

nào có các biến chứng nghiêm trọng như nhiễm trùng sâu, lộ xương lộ nẹp, khớp giả, lệch trục hoặc ngắn chi trên 2,5cm. Kết hợp xương bằng hai nẹp, vít với hai đường mổ nhỏ mang lại hiệu quả cao trong điều trị gãy mâm chày phức tạp, hạn chế đáng kể các biến chứng mà các phương pháp phẫu thuật thông thường khác dễ mắc phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 **Khatri K, Sharma V, Goyal D, Farooque K.** Complications in the management of closed high-energy proximal tibial plateau fractures. *Chin J Traumatol.* 2016;19(6):342-347. doi:https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2016.08.002
- 2 **Đặng Trung Kiên (2015),** "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày theo phân loại Schatzker V và VI bằng nẹp khoá tại bệnh viện Việt Đức," Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 5-60.
- 3 **Trần Đình Chiến (2006),** Bệnh học chấn thương chỉnh hình, NXB QĐND, tr.131-135
- 4 Prasad GT, Kumar TS, Kumar RK, Murthy GK, Sundaram N. Functional outcome of Schatzker type V and VI tibial plateau fractures treated with dual plates. *Indian J Orthop.* 2013;47(2):188-194. doi:10.4103/0019-5413.108915
- 5 **J. T. Watson (1994),** "High-Energy Fractures of the Tibial Plateau," *Orthopedic Clinics of North America*, Vol. 25, No. 4, 1994, pp. 723-752.
- 6 **Subasi M, Kapukaya A, Arslan H, Ozkul E, Cebesoy O.** Outcome of open comminuted tibial plateau fractures treated using an external fixator. *J Orthop Sci.* 2007;12(4):347-353. doi:https://doi.org/10.1007/s00776-007-1149-7
- 7 **A. Apley (1979),** "Fractures of the Tibial Plateau," *Orthopedic Clinics of North America*, Vol. 10, 1979, pp. 61-7
- 8 **C. A. Gaunche and A. W. Markman (1993),** "Arthroscopic Management of Tibial Plateau Fractures," *Arthroscopy*, Vol. 9, No. 4, 1993, pp. 467-471.
- 9 **Jiang R, Luo CF, Wang MC, Yang TY, Zeng BF.** A comparative study of Less Invasive Stabilization System (LISS) fixation and two-incision double plating for the treatment of bicondylar tibial plateau fractures. *Knee.* 2008;15(2):139-143. doi:10.1016/j.knee.2007.12.001

NHẬN XÉT HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH NHIỄM HELYCOBACTER PYLORI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải¹, Nguyễn Văn Tuấn², Trần Minh Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh nội soi và đặc điểm mô bệnh học viêm dạ dày mạn tính có nhiễm H. pylori ở trẻ em. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên toàn bộ trẻ em từ 3 đến 15 tuổi, đến khám và điều trị tại khoa Khám bệnh, khoa Tiêu hóa – Huyết học bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Tổng 31 trẻ được đưa vào nghiên cứu. Hình ảnh nội soi chủ yếu là viêm dạ dày xung huyết (23/31) với vị trí tổn thương chủ yếu ở toàn bộ niêm mạc (51,7%) và hang vị (32,2%). Mức độ viêm chủ yếu là mức độ vừa (54,8%) và đa số là viêm hoạt động mức độ vừa (38,7%). Mức độ nhiễm H. pylori mức độ vừa chiếm tỉ lệ cao nhất (45,1%). Nhiễm H. pylori càng nặng, mức độ viêm càng nặng, mức độ hoạt động càng mạnh. **Kết luận:** Cần đẩy mạnh thực hiện xét nghiệm mô bệnh học ở những bệnh nhân loét dạ dày tá tràng, đau bụng mạn tính, tiến tới thực hiện thường quy ở tất cả các bệnh nhân có chỉ định.

Từ khóa: Mô bệnh học, Viêm dạ dày mạn tính, Helycobacter Pylori

SUMMARY

ENDOSCOPIC IMAGES AND HISTOPATHOLOGY OF CHRONIC GASTRITIS WITH HELYCOBACTER PYLORI AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: Describe the endoscopic images and histopathology of chronic gastritis with helycobacter pylori at Nghe An Obstetrics and Pediatrics hospital. **Methods:** Cross-sectional description of all children from 3 to 15 years old in the Department of Examination, Department of Gastroenterology - Hematology at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** A total of 31 children were included in the study. The endoscopic image was mainly congestive gastritis (23/31) with lesions mainly in the entire mucosa (51.7%) and antrum (32.2%). The degree of inflammation was mainly moderate (54.8%) and the majority was moderate active inflammation (38.7%). Moderate level of H. pylori infection accounted for the highest rate (45.1%). The more severe the H. pylori infection, the more severe the inflammation, the stronger the activity level. **Conclusions:** It is necessary to step up the implementation of histopathological examination in patients with peptic ulcer disease, chronic abdominal pain, and proceed to routine testing in all patients with indications.

Keywords: Histopathology, Chronic gastritis, Helycobacter Pylori

¹Bệnh viện Sản nhi Nghệ An

²Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Long

Email: longdr115@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biên khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 26.4.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Helicobacter pylori (*H. pylori*) là một trong những nguyên nhân nhiễm khuẩn mạn tính thường gặp nhất. Đặc biệt tình trạng nhiễm *H. pylori* đang ngày càng phổ biến ở trẻ em, tỷ lệ này là 37,1% [1].

Kĩ thuật mô bệnh học phát hiện *H. pylori* là công cụ để thực hiện chẩn đoán chính xác nhiễm *H. pylori* theo các phác đồ mới nhất trong nước và quốc tế.

Tuy nhiên, ở nước ta vẫn không nhiều nghiên cứu về viêm dạ dày mạn tính có nhiễm *H.P* ở trẻ em cũng như các đặc điểm về hình ảnh nội soi, mô bệnh học của bệnh ở trẻ em. Việc tìm hiểu các đặc điểm nội soi và mô bệnh học của bệnh, từ đó giúp nâng cao hiệu quả chất lượng chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng do vi khuẩn *H. pylori* ở trẻ em là rất cần thiết trong điều trị và chăm sóc trẻ bị viêm dạ dày mạn tính. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả hình ảnh nội soi và đặc điểm mô bệnh học viêm dạ dày mạn tính có nhiễm *H. pylori* ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ 3 – 15 tuổi được chẩn đoán viêm dạ dày mạn tính do nhiễm *H. pylori* theo tiêu chuẩn ACG 2017 [5] tại khoa Khám bệnh, khoa Tiêu hóa – Huyết học bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tiền sử dùng kháng sinh trong vòng 1 tháng, dùng PPI trong vòng 2 tuần trước khi khám và điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2021 tại khoa Khám bệnh, khoa Tiêu hóa – Huyết học bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.2.4. Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu

- Phân loại tổn thương dạ dày trên hình ảnh nội soi [4]:

- Viêm dạ dày xung huyết; Viêm dạ dày trợt phẳng, Viêm dạ dày trợt lồi; Viêm dạ dày teo; Viêm dạ dày xuất huyết; Viêm dạ dày phì đại; Viêm dạ dày trào ngược dịch mật.

- Định khu tổn thương: Thân vị, hang vị, toàn bộ dạ dày

- Phân loại mô bệnh học [4]:

- Mức độ tổn thương viêm mạn trên MBH: Viêm nhẹ, viêm vừa, viêm nặng

- Phân loại tổn thương VDDMT trên MBH: Viêm mạn nông, viêm teo nhẹ, viêm teo vừa, viêm teo nặng

- Mức độ hoạt động viêm trên MBH: Thể không hoạt động, thể hoạt động (Hoạt động nhẹ, hoạt động vừa, hoạt động mạnh)

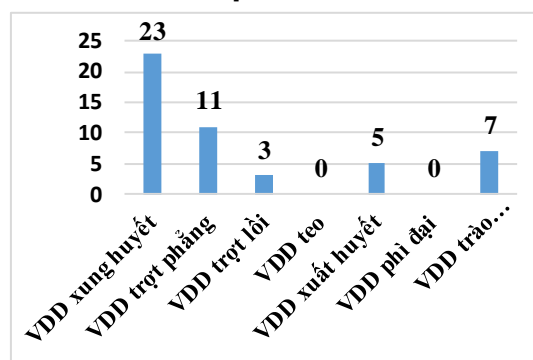
- Mức độ nhiễm *H. pylori* trên MBH của VDDMT: Không nhiễm *H. pylori*; Mức độ nhẹ (+); Mức độ vừa (++); Mức độ nặng.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý trên các phần mềm MS Excel 2013 và SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được 31 bệnh nhi thỏa mãn điều kiện với tuổi trung bình là $8,9 \pm 3,6$ tuổi. Nhóm tuổi từ 9-15 tuổi (58,1%) chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm 3-8 tuổi. Tỉ lệ trẻ nam (61,2%) lớn hơn trẻ nữ.

3.2. Hình ảnh nội soi



Biểu đồ 1: Hình ảnh nội soi VDDMT ở trẻ em

Nhận xét: Hình ảnh viêm dạ dày xung huyết có số lượng lớn nhất (23/31), không gặp hình ảnh viêm dạ dày teo, viêm dạ dày phì đại.

Viêm toàn bộ niêm mạc dạ dày là tổn thương chiếm tỉ lệ cao nhất (51,7%), tiếp đến là viêm hang vị (32,2%), viêm thân vị và đáy vị chiếm tỉ lệ thấp nhất (16,1%).

3.3. Đặc điểm mô bệnh học. Đa số tổn thương viêm mạn trên MBH ở mức độ vừa (54,8%), mức độ viêm nặng chiếm tỉ lệ thấp nhất (16,2%).

Bảng 1: Mức độ hoạt động của VDDMT trên MBH

Mức độ hoạt động viêm	n	Tỷ lệ
Thể không hoạt động	5	16,1%
Hoạt động nhẹ	8	25,8%
Hoạt động vừa	12	38,7%

Hoạt động mạnh	6	19,4%
Tổng	31	100%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có mô bệnh học VDDMT hoạt động mức độ vừa (38,7%), tỉ lệ

không hoạt động và hoạt động mạnh gần tương đương nhau.

Mức độ nhiễm *H. pylori* chủ yếu là mức độ vừa (45,1%), nhiễm *H. pylori* mức độ nặng chiếm tỉ lệ ít nhất (22,7%), còn lại là nhẹ.

Bảng 2: Liên quan giữa mức độ nhiễm *H. pylori* và mức độ viêm trên MBH

Mức độ viêm trên MBH	Mức độ nhiễm <i>H. pylori</i> trên MBH				Tổng	p
	Nhẹ		Vừa và nặng			
	n	%	n	%		
Viêm nhẹ	5	16,1%	4	12,9%	29,0%	0,73
Viêm vừa	3	9,6%	14	45,2%	54,8%	0,004
Viêm nặng	2	6,5%	3	9,7%	16,2%	-
Tổng	10	32,2%	21	67,8%	100%	

Nhận xét: Trong nhóm mức độ viêm vừa, đa số có nhiễm *H. pylori* mức độ vừa và nặng (67,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong các nhóm viêm nhẹ và viêm nặng có mức độ nhiễm *H. pylori* nhẹ - vừa và nặng gần tương đương nhau.

Bảng 3: Liên quan giữa mức độ nhiễm *H. pylori* với mức độ hoạt động viêm trên MBH

Mức độ hoạt động viêm trên MBH	Mức độ nhiễm <i>H. pylori</i> trên MBH				Tổng
	Nhẹ		Vừa và nặng		
	n	%	n	%	
Không hoạt động	4	12,9%	1	3,2%	16,1%
Hoạt động nhẹ	5	16,1%	3	9,7%	25,8%
Hoạt động vừa	1	3,2%	11	35,5%	38,7%
Hoạt động mạnh	0	0%	6	19,4%	19,4%
Tổng	10	32,2%	21	67,8%	100%

Nhận xét: Nhóm VDDMT không hoạt động chủ yếu có nhiễm *H. pylori* mức độ nhẹ. Nhóm VDDMT hoạt động vừa, hoạt động mạnh chủ yếu có nhiễm *H. pylori* mức độ vừa và nặng.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung. Nghiên cứu 31 bệnh nhân cho thấy nhóm trẻ từ 9-15 tuổi chiếm chủ yếu (58,1%), nam giới nhiều hơn nữ giới. Kết quả tương tự tác giả Nguyễn Văn Ngoan khi nhóm 10-15 tuổi chiếm chủ yếu 43,4% và tác giả Nguyễn Hữu Hải, nhóm trẻ từ 10-15 tuổi có tỷ lệ cao nhất với 41,2% [2],[3]. Có thể giải thích do nhóm trẻ 9-15 tuổi là nhóm có thể thực hiện nội soi thực quản dạ dày tá tràng dễ dàng hơn so với nhóm trẻ nhỏ tuổi. Ngoài ra cũng có thể giải thích, đến độ tuổi này thì biểu hiện lâm sàng do vi khuẩn *H. pylori* mới rõ ràng hơn, là nguyên nhân khiến phụ huynh đưa các cháu đi khám bệnh nhiều hơn.

Hình ảnh nội soi VDDMT do nhiễm *H. pylori* ở trẻ em. Hình ảnh nội soi viêm dạ dày xung huyết chiếm số lượng lớn nhất (23/31 trẻ), tiếp theo là các tổn thương viêm dạ dày trợt phẳng (11/31), không gặp hình ảnh viêm dạ dày teo và viêm dạ dày phì đại. Theo tác giả Nguyễn Văn Ngoan hình ảnh chủ yếu là viêm xung huyết và viêm trợt, tổn thương phì đại chiếm tỉ lệ rất nhỏ (1/143 trẻ), cũng không gặp hình ảnh viêm teo niêm mạc dạ dày. Các hình ảnh viêm phì đại hiếm gặp (bệnh Menetrier), viêm teo niêm

mạc cũng thường xuất hiện ở người lớn hơn trẻ em.

Viêm toàn bộ niêm mạc dạ dày là tổn thương chiếm tỉ lệ cao nhất (51,7%), tiếp đến là viêm hang vị (32,2%), viêm thân vị và đáy vị chiếm tỉ lệ thấp nhất (16,1%). Các nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hải và Nguyễn Văn Ngoan cũng cho thấy vị trí tổn thương chủ yếu là ở hang vị và toàn bộ niêm mạc dạ dày [2],[3]. Điều này hoàn toàn phù hợp với cơ chế gây bệnh của vi khuẩn *H. pylori*, khi chúng khu trú chủ yếu ở khu vực hang vị.

Đặc điểm MBH của VDDMT do nhiễm *H. pylori*. Mức độ viêm chủ yếu là mức độ vừa (54,8%), mức độ nặng có tỉ lệ thấp nhất (16,2%). Có 5 bệnh nhân có MBH viêm không hoạt động (16,1%), đa số là viêm hoạt động mức độ vừa (38,7%). Nhiễm *H. pylori* mức độ vừa chiếm tỉ lệ cao nhất với 14/31 bệnh nhân (45,1%), mức độ nhẹ chiếm 10/31 bệnh nhân (32,2%), mức độ nặng chiếm tỉ lệ thấp nhất với 7/31 bệnh nhân (22,7%).

Trong nhóm viêm vừa, đa số bệnh nhân có nhiễm *H. pylori* mức độ vừa và nặng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Còn trong mức độ viêm nhẹ, mức độ nhiễm *H. pylori* nhẹ và mức độ vừa - nặng là tương đương nhau với $p > 0,05$. Nhóm MBH viêm mức độ nặng có tỉ lệ

nhiễm *H. pylori* là tương đương nhau, tuy nhiên số lượng nhỏ nên sự chính xác chưa đảm bảo. Như vậy nhìn chung có sự liên quan giữa mức độ nhiễm *H. pylori* và mức độ viêm trên MBH. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đương với Nguyễn Văn Ngoan [3]. Điều này có thể giải thích khi chúng ta thừa nhận vai trò và khả năng gây bệnh của vi khuẩn *H. pylori*, đặc biệt là ở trẻ em, nhóm bệnh nhân gần như ít chịu tác động của các yếu tố gây viêm dạ dày liên quan đến đời sống sinh hoạt. Vi khuẩn *H. pylori* cùng với các yếu tố gây bệnh của nó như urease, độc tố Cag A, chất trung gian hóa học như interleukin... sẽ phát động quá trình viêm. Mức độ nhiễm khuẩn càng nặng thì quá trình viêm càng mạnh, tổn thương trên mô bệnh học sẽ càng nặng hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự liên quan tương đối rõ giữa mức độ nhiễm *H. pylori* và mức độ hoạt động trên MBH. Ở mức độ viêm không hoạt động và hoạt động nhẹ, nhóm nhiễm *H. pylori* nhẹ chiếm ưu thế. Ngược lại, các nhóm viêm hoạt động vừa và mạnh, nhóm nhiễm *H. pylori* mức độ vừa- nặng lại chiếm ưu thế. Như vậy, mức độ nhiễm *H. pylori* càng nặng, mức độ hoạt động viêm càng mạnh. Điều này hợp lý khi xem xét đến cơ chế gây bệnh của vi khuẩn *H. pylori*. Mức độ nhiễm *H. pylori* càng nặng, các độc tố, chất trung gian hóa học, enzym urease được tiết ra với mức độ càng lớn, tập trung càng nhiều bạch cầu trung tính hơn, dẫn đến phát động quá trình đáp ứng viêm mạnh mẽ hơn, mức độ hoạt động viêm càng mạnh hơn.

V. KẾT LUẬN

Hình ảnh nội soi chủ yếu là viêm dạ dày xung huyết (23/31) và không gặp hình ảnh viêm dạ dày teo hay viêm dạ dày phì đại với vị trí tổn thương chủ yếu ở toàn bộ niêm mạc (51,7%) và hang vị (32,2%).

Mức độ viêm chủ yếu là mức độ vừa (54,8%) và đa số là viêm hoạt động mức độ vừa (38,7%). Mức độ nhiễm *H. pylori* mức độ vừa chiếm tỉ lệ cao nhất (45,1%). Nhiễm *H. pylori* càng nặng, mức độ viêm càng nặng, mức độ hoạt động càng mạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoài Chân và cộng sự (2012)**. Nghiên cứu một số đặc điểm nội soi và tổn thương mô bệnh học ở trẻ em đau bụng tái diễn có hội chứng dạ dày tá tràng. Tạp chí Nhi khoa, 5, 3.
2. **Nguyễn Hữu Hải (2012)**. Tìm hiểu mối liên quan giữa mức độ nhiễm vi khuẩn với các biểu hiện lâm sàng, tổn thương trên nội soi và mô bệnh học ở các bệnh nhân viêm, loét dạ dày tá tràng do *Helicobacter pylori*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Văn Ngoan (2004)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị viêm dạ dày mạn tính có nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
4. **Dixon M.F, Genta R.M, Yardley J.H et al (1994)**, Classification and grading of gastritis. The updated Sydney system, International workshop on the histopathology of gastritis, Houston. Am J surg pathol, 10,116-81.
5. **William D, Grigorios I, Colin W et al (2017)**, ACG clinical guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* infection. The American Journal of Gastroenterology, 112.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH ¹⁸FDG-PET/CT CỦA CÁC TỔN THƯƠNG TRONG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

Mai Huy Thông*, Nguyễn Kim Lưu*,
Ngô Văn Đan*, Nguyễn Hà Phương*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh ¹⁸FDG-PET/CT của các tổn thương trong ung thư phổi không tế bào nhỏ trước điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, phân tích mô tả trên 43 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ

được chụp PET/CT trước điều trị Bệnh viện quân y 103 từ tháng 02/2017 – tháng 02/2022. **Kết quả:** 43 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ từ T2/2017 đến T2/2022. Kích thước trung bình khối u phổi là 40,98±21,53mm, có sự liên quan giữa chỉ số SUVmax và kích thước khối u nguyên phát. Giá trị SUVmax tăng theo giai đoạn T. Giá trị SUVmax trung bình của nhóm hạch >10mm là 10,59±6,12 cao hơn của nhóm hạch <10mm là 5,56±2,47. Sau chụp PET/CT n giai đoạn N0 chiếm 32,6%, giai đoạn N1 chiếm 23,3%, giai đoạn N2 chiếm 23,3%, giai đoạn N3 chiếm 20,9%. Giá trị SUVmax trung bình khối u ở nhóm bệnh nhân giai đoạn M1 là 15,96±4,29 cao hơn ở nhóm bệnh nhân giai đoạn M0 là 14,57±8,26.

*Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Mai Huy Thông
Email: maihuythong27121995@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.3.2022
Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022
Ngày duyệt bài: 29.4.2022