

khác với nghiên cứu của chúng tôi có lẽ vì đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đều thuộc nhóm TSG nặng, do đó, sự ảnh hưởng của các yếu tố bệnh lý liên quan đến TSG lên tim thai cũng sẽ lớn hơn, từ đó dẫn tới các biến đổi chức năng tâm thu lớn hơn.

Đối với chức năng tâm trương, chỉ số vận tốc sóng E và sóng A, tỷ lệ E/A van 2 lá và van 3 lá của thai nhi có mẹ bị TSG là tương đương nhau ( $p > 0.05$ ). Sóng E', A' và tỷ lệ E'/A' của van nhĩ thất phải và trái ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ). Nghiên cứu của Balli và cs<sup>6</sup> cho thấy rối loạn chức năng tâm trương của tim thai ở thai nhi của những bà mẹ bị TSG nhẹ. Tỷ lệ E/A hai lá và E/A ba lá tương tự nhau ở hai nhóm, nhưng tỷ lệ E'/A' ở nhóm tiền sản thấp hơn đáng kể so với nhóm khỏe mạnh. Điều này có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ.

Chỉ số Tei (MPI) là một chỉ số kết hợp cả khoảng thời gian tâm thu và tâm trương để thể hiện chức năng tâm thất toàn bộ. Một số nghiên cứu đã ghi nhận rằng MPI không phụ thuộc vào áp lực động mạch, nhịp tim, hình dạng tâm thất, hoặc van nhĩ thất trào ngược hậu gánh và tiền gánh. MPI tăng ở những bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm thất. Nghiên cứu cho thấy MPI thất trái và thất phải của thai nhi ở nhóm sản phụ TSG đều cao hơn so với nhóm khỏe mạnh ( $p < 0.05$ ), điều này cho thấy sự rối loạn chức năng tim đã bắt đầu có ở những thai nhi có mẹ là TSG.

## V. KẾT LUẬN

1. Kích thước và bề dày các thành tim của thai nhi ở sản phụ TSG lớn hơn của thai nhi ở sản phụ bình thường. Trong đó chỉ số tim ngực trung bình là  $(0,35 \pm 0,02)$ , chỉ số bề dày thất phải

tâm trương, tâm thulân lượt là  $3,01 \pm 0,29$  và  $3,88 \pm 0,55$ , bề dày thất trái tâm trương và tâm thu lần lượt là  $2,92 \pm 0,29$  và  $3,73 \pm 0,58$ , bề dày VLT tâm trương và tâm thu lần lượt là  $3,17 \pm 0,29$  và  $4,09 \pm 0,38$ .

2. Chức năng tim toàn bộ của thai nhi ở sản phụ TSG giảm hơn so với của thai nhi ở mẹ bình thường, biểu hiện ở tăng chỉ số Tei thất phải ( $0,39 \pm 0,02$ ) và tăng chỉ số Tei thất trái ( $0,42 \pm 0,02$ ) trong khi phân suất co rút cơ thất trái vẫn chưa thay đổi ( $32,84 \pm 2,09$ ).

**LỜI CẢM ƠN.** Chúng tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới Lãnh đạo Bệnh viện Bạch Mai, khoa Phụ Sản, Viện Tim mạch Việt Nam và các phòng, ban của Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện thuận lợi để hoàn thành nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Văn Tài.** Một số yếu tố tiên lượng trong nhiễm độc thai nghén, Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2001.
2. **Ngô Văn Tài.** Tiền sản giật và sản giật. In: Tiền Sản Giật và Sản Giật. 1st ed. Nhà xuất bản Y học; 2006:7-51.
3. **Sibai B.M Ramadan K.** "Pre-Eclampsia and Eclampsia", Sciarra. Obstet Gynecol, Vol .2, No.7, Pp.1-14.; 1995.
4. **sComas M, Crispi F.** Assessment of Fetal Cardiac Function Using Tissue Doppler Techniques. FDT. 2012;32(1-2):30-38. doi:10.1159/000335028
5. **Narin N, Çetin N, Kılıç H, Başbuğ M, Narin F, Kafalı M, Züm KÜ,** Genç E, Ustünbaş HB. Diagnostic Value of Troponin T in Neonates of Mild Pre-Eclamptic Mothers. NEO. 1999;75(2):137-142. doi:10.1159/000014089
6. **Balli S, Kibar AE, Ece İ, Oflaz MB, Yilmaz O.** Assessment of Fetal Cardiac Function in Mild Preeclampsia. Pediatr Cardiol. 2013;34(7):1674-1679. doi:10.1007/s00246-013-0702-8

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT THOÁT VỊ TUY MÀNG TUY

**Ngô Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Dư Văn Nam<sup>2</sup>**

### TÓM TẮT

Nghiên cứu 57 bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị thoát vị tuỷ màng tuỷ nhằm mục đích đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật thoát vị tuỷ -màng tuỷ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, hồi cứu, cắt ngang. Thời gian và địa điểm

nghiên cứu: 1.2018 đến 9.2020 tại bệnh viện Nhi trung ương. **Kết quả:** tuổi trung bình là  $6 \pm 1,3$  (tháng); 89,4% số bệnh nhân dưới 1 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam= 1,15/1. Có 10,5% số bệnh nhân được chẩn đoán trước sinh. Các triệu chứng lâm sàng: tổn thương vận động-cảm giác (10,5%); rối loạn cơ tròn (15,8%), dẫn não thất (15,8%). 78,9% khối thoát vị nằm ở vùng cùng cụt; 96,5% bệnh nhân có tuỷ bám thấp. Sau mổ, 7% số trường hợp tuỷ ở vị trí bình thường (so với 3,5% trước mổ); 78,95% số bệnh nhân có chất lượng cuộc sống từ mức khá. **Kết luận:** bệnh lý thoát vị tuỷ-màng tuỷ vẫn còn là một thách thức đối với chuyên ngành.

**Từ khoá:** thoát vị tuỷ màng tuỷ; tuỷ bám thấp, phẫu thuật.

<sup>1</sup>Bệnh viện Việt Đức.

<sup>2</sup>Bệnh viện Sản Nhi Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Mạnh Hùng

Email: ngomanhhung2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020

Ngày duyệt bài: 10.12.2020

**SUMMARY**

**THE RESULTS OF MICROSURGERY OF MYELOMENINGOCELE**

A study with 57 spina bifida pediatric patients was taken to reveal the role of microsurgery. **Patients and method:** a retrospective, cross-section, describe trial from January 2018 to September 2020 at National Pediatric hospital. **Results:** mean age: 6± 1.3 (months); 89.4% were infants. The female/male was 1.15/1. 10.5% patients was diagnosed prenatal period. Presentation: motor-sensitive deficit (10.5%); sphinterian deficit (15.8%); hydrocephalus (15.8%). 78.9% lesion located at sacro-coccyx segment; Spina bifida account for 96.5%. At the follow: normal location of spina was showed at 7% (compared with 3.5% presurgery); 78.95% of children had a good-grade quality of life. **Conclusion:** Spina bifida still was a challenge lesion in neurosurgery

**Keywords:** Myelomenigocele; spina bifida; microsurgery

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thoát vị tuỷ -màng tuỷ là dị tật bẩm sinh, xảy ra do thất bại quá trình tách rời lớp ngoại bì thần kinh và ngoại bì da, khiến ống thần kinh không thể đóng kín để lại hậu quả là dịch não tuỷ và mô tuỷ không được che phủ, bộc lộ ra môi trường bên ngoài. Bệnh có nhiều thể với các mức độ tổn thương khác nhau và kèm theo các tổn thương khác như dẫn não thất, dị tật Chiari loại II, gù vẹo cột sống.... Trong những năm gần đây, cùng với sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và trang thiết bị phẫu thuật, điều trị vi phẫu thuật thoát vị tuỷ-màng tuỷ đã có nhiều tiến bộ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật thoát vị tuỷ-màng tuỷ.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

57 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị tuỷ-màng tuỷ trong thời gian từ 1.2018 đến tháng 12.2019 tại bệnh viện Nhi trung ương.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng thoát vị tuỷ-màng tuỷ
- Được điều trị phẫu thuật
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án phù hợp với bệnh án nghiên cứu, tham gia đầy đủ quá trình nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng thoát vị tuỷ-màng tuỷ
- Không có ít nhất một trong các tiêu chuẩn còn lại trong tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

**Phương pháp nghiên cứu:** mô tả, cắt ngang, hồi cứu.

**Thời gian nghiên cứu:** 1.2018 đến 9.2020

**Các biến số nghiên cứu:** tuổi, giới, lý do

vào viện, các triệu chứng lâm sàng khi vào viện, các đặc điểm trên cộng hưởng từ thần kinh; cách thức phẫu thuật và kết quả gần sau mổ và kết quả xa (ít nhất 9 tháng sau mổ theo thang điểm Kanofsky).

Số liệu được thu thập và xử lý bằng các thuật toán thống kê thông thường với phần mềm SPSS 20.0.

**Đạo đức nghiên cứu:** nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức trường đại học Y Hà nội chấp nhận

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi	< 1 tháng	16	28
	1-6	31	54,4
	7-12	4	7
	>12	6	10,6
	Trung bình: 6 ± 1,3 (tháng)		
Giới	Nữ	31	54,4
	Nam	26	45,6
Lý do vào viện	Trước sinh	6	10,6
	Khối bất thường	42	73,7
	Dấu hiệu thần kinh khu trú	4	7
	Dấu hiệu ngoài da	4	7
	Các dị dạng khác	1	1,8

Tỉ lệ nữ/nam= 1,15/1.

Tuổi thường gặp nhất là dưới 1 tuổi (89,4%).

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng		Số lượng	Tỉ lệ %
Triệu chứng	Tổn thương vận động, cảm giác	6	10,5
	Rối loạn cơ tròn	9	15,8
Các dị tật phối hợp	Dẫn não thất	9	15,8
	Chiari loại II	5	8,77
	Dị dạng hai chân	10	17,54
	Gù vẹo cột sống	1	1,8
	Không có hậu môn	3	5,3

**Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ thần kinh**

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Vị trí khối thoát vị	Cùng cột	45	78,9
	Thắt lưng cùng	3	5,3
	Thắt lưng	7	12,2
	Ngực	1	1,8
	Thắt lưng-ngực	1	1,8
Thể bệnh	Thoát vị màng tuỷ	1	1,75
	Thoát vị tuỷ-màng tuỷ	25	43,86

	Thoát vị mỡ-tủy	31	54,39
Vị trí của tủy	Tủy bám thấp	55	96,5
	Tủy ở vị trí bình thường	2	3,5

**Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật và các biến chứng sau mổ**

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Phẫu thuật	Cấp cứu	10	17,5
	Có kế hoạch	47	82,5
Biến chứng	Dò dịch não tủy	2	3,5
	Nhiễm trùng vết mổ	4	7
	Viêm màng não	0	0
	Tử vong	0	0

**Bảng 5. Kết quả xa sau phẫu thuật**

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Triệu chứng lâm sàng	Tổn thương vận động-cảm giác	18	31,6
	Rối loạn cơ tròn	36	63,16
Hình ảnh thần kinh	Tủy bám thấp	53	93
	Tủy ở vị trí bình thường	4	7
Thang điểm Kanofsky	80-100	16	28,07
	60-80	29	50,88
	40-60	12	21,05
	10-40	0	0

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là  $6 \pm 1,3$  (tháng), gặp nhiều nhất ở nhóm dưới 1 tuổi (89,4%), tương đồng với các tác giả khác như Phạm Hồng Huân (82% dưới 1 tuổi) [1], hay Lorber [2]. Tỉ lệ nam/nữ là 1,15/1 thấp hơn so với Phạm Hồng Huân (1,5/1) [1], hay Trần Quang Vinh [3]. Lý do vào viện chủ yếu trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là có khối bất thường vùng lưng (73,7%), cao hơn so với Trần Quang Vinh (62,5%) [3]. Điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 10,5% số bệnh nhân được phát hiện trước sinh, điều này có thể được giải thích là do sự phát triển của theo dõi thai sản và chẩn đoán trước sinh.

Đánh giá tình trạng vận động và cảm giác ở trẻ sơ sinh là việc khá khó khăn, dựa trên quan sát về cử động tự nhiên cũng như các đáp ứng với kích thích đau của trẻ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 10,5% số bệnh nhân có biểu hiện rõ ràng tổn thương vận động-cảm giác, kết quả này cũng tương đồng với Phạm Hồng Huân (9%) [1], song thấp hơn so với Trần Quang Vinh (18,8%) [3]. Chúng tôi cho rằng lý do tỉ lệ thấp hơn so với Trần Quang Vinh là do chúng tôi chỉ đánh giá

trên lâm sàng, trong khi đó Trần Quang Vinh dựa cả trên đo kích thích thần kinh cơ. Rối loạn cơ tròn trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 15,8%, thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Quang Vinh (34,4%) [3]. Giống như đánh giá tình trạng vận động-cảm giác, rối loạn cơ tròn cũng là một trong triệu chứng khó đánh giá chỉ dựa vào biểu hiện lâm sàng. Các dị tật khác kèm theo bao gồm dị dạng hai chi dưới (17,5%) thấp hơn so với Phạm Hồng Huân (37%) [1]. Dị tật không có hậu môn gặp ở 5,3%, gù vẹo cột sống (1,8%), thấp hơn so với công bố của Ozek [4]. Dẫn não thất trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi chiếm 15,8% thấp hơn so với Greenberg [5]. Pier cho rằng thể tích não thất là một trong các yếu tố tiên lượng sự phát triển và chất lượng cuộc sống của trẻ [6].

78,9% số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có khối thoát vị nằm ở vùng cùng cụt, tương tự với báo cáo của Phạm Hồng Huân [1], Trần Quang Vinh [3]. Chúng tôi cho rằng không có sự khác biệt về vị trí của khối thoát vị giữa các nghiên cứu, tương tự với nhận xét của Ozek [4] và Chern [7].

Hầu hết số bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi có tủy bám thấp (96,5%), tương tự với thông báo của Greenberg [5]. Điều này được lý giải bởi sự hình thành bệnh lý xuất hiện trong thời kỳ bào thai.

Phẫu thuật điều trị thoát vị tủy màng tủy nhằm mục đích sửa chữa lại các bất thường thần kinh, ngăn ngừa nguy cơ nhiễm trùng và hạn chế tối đa tình trạng tổn thương thêm về thần kinh. Nhóm bệnh nhi của chúng tôi có đến 17,5% số trường hợp được phẫu thuật cấp cứu, cao hơn so với báo cáo của Trần Quang Vinh (9,6%) [3]. Tất cả các trường hợp mổ cấp cứu này đều là các trường hợp thoát vị màng tủy doạ vỡ, nguy cơ nhiễm trùng thần kinh cao. Greenberg cho rằng, phẫu thuật sớm các trường hợp doạ vỡ cũng làm giảm nguy cơ nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương [5]. Hầu hết các trường hợp còn lại, phẫu thuật có kế hoạch được tiến hành, đảm bảo sự chuẩn bị tốt nhất và giảm thiểu tối đa các nguy cơ phẫu thuật cho bệnh nhi.

Biến chứng phẫu thuật trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi gặp bao gồm nhiễm trùng (7%), dò dịch não tủy (3,5%); không có trường hợp viêm màng não và tử vong liên quan đến phẫu thuật. Kết quả này cũng tương tự với báo cáo của Trần Quang Vinh [3]. Tất cả các trường hợp nhiễm trùng trong nghiên cứu của chúng tôi đều được điều trị nội khoa, không phải phẫu thuật lại. Tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu của

chúng tôi là 0%, có thể là do nhiều nguyên nhân, trong đó hầu hết các trường hợp nặng, nguy cơ cao đã được đình chỉ thai nghén trước khi sinh. Hiểu biết rõ hơn về bệnh lý này cũng như các phương pháp phẫu thuật cũng khiến cho kết quả điều trị cải thiện hơn, giảm thiểu tỉ lệ tử vong và biến chứng.

Theo dõi xa ở thời điểm 9 tháng, tỉ lệ rối loạn cơ tròn ở nhóm bệnh thoát vị màng tuỷ là 72%, thấp hơn so với của Phạm Hồng Huân (98%) [1] và Greenberg (90%) [5]. Tương tự vậy, tổn thương vận động và cảm giác khi theo dõi xa trong nghiên cứu của chúng tôi là 31,6%, thấp hơn so với Greenberg (40%) [5].

Chụp cộng hưởng từ đánh giá tình trạng tuỷ bám thấp cho thấy có sự cải thiện (7% so với 3,5% trước mổ).

Đánh giá về chất lượng cuộc sống theo thang điểm Kanofsky, có đến 80% số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thể sống độc lập, có thể tự chăm sóc bản thân. Triệu chứng gây phiền hà nhất đó là đi rí, thường gây khó khăn hơn ở nhóm bệnh nhi so với người trưởng thành.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh lý thoát vị tuỷ-màng tuỷ là một tổn thương bẩm sinh dù đã có rất nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị thoát vị tuỷ màng tuỷ ở

trẻ em, song vẫn là một thách thức đối với chuyên ngành phẫu thuật thần kinh. Nghiên cứu này góp phần làm rõ thêm tình trạng hiện tại của bệnh lý này trong thực hành lâm sàng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huân, P.H.**, Nghiên cứu điều trị thoát vị tuỷ - màng tuỷ vùng thắt lưng - cùng ở trẻ em. 2006, Đại học Y Dược Thành phố HCM.
2. **Lorber, J.**, Results of treatment of myelomeningocele. An analysis of 524 unselected cases, with special reference to possible selection for treatment. *Dev Med Child Neurol*, 1971. **13**(3): p. 279-303.
3. **Vinh, T.Q.**, Ứng dụng của phương pháp kích thích thần kinh cơ trong phẫu thuật thoát vị tuỷ màng tuỷ. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 2012. **16**(4): p. 247-252.
4. **Özek, et al.**, Spina Bifida. 2008.
5. **Greenberg, M.S. and N. Arredondo**, Handbook of Neurosurgery 6th ed. 2006 Lakeland, FL New York: Greenberg Graphics; Thieme Medical Publishers.
6. **Pier, D.B., et al.**, Magnetic resonance volumetric assessments of brains in fetuses with ventriculomegaly correlated to outcomes. *J Ultrasound Med*, 2011. **30**(5): p. 595-603.
7. **Chern, J.J., et al.**, Clinical evaluation and surveillance imaging in children with spina bifida aperta and shunt-treated hydrocephalus. *J Neurosurg Pediatr*, 2012. **9**(6): p. 621-6.

## THỰC TRẠNG MẮC BỆNH BỤI PHỔI SILIC CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG TRONG MỘT SỐ CÔNG TY TẠI PHÚ YÊN NĂM 2020

Lê Thị Thanh Xuân<sup>1</sup>, Lê Thị Hương<sup>1</sup>, Khương Văn Duy<sup>1</sup>,  
Nguyễn Ngọc Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Thảo<sup>1</sup>, Phạm Thị Quân<sup>1</sup>,  
Nguyễn Quốc Doanh<sup>1</sup>, Phan Thị Mai Hương<sup>1</sup>, Tạ Thị Kim Nhung<sup>1</sup>,  
Lương Mai Anh<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thu Huyền<sup>2</sup>.

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi silic của người lao động (NLĐ) tiếp xúc trực tiếp với bụi silic ở một số cơ sở sản xuất tỉnh Phú Yên năm 2020. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi silic của NLĐ tiếp xúc trực tiếp với bụi silic trong một số ngành nghề tại Phú Yên năm 2020 là 1,8%. NLĐ mắc bệnh bụi phổi silic tập trung ở loại hình sản xuất đá granit (100%).

Tỷ lệ NLĐ có các triệu chứng ho, khạc đờm, đau ngực, khó thở, rì rào phế nang giảm lần lượt là 6,8%, 7,7%, 2,3%, 2,3%, 0,5%. Các tổn thương đám mờ nhỏ trên phim X-quang theo tiêu chuẩn ILO của NLĐ đều thuộc phân nhóm chính nhóm 1. Trong đó, tổn thương đám mờ nhỏ có mật độ 1/1 chiếm đa số với 75,0%. 100% các đám mờ nhỏ trên phim X-quang đều có kích thước loại p/p. Đa số NLĐ không có rối loạn thông khí. Tỷ lệ NLĐ có rối loạn thông khí hạn chế là 10,9%. Tỷ lệ NLĐ có rối loạn thông khí tắc nghẽn là 6,4%. **Kết luận:** đa số NLĐ không mắc bệnh bụi phổi silic, các rối loạn thông khí và tổn thương nhu mô phổi trên phim X - quang mà NLĐ gặp phải đa số là thể nhẹ.

**Từ khóa:** bệnh bụi phổi silic, Phú Yên, 2020.

### SUMMARY

#### THE SITUATION OF SILICOSIS OF WORKERS IN SOME COMPANIES IN

<sup>1</sup>Viện ĐT YHDP&YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Cục Quản lý môi trường Y tế - Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Xuân

Email: lethithanhxuan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020

Ngày duyệt bài: 7.12.2020