

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zang J., Johnson T.R., Patel V.L. (2002), "Medical error: is the solution medical or cognitive", Journal of American Medical Informatics Association, pp. S75-7.
2. Nguyễn Thị Thu Hà, Lê Thị Thu Loan, Tống Thị Thảo và cs (2021), "Thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú tại Bệnh viện Phổi tỉnh Sơn La năm 2020", Tạp chí Nghiên cứu Y học. 144(8)-2021. tr.207-213
3. Ủy ban nhân dân Tp. Hồ Chí Minh (2020), Chuyển đổi số y tế trong xây dựng thành phố thông minh, Báo cáo Hội nghị chuyển đổi số Y tế quốc gia 2020, Hà Nội 12/2020.
4. Shah N.R., Seger A.C., Seger D.L., et al. (2006), "Improving acceptance of computerized prescribing alerts in ambulatory care", J Am Med Inform Assoc 13(1):5-11.
5. Teich J.M., Osheroff J.A., Pifer E.A., et al. (2005), "Clinical Decision Support in Electronic Prescribing: Recommendations and an Action Plan: Report of the Joint Clinical Decision Support Workgroup". J Am Med Inform Assoc. 2005, 12: 365-376.
6. Nguyễn Thị Thúy Hiếu, Cáp Minh Đức, Bùi Thị Sung và cs (2022), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh đến khám tại Khoa khám bệnh y học gia đình, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2021". Y học Dự phòng. Tập 32, số 1 2022. Tr 189-192.
7. Bộ y tế (2013), Hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện, ban hành theo quyết định 1313/QĐ-BYT ngày 22 tháng 4 năm 2013.

SARCOMA MÔ MỀM THỂ HỐC: BÁO CÁO NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Trần Duy Thanh*, Chu Thị Trang*, Nguyễn Việt Trung*, Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Sarcoma mô mềm thể hốc (Alveolar soft part sarcoma - ASPS) được mô tả lần đầu bởi Christopherson và các cộng sự vào năm 1952, nó là một khối u ác tính hiếm gặp, theo hiểu biết của chúng tôi, 15 trường hợp di căn nội sọ đã được báo cáo, trong đó có 5 trường hợp liên quan đến màng não trong tài liệu Anglo-Saxon. **Báo cáo ca bệnh:** Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ trẻ tuổi có khối u khu trú ở màng não được phẫu thuật cắt bỏ u và có chẩn đoán giải phẫu bệnh là sarcoma mô mềm thể hốc.

Từ khóa: Sarcoma mô mềm thể hốc, màng não, di căn.

SUMMARY

ALVEOLAR SOFT PART SARCOMA: A CASE REPORT

Alveolar soft part sarcoma was first described by Christopherson et al in 1952, it is a rare tumor, with our knowledge, around 20 cases of intracranial metastasis have been reported, including 5 cases of meningeal involvement in the English literature. **Case report:** We report a case of meningeal localization of alveolar soft part sarcoma in a young patient who was diagnosed with a preoperative meningioma.

Keywords: Alveolar soft part sarcoma, meningeal, metastases

*Bệnh viện HN Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: datnguyen20987@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcoma mô mềm thể hốc là một bệnh lý ác tính hiếm gặp, chỉ chiếm 0,2 đến 0,9% các loại sarcoma mô mềm, được đặc trưng bởi đột biến chuyển chuyển đoạn liên quan đến hai gen TFE3 trên nhiễm sắc thể X (Xp11.2) và gen ASPL (ASPCR1) trên nhiễm sắc thể 17 (17q25) [1]. Bệnh này thường gặp ở thanh thiếu niên hoặc thanh niên từ 15 đến 35 tuổi, nhưng có thể gặp ở trẻ nhỏ và các trường hợp ở trên sơ sinh thậm chí đã được báo cáo. Sarcoma mô mềm thể hốc có ưu thế rõ ràng ở phụ nữ dưới 30 tuổi nhưng ưu thế này đã bị đảo ngược trong 30 năm gần đây. Ở người lớn, khối u này chủ yếu phân bố ở các vùng sâu của chi dưới, đặc biệt là ở mông và đùi. Ở trẻ em, nó dễ dàng được tìm thấy nhất ở đầu và cổ, đặc biệt là ở hốc mắt và lưỡi [2]. Về mặt lâm sàng, sarcoma mô mềm thể hốc nhìn chung không có triệu chứng rõ ràng, thường không gây đau, u phát triển chậm, đôi khi có thể được chẩn đoán là do di căn xa, đặc biệt là ở phổi, não và xương. Trong hình ảnh chụp cộng hưởng từ (MRI), sarcoma mô mềm thể hốc có xu hướng tín hiệu mạnh hơn một chút so với mô cơ vân bình thường ở SE T1 và tín hiệu không đồng nhất ở SE T2 [3].

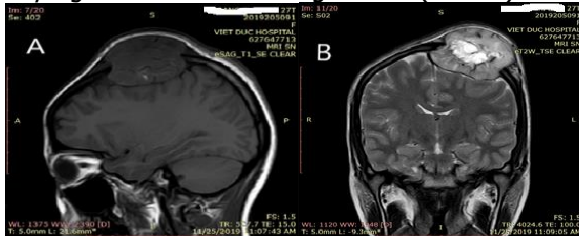
II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp mô tả ca bệnh hiếm và tổng hợp y văn về các đặc điểm mô bệnh học hóa mô miễn dịch, triệu chứng, chẩn đoán sarcoma mô mềm thể hốc.

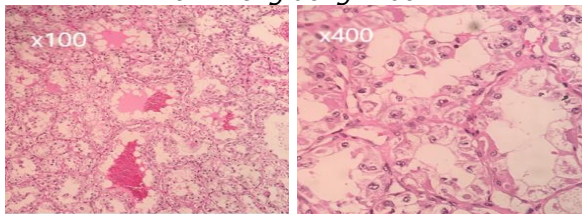
III. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 27 tuổi, không có tiền sử bệnh - phẫu thuật đáng chú ý, có biểu hiện đau đầu gần đây, được đánh giá trong 4 tháng. Khám lâm sàng phát hiện một khối ở chẩm 5 cm, đẩy lùi bề mặt da đầu, không loét bề mặt. MRI cho thấy một khối u ngoài trục, giới hạn rõ. Sau khi tiêm thuốc cản quang, có xuất hiện tăng sinh mạch với tín hiệu cường độ cao không đồng nhất trên T2, kèm theo có dấu hiệu "đuôi màng cứng" (Hình 1).

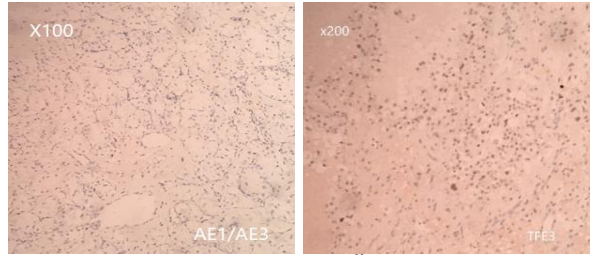
Hình ảnh đại thể cho thấy khối u có kích thước 6,5 cm theo trục lớn nhất, được bao phủ bởi màng não, khối u mềm và bở, màu hơi vàng có vùng xuất huyết, có hoại tử ở trung tâm u. Phân tích mô bệnh học cho thấy sự tăng sinh các tế bào u bào khá đơn hình được sắp xếp thành ổ, hoặc tiểu thùy, ngăn cách nhau bằng các xoanh mạch thành mỏng dẹt. Tế bào u có hình đa diện, kích thước lớn, kích thước và hình dạng khá đồng đều. Bào tương tế bào rộng, sáng màu hoặc ái toan, có dạng hạt mịn, đôi khi có không bào với các đường viền rõ ràng. Nhân tế bào u sẫm màu, hạt nhân trung tâm thường nổi rõ. Chất nhuộm sắc thường bị ép vào màng nhân. Tỷ lệ nhân chia thấp (Hình 2). Nhuộm hóa mô miễn dịch, các tế bào khối u có nhân bắt màu dấu ấn TFE3, mặt khác âm tính với các dấu ấn cytokeratins AE1/AE3, PXA8, TTF1, Thyroglobuline và Chromogranin A (Hình 3).



Hình 1. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ (MRI) thấy khối u ở màng não. A: Hình ảnh ở giai đoạn T1 cho thấy một tổn thương đồng nhất; B: Hình ảnh giai đoạn T2 cho thấy một vùng tăng tín không đồng nhất.



Hình 2. Khối u được nhuộm Hematoxylin Eosin (HE) bao gồm các tiểu thùy, được tạo bởi các tế bào u hình đa diện có một nhân lớn và hạt nhân trung tâm nổi rõ, bào tương rộng sáng màu hoặc ưa toan.



Hình 3. Nhuộm hóa mô miễn dịch tế bào u âm tính với cytokeratins AE1 / AE3, và dương tính với TFE3.

IV. BÀN LUẬN

Sarcoma mô mềm thể hốc (ASPS) là một khối u trung mô ác tính hiếm gặp được đặc trưng bởi sự hợp nhất của gen ASPSCR1 và gen TFE3. Nó thường gặp ở thanh thiếu niên hoặc thanh niên từ 15 đến 35 tuổi, chủ yếu ở vùng sâu của chi dưới, đặc biệt là ở mông và đùi. Nó thường di căn xa, đặc biệt là đến phổi, não và xương. Trong một loạt 74 bệnh nhân ASPS, Portera và cộng sự báo cáo 48 trường hợp giai đoạn IV, bao gồm di căn đồng thời đến não và các vị trí ngoài sọ khác trong 9 trường hợp (19%) [4]. Mặt khác, có mười báo cáo cho thấy tại thời điểm di căn não không phát hiện thấy khối u nguyên phát hoặc di căn đồng thời đến các cơ quan khác cũng giống như quan sát của chúng tôi. Theo hiểu biết của chúng tôi, 15 trường hợp di căn nội sọ đã được báo cáo, trong đó có 5 trường hợp liên quan đến màng não. Trong 15 trường hợp này, di căn không tập trung (11/15 trường hợp), phân bố không đồng nhất, thường ở thùy trán, thùy đỉnh và thùy chẩm, trong đó có 5 trường hợp không thấy khối u nguyên phát, cũng như di căn ngoài sọ. Trong 5 trường hợp liên quan đến màng não, chúng tôi ghi nhận có 4 trường hợp không tìm thấy khối u nguyên phát và 3 trường hợp có biểu hiện di căn phổi kèm theo [5][6][7] [8].

Cần chẩn đoán phân biệt sarcoma mô mềm thể hốc với một số u khác như: Di căn ung thư biểu mô tế bào thận, đặc biệt là ung thư biểu mô tế bào thận liên quan đến chuyển đoạn gen MiTF / TFE hoặc ung thư biểu mô tế bào gan. Với những khối u này khám lâm sàng và các dấu ấn sinh học có thể định hướng khối u nguyên phát, chẳng hạn như có viêm gan do virus, αFP tăng cao trong ung thư biểu mô tế bào gan, hoặc có đá máu trong u thận. Về đặc điểm mô bệnh học hình thái tế bào rất khó phân biệt giữa sarcoma mô mềm thể hốc với ung thư biểu mô tế bào thận (RCC) và ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). Chính vì vậy cần thiết phải nhuộm hóa mô miễn dịch để chẩn đoán phân biệt, trong khi

ASPS âm tính với các dấu ấn CK và dương tính với TFE3 thì RCC và HCC dương tính với CK, PAX8, Hepatocyte, Glypican-3...

Paraganglioma cũng là một trong những chẩn đoán phân biệt cần đặt ra với ASPS, vị trí của khối u thường khác nhau, Paraganglioma thường gặp ở vùng tuyến thượng thận và thể cảnh. Nhân tế bào u trong paraganglioma thường lớn và đa hình có dị nhân, tuy nhiên cũng có thể đơn dạng khó phân biệt trên nhuộm HE. Nhuộm hóa mô miễn dịch thấy cả ASPS và Paraganglioma đều âm tính với CK, tuy nhiên Paraganglioma dương tính với Chromogranin, ASPS âm tính với dấu ấn này.

V. KẾT LUẬN

Sarcoma mô mềm thể hốc là khối u mô mềm hiếm gặp, thường di căn não. Đứng trước một trường hợp ASPS cần phân tích đặc điểm mô bệnh học và đặc biệt là nhuộm hóa mô miễn dịch để chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt với các ung thư khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fletcher C DM, Bridge JA, Hogendoorn P, Mertens F. WHO Classification of Tumours of Soft

Tissue and Bone. Fourth Edition. World Health Organization; 2013.

2. Fanburg-Smith JC, Miettinen M, Folpe AL, Weiss SW, Childers ELB. Lingual alveolar soft part sarcoma; 14 cases: novel clinical and morphological observations. *Histopathology* 2004; 45:526–37.
3. Chen Y-D, Hsieh M-S, Yao M-S, Lin Y-H, Chan WP. MRI of alveolar soft-part sarcoma. *Comput Med Imaging Graph* 2006; 30:479–82.
4. Portera CA, Ho V, Patel SR, Hunt KK, Feig BW, Respondek PM, et al. Alveolar soft part sarcoma: clinical course and patterns of metastasis in 70 patients treated at a single institution. *Cancer* 2001; 91:585–91.
5. Wang M, Li J, Huan L, Meng F, Pang Q. Alveolar soft part sarcoma associated with lung and brain metastases: A case report. *Oncol Lett* 2016; 12:956–8.
6. Perumall VV, Harun R, Sellamuthu P, Shah MSM. Alveolar soft part sarcoma with brain metastases. *Asian J Neurosurg* 2017; 12:112.
7. Wang Y, Cui J, Yan X, Jin R, Hong X. Alveolar soft part sarcoma with multiple brain and lung metastases in pregnancy: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)* 2017;96: e8790.
8. Ahn SH, Lee JY, Wang K-C, Park S-H, Cheon J-E, Phi JH, et al. Primary alveolar soft part sarcoma arising from the cerebellopontine angle. *Childs Nerv Syst ChNS Off J Int Soc Pediatr Neurosurg* 2014; 30:345–50.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ HIỆU QUẢ CỦA ESOMEPRAZOLE SO VỚI PANTOPRAZOLE Ở NGƯỜI BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN CÓ VIÊM XƯƠNG THỰC QUẢN TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Thị Quỳnh Nga¹, Lê Đặng Tú Nguyên¹,
Lê Phước Thành Nhân², Trương Văn Đạt¹, Nguyễn Thị Hải Yến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích chi phí hiệu quả của esomeprazole so với pantoprazole ở người bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) có viêm xương thực quản tại Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô hình hóa sử dụng mô hình cây quyết định để phân tích chi phí-hiệu quả của esomeprazole so với pantoprazole trong điều trị GERD có viêm xương thực quản. Nghiên cứu được thực hiện dưới quan điểm của cơ quan chi trả. Dữ liệu về hiệu quả điều trị tính toán dựa trên các thông số trích xuất từ nghiên cứu đa trung tâm và phân tích tổng hợp đã được công bố. Kết quả mô hình được biểu thị dưới dạng chỉ số

chi phí-hiệu quả tăng thêm (ICER), kết quả phân tích độ nhạy một chiều và phân tích độ nhạy xác suất.

Kết quả: So với pantoprazole, esomeprazole có giá trị ICER là 44.574.294 VND/QALY tăng thêm, cụ thể hiệu quả tăng thêm là 0,0016 QALYs và chi phí điều trị tăng thêm là 72.075,9 VND. Hệ số chất lượng sống của trạng thái khỏi bệnh, hệ số chất lượng sống của trạng thái còn bệnh, đơn giá cho một viên esomeprazole/pantoprazole là những yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến kết quả phân tích chi phí hiệu quả. **Kết luận:** Từ quan điểm của cơ quan chi trả và so với ngưỡng chi trả đề xuất bởi WHO, esomeprazole đạt chi phí hiệu quả so với pantoprazole trong điều trị GERD có viêm xương thực quản tại Việt Nam.

Từ khóa: Eesomeprazole, Pantoprazole, người bệnh GERD có viêm xương, chi phí-hiệu quả, Việt Nam

SUMMARY

COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF ESOMEPRAZOLE COMPARED TO PANTOPRAZOLE IN GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE PATIENT WITH EROSIVE

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: nguyenthiquynhnga@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2022

Ngày duyệt bài: 20.9.2022