 65 tuổi). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Quang Khánh và cộng sự năm 2018². Độ tuổi hay gặp nhất từ 20 – 40 tuổi (77.7%) đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu trước đó.

Kích thước trung bình của các tổn thương trong nghiên cứu là 19.2 ± 8.7 mm, trong đó tổn thương nhỏ nhất là 6mm, lớn nhất là 50mm. Với các tổn thương nhỏ đôi khi làm tiểu phẫu ngoại khoa rất khó quan sát, đường rạch da có thể lớn hơn kích thước khối u, do đó phương pháp hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm với thời gian thực đảm bảo loại bỏ tổn thương với đường tiếp cận tối thiểu.

Trong nghiên cứu, nhóm tổn thương được hút bằng kim 7G có kích thước trung bình 29.7 mm (27 – 33mm), nhóm dùng kim 8G có kích thước

trung bình 27.7 mm (8 – 50mm), nhóm dùng kim 10G có kích thước trung bình 17.7 mm (6 – 47mm). Kết quả này có khác biệt so với một số nghiên cứu trước đó do chưa có sự đồng thuận chung. Theo nghiên cứu của tác giả Fine và cộng sự, kim 8G nên được sử dụng cho những tổn thương có đường kính 1.5 – 3cm, kim 11G nên được sử dụng cho các tổn thương <1.5 cm³, tuy nhiên tác giả Lee SH năm 2014 đã sử dụng kim 8G điều trị hiệu quả loại bỏ u vú có kích thước 8cm bằng phương pháp này⁴.

2. Kết quả sớm sau điều trị hút bỏ u xơ tuyến vú. Sau điều trị, có 99.4% lấy hết u hoàn toàn, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Fine và cộng sự năm 2002 với tỷ lệ này là 96 – 99%³.

Biến chứng hay gặp nhất sau thủ thuật là đau với 94.5%. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm đau từ 0 – 10 của Hội thần kinh học Việt Nam, Phần lớn bệnh nhân đau nhẹ và không cần dùng thuốc giảm đau sau thủ thuật. Ngay sau hút, có 93.9% các trường hợp không thấy đau do còn tác dụng của thuốc tê. Mức độ đau nặng nhất là độ 4, gặp ở 3.1% trường hợp trong sinh thiết, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Papatthemelis năm 2017 với tỷ lệ này là 3.3%⁵, thường gặp sau sinh thiết 1 ngày với 5.5% và. Đây là mức độ đau vừa, chỉ cần dùng 1 – 2 liều giảm đau thông thường. Mức độ đau giảm dần các ngày tiếp theo. Cảm giác đau có thể tăng lên do cơ ngực bên phải được điều trị, do đó các bệnh nhân được khuyến cáo vận động nhẹ nhàng, có chế độ lao động hợp lý trong vòng ít nhất 2 tuần sau hút.

Theo tác giả Lai và cộng sự, máu tụ xuất hiện ở giai đoạn sau nhiều hơn trong thủ thuật hoặc ngay sau thủ thuật do việc ép cầm máu sau thủ thuật chỉ phòng được chảy máu cấp tính, sau đó máu từ từ lấp đầy lại khoang tồn dư sau hút⁶. Máu tụ thường tiêu đi trong vòng 2 – 4 tuần, một số ít trường hợp có thể kéo dài đến 8 tuần hoặc hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả rằng các u xơ có kích thước >25mm có kích thước máu tụ trung bình lớn hơn các khối có kích thước ≤ 25mm và có mối tương quan tuyến tính thuận giữa kích thước u, số mảnh cắt và thời gian hút với kích thước máu tụ, có ý nghĩa thống kê (với $p < 0.05$) tương đồng với nghiên cứu của tác giả Huo và cộng sự năm 2016⁷.

Trong nghiên cứu, các u có kích thước > 25mm có nguy cơ tăng kích thước máu tụ > 15mm gấp 3.2 lần các u < 25mm, các u giàu mạch có nguy cơ tăng kích thước máu tụ > 15mm gấp 5.8 lần u không giàu mạch, các u xơ cách da ≤ 2mm có nguy cơ bầm tím gấp 3.4 lần

các u có khoảng cách da > 2mm, các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Do vậy với các u xơ kích thước lớn và giàu mạch, để hạn chế các biến chứng liên quan đến chảy máu có thể kéo dài thời gian ép sau hút, có thể 15 – 20 phút.

Có 3/163 ca bệnh có biến chứng chảy máu kéo dài > 10 phút sau hút, chúng tôi đã tiến hành ép cầm máu sau hút 20 phút, sau đó bệnh nhân ổn định mà không cần can thiệp bởi phẫu thuật. Việc sử dụng Adrenalin trong gây tê quanh u (chúng tôi sử dụng Lignospan), hút hết máu tụ sau thủ thuật, ép cầm máu 10 – 15 phút và băng ép quanh ngực 24 giờ giúp giảm tỷ lệ biến chứng sau hút và đã được nhiều tác giả áp dụng và đạt hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

Theo tác giả Berna và cộng sự, với các u nằm sát da (khoảng cách da dưới 2.5mm) có thể sử dụng nước muối sinh lý tăng khoảng cách da và tổn thương đã đạt hiệu quả 100% loại bỏ u mà không có biến chứng thủng hay hoại tử da⁸.

V. KẾT LUẬN

Điều trị loại bỏ u xơ tuyến vú bằng thiết bị sinh thiết có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp an toàn, hiệu quả và có tính thẩm mỹ cao. Kết quả sớm theo dõi sau thủ thuật cho thấy hầu hết các u xơ được hút bỏ hoàn toàn (chiếm 99.4%), rất ít biến chứng sau hút. Biến chứng hay gặp nhất là đau và máu tụ, trong đó đau chỉ ở mức độ vừa và nhẹ, kích thước máu tụ phụ thuộc vào kích thước u, số mảnh cắt và thời gian hút. Mức độ đau, kích thước máu tụ giảm dần theo thời gian và không ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Buğdaycı O, Kaya H, Arıbal E.** Ultrasound Guided Therapeutic Excisional Vacuum Assisted Biopsy in Breast Fibroadenomas. *J Breast Health.* 2017;13(2):74-76. doi:10.5152/tjbh.2017.3038
2. **Huỳnh Quang Khánh và cộng sự.** Chẩn đoán và điều trị tổn thương tuyến vú bằng thiết bị sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm. 2018. 464(3):132-136.
3. **Fine RE, Boyd BA, Whitworth PW, Kim JA, Harness JK, Burak WE.** Percutaneous removal of benign breast masses using a vacuum-assisted hand-held device with ultrasound guidance. *Am J Surg.* 2002;184(4):332-336. doi:10.1016/s0002-9610(02)00951-0
4. **Lee SH, Kim EK, Kim MJ, Moon HJ, Yoon JH.** Vacuum-assisted breast biopsy under ultrasonographic guidance: analysis of a 10-year experience. *Ultrason Seoul Korea.* 2014;33(4):259-266. doi:10.14366/usg.14020
5. **Papatthemelis T, Heim S, Lux MP, Erhardt I, Scharl A, Scharl S.** Minimally Invasive Breast Fibroadenoma Excision Using an Ultrasound-

Guided Vacuum-Assisted Biopsy Device. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2017;77(2):176-181. doi:10.1055/s-0043-100387

6. **Lai JT, Burrowes P, MacGregor JH.** Vacuum-assisted large-core breast biopsy: complications and their incidence. Can Assoc Radiol J J Assoc Can Radiol. 2000;51(4):232-236.
7. **Huo HP, Wan WB, Wang ZL, Li HF, Li JL.** Percutaneous Removal of Benign Breast Lesions with an Ultrasound-guided Vacuum-assisted

System: Influence Factors in the Hematoma Formation. Chin Med Sci J Chung-Kuo Hsueh Ko Hsueh Tsa Chih. 2016;31(1):31-36. doi:10.1016/s1001-9294(16)30019-0

8. **Berná-Serna J de D, Guzmán-Aroca F, Berná-Mestre J de D, Hernández-Gómez D.** A new method for the prevention of skin laceration during vacuum-assisted breast biopsy. Br J Radiol. 2017;90(1072):20160866. doi:10.1259/bjr.20160866

KẾT QUẢ CHĂM SÓC, ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Vũ Thị Quyên¹, Lê Thị Bình²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện tại Khoa Ngoại Tổng Hợp - Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 10/2020 đến tháng 06/2021 trên 120 người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng lần đầu. **Mục tiêu:** (1) Mô tả diễn biến lâm sàng của người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. (2) Phân tích kết quả chăm sóc người bệnh và một số yếu tố liên quan. **Kết quả:** thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 15,58 ± 4,26 ngày. Người bệnh đau dữ dội lần lượt vào - Sốt: chiếm tỷ lệ cao nhất là ngày 1 (6,7%), tiếp đến ngày thứ 3 (20%), đến ngày 5 (14,2%, ngày 7 chỉ còn 2,5%). Huyết áp bất thường: chiếm tỷ lệ cao nhất là ngày 2 (12,5%), tiếp đến ngày thứ 1 (6,7%), đến ngày 5 (9,2%), ngày 7 chỉ còn 4,2%. Đau sau mổ: NB đau dữ dội vào ngày 1 chiếm 5,8%, ngày 3 tăng lên 10,8%, ngày thứ 5 còn 7,5% và ngày 7 hết đau nhiều (0,0%). Ở mức đau vừa chiếm cao nhất vào ngày 3 (74,2%) và giảm tỷ lệ thấp nhất vào ngày 7 (6,7%). Riêng đau nhẹ ngày 1 chiếm 47,5% và tăng lên vào ngày thứ 7 chiếm 93,3%. Trung tiện: ngày 1 chưa có NB trung tiện (100%), ngày 3 đã trung tiện chiếm 27,5%, ngày thứ 5 tăng lên được 71,7% và ngày thứ 7 có 100% NB đã trung tiện. Về hoạt động chăm sóc: tỷ lệ chăm sóc vết mổ ≥ 1 lần/ngày chiếm 90%; chăm sóc ống dẫn lưu ≥ 1 lần/ngày chiếm 70%; chăm sóc ống thông tiểu ≥ 1 lần/ngày chiếm 67,5%; chăm sóc HMNT ≥ 1 lần/ngày chiếm 31,7%. Kết quả chăm sóc tốt (77,5%); chăm sóc khá/trung bình (22,5%). Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa tuổi; giữa trình độ học vấn, giữa thời gian nằm viện với kết quả chăm sóc ($p < 0,05$). Giữa người bệnh được chăm sóc vết mổ và ống dẫn lưu < 1 lần/ngày và ≥ 1 lần/ngày; giữa chăm sóc hậu môn nhân tạo < 1 lần/ngày và ≥ 1 lần/ngày với kết quả chăm sóc ($p < 0,05$).

Từ khóa: kết quả chăm sóc, ung thư đại trực tràng, phẫu thuật, người bệnh.

SUMMARY

RESULTS OF CARE AND TREATMENT OF PATIENTS AFTER COLOR CANCER SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

A prospective descriptive study was performed at the Department of General Surgery - Hanoi Medical University Hospital from October 2020 to June 2021 on 120 patients after the first colorectal cancer surgery. Objectives: (1) Describe the clinical course of patients after colorectal cancer surgery at Hanoi Medical University Hospital. (2) Analysis of patient care results and some related factors. Results: the mean postoperative hospital stay was 15.58 ± 4.26 days. Patients have severe pain in turn - Fever: accounted for the highest rate on day 1 (6.7%), followed by day 3 (20%), by day 5 (14.2%, day 7 only 2 days) .5% Abnormal blood pressure: the highest rate is on day 2 (12.5%), followed by day 1 (6.7%), by day 5 (9.2%), only on day 7 4.2% Postoperative pain: Patient had severe pain on day 1, accounted for 5.8%, increased to 10.8% on day 3, on day 5 reduced to 7.5%, and on day 7 the pain was much less (0.0%)) Moderate pain accounted for the highest on day 3 (74.2%) and the lowest rate on day 7 (6.7%). Only mild pain on day 1 accounted for 47.5% and increased on day 1. 7 accounted for 93.3% Passing: on day 1 there was no patient with defecation (100%), on day 3, it accounted for 27.5%, on day 5 it increased to 71.7% and on day 7 had 100% The patient had a bowel movement Regarding care activities: the rate of incision care ≥ 1 time/day accounted for 90%; drain care ≥ 1 time/day accounted for 70%; urinary catheter care ≥ 1 time/day accounting for 67.5%; IVF care ≥ 1 time/day accounted for 31.7%. Results of good care (77.5%); good/moderate care (22.5%). low and statistically significant between age; between education level, hospital stay and outcome of care ($p < 0.05$). Between patients receiving incision and drainage care < 1 time/day and ≥ 1 time/day; between colostomy care < 1 time/day and ≥ 1time/day with care outcome ($p < 0.05$).

Keywords: care outcomes, colorectal cancer, surgery, patients.

¹Phòng khám đa khoa Hoàng Long

²Trường ĐH Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Quyên

Email: vuthiquyen020588@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biên khoa học: 3.3.2022

Ngày duyệt bài: 11.3.2022