

“thông tắc bất thối”. Kết hợp với tác dụng điện châm, thông qua tác động tại chỗ, phản ứng tiết đoạn và phản ứng toàn thân kích thích phản ứng cơ thể sản sinh Endorphin nội sinh, từ đó đạt được hiệu quả giảm đau đáng kể [6]. Phối hợp thêm tác động bổ sung của siêu âm trị liệu giúp giãn cơ, cải thiện tuần hoàn, giảm viêm đã góp phần tạo nên kết quả điều trị tốt hơn ở bệnh nhân nhóm nghiên cứu so với nhóm chứng.

V. KẾT LUẬN

Bài thuốc “Độc hoạt ký sinh thang” kết hợp với phương pháp điện châm và siêu âm trị liệu có hiệu quả tốt trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. Cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS, cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng và cải thiện tâm vận động cột sống thắt lưng tốt hơn có ý nghĩa so với trước điều trị và tốt hơn nhóm chứng khi chỉ dùng bài thuốc “Độc hoạt ký sinh thang” kết hợp với điện châm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Hoàng Kiêm (2018)**, Bệnh thoái hóa khớp chẩn đoán, điều trị và dự phòng, Nhà xuất bản thể thao và du lịch, Hà Nội.
2. **Hữu Hồ Lương (2021)**, Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Nguyễn Đức Minh và Nguyễn Quốc Vinh (2021)**, "Tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp siêu âm điều trị", Tạp chí Y học Việt Nam, 504(1), tr. 11-15.
4. **Trường Đại học Y Hà Nội (2012)**, Thuốc Đông y cách sử dụng và một số bài thuốc hiệu nghiệm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. **Trường Đại học Y Hà Nội (2017)**, Bệnh học nội khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Trịnh Thị Diệu Thường (2019)**, Chăm sóc học 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. **G. Haile, T. T. Hailemariam and T. G. Haile (2021)**, "Effectiveness of Ultrasound Therapy on the Management of Chronic Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review", J Pain Res, 14, pp. 1251-1257.
8. **Damian Hoy and et al. (2014)**, "The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study", Annals of the Rheumatic Diseases, 73(6), pp. 968-974.

NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN VỀ CHẨN ĐOÁN VIÊM HỌNG DO LIÊN CẦU NHÓM A

Đỗ Hoàng Quốc Chính¹, Nguyễn Quang Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các phương pháp chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A (Group A Streptococcus - GAS). Thiết kế nghiên cứu: Tổng quan luận điểm. **Phương pháp:** Sử dụng cơ sở dữ liệu từ trang thông tin điện tử Pubmed, Embase, thư viện đại học y Hà Nội và tìm kiếm thủ công từ 2010-2022. Tiêu chí lựa chọn là những nghiên cứu về chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A dựa trên các triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm vi sinh. **Kết quả:** 40 nghiên cứu được chọn vào tổng quan luận điểm này. Theo guideline của Mỹ và Pháp, các xét nghiệm vi sinh là cần thiết để chẩn đoán viêm họng cấp do liên cầu. Độ nhạy cảm giảm và độ đặc hiệu tăng ở các nhóm bệnh nhân có điểm Centor tăng dần. 50% các nghiên cứu cho kết quả tương đồng giữa xét nghiệm nhanh kháng nguyên (Rapid Antigen Detection Test - RADT) và nuôi cấy dịch họng >90%. Độ nhạy cảm của RADT chủ yếu dao động trong khoảng 80-95% và độ đặc hiệu cao xấp xỉ 95%. **Kết luận:** Hệ thống điểm Centor và McIsaac có thể hỗ trợ cho các bác sĩ lâm sàng trong việc đưa ra chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A. Nuôi cấy

dịch họng là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định, bên cạnh đó RADT với những ưu điểm: độ nhạy và độ đặc hiệu cao, giá rẻ, dễ thực hiện và cho kết quả nhanh cũng là phương pháp đóng góp vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán.

Từ khóa: Viêm họng do liên cầu nhóm A.

SUMMARY

OVERVIEW OF DIAGNOSIS OF GROUP A STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS

Objectives: Analysis of diagnosis of group A streptococcal pharyngitis. Study Design: Scoping review. **Methods:** We searched the database on PubMed, Medline, the electronic library of Hanoi Medical University from 2010 to 2022 related to diagnosis of group A streptococcal pharyngitis. **Results:** 40 studies were included in this review. According to US and French guidelines, microbiological tests are necessary to diagnose acute streptococcal pharyngitis. Sensitivity decreased and specificity increased in groups of patients with increasing Centor scores. 50% of the studies showed similarity between RADT and throat cultures with ratio of >90%. The sensitivity of RADT mainly ranges from 80-95% and the specificity is high at approximately 95%. **Conclusions:** Centor and McIsaac scoring systems can assist clinicians in making a diagnosis of group A streptococcal pharyngitis according to some guidelines. Besides throat culture as the gold standard for definitive diagnosis, RADT with its advantages:

¹Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: trungtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2022

Ngày duyệt bài: 3.10.2022

high sensitivity, high specificity, low cost, ease of implementation and rapid results is also an important method in diagnosis.

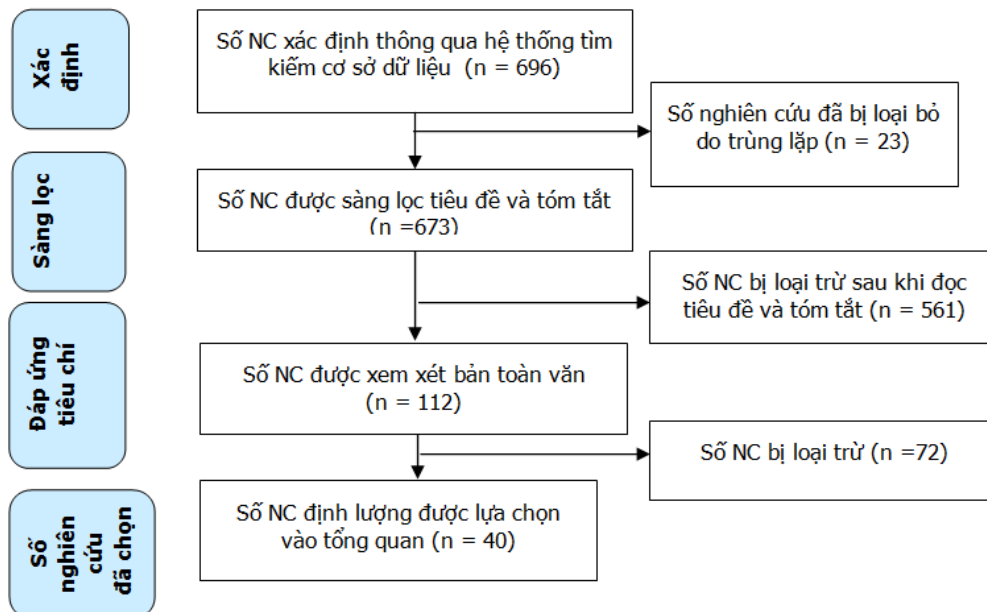
Keywords: "pharyngitis", "sore throat", "tonsillitis", "pharyngotonsillitis", "Streptococcus pyogenes", "Group A-haemolytic Streptococcus pyogenes", "streptococcal pharyngitis".

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm họng là tình trạng viêm nhiễm của niêm mạc họng, mô bạch huyết, cơ, các mô mỡ và mạc xung quanh. Liên cầu nhóm A là vi khuẩn phổ biến nhất gây ra viêm họng cấp tính và là nguyên nhân của 5-15% trường hợp đau họng ở người lớn và 20-30% ở trẻ em. Việc chẩn đoán xác định viêm họng do liên cầu nhóm A chỉ dựa trên lâm sàng thường bị hạn chế do sự giống nhau với các triệu chứng viêm họng do vi khuẩn hay virus. Ở Việt Nam, năm 2000, tác giả Nguyễn Thị Út cho thấy tỷ lệ viêm họng do liên cầu nhóm A ở trẻ em là 30,3% và RADT có độ nhạy 87,6% và độ đặc hiệu 91,9%. Tuy nhiên, việc chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A dựa trên các xét nghiệm lâm sàng như RADT hay nuôi cấy vẫn chưa được triển khai nhiều trên lâm sàng tại Việt Nam. Chính vì vậy, để góp phần vào việc tổng hợp, đánh giá về các phương pháp chẩn đoán viêm họng do GAS, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu phân tích các phương pháp chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ nghiên



Hình 1: Sơ đồ quá trình lựa chọn và loại trừ các nghiên cứu Thang điểm MacIssax – Centor Step

cứu. Tiêu chí lựa chọn là những nghiên cứu về chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A dựa trên các triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm vi sinh. Các nghiên cứu được xuất bản từ năm 2010 đến nay và lấy được toàn văn bằng tiếng việt hoặc tiếng anh. Tiêu chí loại trừ là những nghiên cứu ca bệnh, chùm bệnh, hoặc báo cáo thử nghiệm lâm sàng trên động vật và các báo cáo không có toàn văn.

2. Nguồn cơ sở dữ liệu và chiến lược tìm kiếm tài liệu. Chúng tôi thực hiện tìm kiếm trên hệ thống dữ liệu PubMed, Embase, thư viện Đại học Y Hà Nội để xác định tất cả các bài báo gốc liên quan đến chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A từ năm 2010 đến năm 2022. Các thuật ngữ được sử dụng để tìm kiếm trên Pubmed, Embase qua hệ thống MESH là: "pharyngitis", "sore throat", "tonsillitis", "pharyngotonsillitis", "Streptococcus pyogenes", "Group A -haemolytic Streptococcus pyogenes", "streptococcal pharyngitis"; trên thư viện Đại học Y Hà Nội là: "Viêm họng do liên cầu nhóm A".

3. Quá trình lựa chọn và công cụ nghiên cứu. Các bài báo gốc (bằng tiếng Anh và tiếng Việt) về chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A được chọn lọc, quản lý và trích xuất dữ liệu. Tên, tóm tắt nghiên cứu và toàn văn của tất cả các bài báo đã xác định được đánh giá để lựa chọn dựa trên protocols PRISMA-2009.

Trong quá trình nghiên cứu: có hai tác giả độc lập cùng nghiên cứu

Đặc điểm	Điểm
Sốt >38 độ	1
Không có ho	1
Căng đau hạch cổ trước	1
Viêm amidan xuất tiết	1
Tuổi < 15	1
Tuổi > 45	- 1

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả tìm kiếm. Chúng tôi chọn được 40 bài báo vào nghiên cứu tổng quan luận điểm này, được công bố từ năm 2010 đến năm 2022. Hình 1 cho thấy quá trình lựa chọn các bài báo vào nghiên cứu tổng quan luận điểm này.

2. Chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A

Bảng 1. Các guideline để chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A

Guideline	Tiền sử	Thăm khám LS	Điểm Centor	RADT	Nuôi cấy
IDSA (Mỹ)	Có	Có	Không	Có	Có
ACP-ASIM (Mỹ)	Có	Có	Có	Có	Có
Pháp	Có	Có	Không	Có	Không
Phần Lan	Có	Có	Không	Có	Có
Anh	Có	Có	Có	Không	Không
Hà Lan	Có	Có	Không	Không	Không

*IDSA: Hiệp hội các bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ, ACP-ASIM: Hiệp hội bác sĩ – nội khoa Hoa Kỳ.

Nhận xét: Theo các hướng dẫn của Anh, việc chẩn đoán viêm họng cấp do liên cầu nhóm A phải dựa trên thang điểm Centor. Ngược lại, theo hướng dẫn của Mỹ và Pháp, các xét nghiệm vi sinh là cần thiết để chẩn đoán viêm họng cấp do liên cầu.

Bảng 2. Khuyến nghị của các guideline để chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A

Guideline	Sàng lọc	Chẩn đoán	Nuôi cấy nếu RADT (-)
ACP-ASIM (Mỹ)	Điểm Centor	RADT chỉ khi điểm Centor là 2-3	Người lớn: Không Trẻ em: Có
IDSA (Mỹ)	LS và dịch tể	Nuôi cấy hoặc RADT với bệnh nhân có nguy cơ	Người lớn: Không Trẻ em: Có
Anh	Điểm Centor	Khi điểm Centor ≥ 3	Không áp dụng
Phần Lan	LS và dịch tể	Nuôi cấy hoặc RADT với bệnh nhân có nguy cơ	Người lớn và trẻ em >3 tuổi: Có Trẻ <3 tuổi: Không
Pháp	LS và dịch tể	Chỉ làm RADT với tất cả bệnh nhân có nguy cơ	
Hà Lan	LS và dịch tể	Ngoáy họng không nên được sử dụng thường xuyên	Không áp dụng

Nhận xét: Trong số các guideline của Mỹ, chỉ có ACP-ASIM khuyến nghị sử dụng điểm Centor để xác định bệnh nhân được chỉ định RADT. Tuy nhiên, ACP-ASIM khuyến cáo chỉ chẩn đoán xác định khi điểm Centor là 2 đến 3.

Bảng 3. Đánh giá thang điểm Centor trong chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A

Tác giả (năm)	Điểm Centor	Độ nhạy (95% CI)	Độ đặc hiệu (95% CI)
Llor (2011)	1	-	0,95
	2	0,85	0,89
	3	0,95	0,95
	4	0,90	0,94
Felsenstein (2014)	≥ 1	0,95 (0,91-0,97)	0,18 (0,12-0,26)
	≥ 2	0,79 (0,71-0,86)	0,55 (0,45-0,65)
	≥ 3	0,49 (0,38-0,60)	0,82 (0,72-0,88)
	4	0,18 (0,12-0,27)	0,95 (0,92-0,97)
Orda (2016)	≥ 0	1 (0,95-1)	-
	≥ 1	0,85 (0,65-0,95)	0,4 (0,29-0,52)
	≥ 2	0,54 (0,33-0,73)	0,81 (0,71-0,89)
	≥ 3	0,23 (0,09-0,44)	0,91 (0,82-0,96)
Kose (2016)	> 2	0,97 (0,86-0,99)	0,16 (0,11-0,22)
	> 3	0,79 (0,63-0,91)	0,51 (0,44-0,59)
	> 4	0,24 (0,11-0,40)	0,90 (0,85-0,94)
Muthanna (2022)	3	0,50	0,98
	4	0,50	1

Nhận xét: Trong các nghiên cứu của các tác giả Felsenstei, Orda và Kose, độ nhạy cảm giảm ở các nhóm bệnh nhân có điểm Centor tăng dần. Còn ở các nghiên cứu của Llor và Muthanna cho kết quả độ nhạy như nhau ở các nhóm bệnh nhân có điểm Centor khác nhau.

Bảng 4. Đánh giá RADT trong chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A

Tác giả (năm)	Độ nhạy (95% CI)	Độ đặc hiệu (95% CI)	Tương đồng với nuôi cấy (95% CI)
Rimon (2010)	78,1% (60,9-95,6)	92,1% (86,2-98,8)	94,0%
Sedki (2010)	80,65%	96,88%	81,1%
Enright (2011)	71,0%	98,6%	71,1%
Küçük (2014)	59,5% (52,6-66,2)	97,2% (95,6-98,3)	68,37%
Mazur (2014)	100% (92,1-100)	96,4% (87,5-99,6)	97,8%
Felsenstein (2014)	55,2% (42,5-67,3)	99,1% (96,9-99,8)	91,9% (88,7-94,4)
El-Ghany (2015)	81,1%	93,9%	90,0%
KosE (2016)	92,1% (78,6-98,3)	97,3% (93,8-99,1)	92,1%
Shabestari (2019)	100% (91,6-100)	98,8% (95,6-99,8)	95,4%
Azrad (2019)	80,0% (60,9-91,1)	78,7% (68,71-86,4)	79% (69,9-88,9)
Rao (2019)	85,5%, (77,5-91,5)	93,7% (88,5-97,1)	84%

Nhận xét: 50% các nghiên cứu cho kết quả tương đồng giữa RADT và nuôi cấy dịch họng >90%. Độ nhạy cảm của RADT chủ yếu dao động trong khoảng 80-95% và độ đặc hiệu cao xấp xỉ 95%.

IV. BÀN LUẬN

Theo hướng dẫn của Anh, việc chẩn đoán viêm họng cấp do liên cầu nhóm A dựa trên thang điểm Centor. Điểm Centor, được tính toán dựa trên tuổi của bệnh nhân, sử dụng 4 dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng để ước tính xác suất bị viêm họng cấp do liên cầu ở người lớn và trẻ em.

Ngược lại, theo hướng dẫn của Mỹ và Pháp, các xét nghiệm vi sinh là cần thiết để chẩn đoán viêm họng cấp do liên cầu, làm xét nghiệm RADT hoặc cấy dịch họng được thực hiện thường quy trong các trường hợp có nguy cơ. Tuy nhiên, ACP-ASIM khuyến nghị chỉ chẩn đoán xác định bằng các xét nghiệm vi sinh khi điểm Centor từ 2 tới 3. Ở người lớn có điểm Centor bằng 4, việc chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A có thể xác định dựa trên lâm sàng và phải ngay lập tức được điều trị. Tuy nhiên, có quan điểm cho rằng, cách tiếp cận sau này có thể dẫn tới điều trị không cần thiết bởi vì chỉ có 50% bệnh nhân có điểm Centor là 4 thực sự bị viêm họng do liên cầu.

Các xét nghiệm RADT hiện nay có độ nhạy cao và dễ thực hiện đã được khuyến cáo sử dụng, thay vì cấy dịch họng để chẩn đoán xác định ở người lớn. Điều này cũng được khuyến nghị ở trẻ em ở Mỹ, Pháp (nếu trẻ từ 5 tuổi) và Phần Lan (nếu trẻ từ 3 tuổi).

Theo các hướng dẫn của Hà Lan và Bỉ, việc chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A hoàn toàn dựa trên thăm khám lâm sàng mà không phụ thuộc vào đánh giá thang điểm Centor hay các xét nghiệm vi sinh. Các bác sĩ châu Âu ít chú trọng hơn vào việc chẩn đoán viêm họng do liên cầu hơn so với các đồng nghiệp ở Mỹ. Hướng

dẫn năm 2012 của Hiệp hội Vi sinh lâm sàng và Bệnh truyền nhiễm Châu Âu (ESCMID) nêu rõ rằng RADT là không cần thiết đối với những bệnh nhân có điểm Centor từ 0-2, nhưng có thể được xem xét đối với những bệnh nhân có điểm Centor từ 3-4. Không khuyến cáo cấy dịch họng dự phòng định kỳ cho những người có kết quả RADT âm tính. Các hướng dẫn này cũng khẳng định rằng giá trị chẩn đoán của hệ thống điểm Centor ở trẻ em thấp hơn người lớn, do sự khác biệt trong biểu hiện lâm sàng ở trẻ em. Các hướng dẫn của Châu Âu cũng có xu hướng khuyến cáo không nên sử dụng RADT do độ nhạy cảm chưa thực sự cao và không có khả năng phân biệt giữa người mang mầm bệnh không triệu chứng và người đang có nhiễm trùng. Việc thiếu tầm quan trọng trong chỉ định các phương pháp chẩn đoán GAS rõ ràng trong các hướng dẫn của Châu Âu phản ánh quan điểm cho rằng viêm họng là một bệnh hầu hết sẽ tự khỏi mà không cần can thiệp của các bác sĩ.

Hướng dẫn của AAP khuyến cáo các yếu tố cần được xem xét khi quyết định lấy mẫu ngoáy họng là: trên 3 tuổi, có các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng gợi ý nhiễm liên cầu nhóm A, thời điểm trong năm (mùa) và dịch tễ học gia đình và cộng đồng, bao gồm những tiếp xúc với liên cầu hoặc trong gia đình có người có tiền sử sốt thấp khớp cấp tính hoặc bị viêm cầu thận sau nhiễm khuẩn cầu thận. Trẻ em có các dấu hiệu hoặc triệu chứng nhiễm virus (sổ mũi, viêm kết mạc, khàn giọng, ho hoặc tiêu chảy) không nhất thiết phải thực hiện các xét nghiệm.

Một số nghiên cứu khẳng định rằng thang điểm Centor đã được kiểm chứng trong các điều kiện

lâm sàng khác nhau và thể hiện độ nhạy hợp lý và độ đặc hiệu cao. McIsaac và các cộng sự đã tiến hành thử nghiệm thang điểm McIsaac được sửa đổi và nhận thấy rằng hệ thống tính điểm này vừa chính xác vừa đáng tin cậy để chẩn đoán viêm họng do liên cầu ở người lớn và trẻ em.

Tuy nhiên, một số phân tích tổng hợp và tổng quan hệ thống cho rằng các hệ thống điểm Centor và McIsaac không đủ để đưa ra chẩn đoán xác định GAS, đặc biệt là ở trẻ em. Các tác giả của một nghiên cứu tổng quan hệ thống đã đưa ra kết luận tương tự: chỉ riêng hệ thống tính điểm Centor không thể đưa ra chẩn đoán xác định ở trẻ em. Các lý do để giải thích cho việc không thể áp dụng các thang điểm này ở trẻ em là chỉ những trẻ có các triệu chứng nghiêm trọng mới được đưa ra để đánh giá hoặc tỷ lệ mắc bệnh nhiễm virus cao hơn ở trẻ em với những biểu hiện tương tự: các triệu chứng sốt, đau họng và hạch cổ.

Mặc dù vậy, các hệ thống điểm Centor và McIsaac có hai ưu điểm lớn để trở thành công cụ hấp dẫn đối với các bác sĩ lâm sàng, tuy nhiên thang điểm này cũng hạn chế do số lượng dương tính giả sẽ xảy ra nếu tất cả bệnh nhân được làm xét nghiệm vi sinh.

Tổng tỷ lệ 2 nhóm bệnh nhân có điểm Centor từ 1 tới 2 trong tất cả nghiên cứu đều nằm trong khoảng từ 55-60%. Hai nghiên cứu của Llor (2011) và Muthanna (2022) cho tỷ lệ cao nhất ở nhóm bệnh nhân có điểm Centor ≥ 3 lần lượt là 44,4% và 50,0%. So với thang điểm Centor, độ nhạy cảm của thang điểm McIsaac cao hơn và dao động trong khoảng từ 0,7-0,9.

RADT đã được sử dụng trong bốn thập kỷ qua và có nhiều ưu điểm để giúp các bác sĩ lâm sàng chẩn đoán liên cầu nhóm A. Có ba loại RADT chính: ngưng kết latex, xét nghiệm miễn dịch enzym (EIA) và xét nghiệm miễn dịch quang học (OIA). Kết quả RADT thu được rất nhanh trong vòng chưa đầy mười phút và quá trình này không yêu cầu các nhân viên y tế được đào tạo đặc biệt.

Độ nhạy của các xét nghiệm RADT thường thấp hơn độ đặc hiệu. Các nghiên cứu tổng quan và phân tích tổng hợp ước tính về độ nhạy RADT khoảng 85% và độ đặc hiệu khoảng 96%. Bên cạnh đó, các xét nghiệm nhanh ở các nghiên cứu rất khác nhau về độ nhạy và độ đặc hiệu. Các thử nghiệm cũng cho thấy độ nhạy trong môi trường lâm sàng có thể thấp hơn đáng kể so với đề xuất của các nhà sản xuất.

Có một số cách giải thích cho sự không đồng nhất được quan sát thấy trong độ nhạy và độ đặc hiệu của RADT. Một số đánh giá về hiệu suất

RADT được thực hiện trong các cơ sở y tế, trong khi những đánh giá khác là các nghiên cứu được thực hiện bởi các nhân viên được đào tạo đặc biệt. Các phương pháp miễn dịch sử dụng để xác định sự hiện diện của GAS cũng khác nhau cũng ảnh hưởng lớn đến kết quả nghiên cứu. Liệu việc ngoáy họng được thực hiện ở sau họng và amidan thay vì lưỡi, môi và niêm mạc hai bên có ảnh hưởng đến độ nhạy hay không, mặc dù mức độ thay đổi do sự khác biệt về vị trí mẫu vẫn còn là vấn đề gây tranh cãi. Kinh nghiệm của người thực hiện RADT cũng rất quan trọng, cũng như việc không có phương pháp nuôi cấy vi khuẩn được chấp nhận rộng rãi để làm tiêu chuẩn vàng đối chiếu. Các đặc điểm của bệnh nhân như biểu hiện lâm sàng, và việc bác sĩ thực hành tại bệnh viện hay văn phòng được phát hiện cũng có ảnh hưởng đến độ nhạy. Cuối cùng, có thể độ nhạy của một xét nghiệm RADT nhất định không cố định mà còn phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh hoặc khả năng bệnh nhân bị nhiễm bệnh.

50% các nghiên cứu cho kết quả tương đồng giữa RADT và nuôi cấy dịch họng (tiêu chuẩn vàng để chuẩn đoán GAS) là trên 90%. Điều này cho thấy RADT với những ưu điểm thực hiện dễ dàng, chi phí rẻ và thời gian cho kết quả nhanh hơn nuôi cấy vi khuẩn có thể được tin cậy trong việc giúp các bác sĩ lâm sàng đưa ra chẩn đoán xác định và quyết định điều trị bệnh nhân kịp thời và phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Hệ thống điểm Centor và McIsaac có thể hỗ trợ cho các bác sĩ lâm sàng trong việc đưa ra chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A. Nuôi cấy dịch họng là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định, bên cạnh đó RADT với những ưu điểm: độ nhạy và độ đặc hiệu cao, giá rẻ, dễ thực hiện và cho kết quả nhanh cũng là phương pháp đóng góp vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al.** Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2012;55(10):e86-102.
2. **Weber R. Pharyngitis.** *Prim Care.* 2014;41(1):91-98.
3. **Chiappini E, Regoli M, Bonsignori F, et al.** Analysis of different recommendations from international guidelines for the management of acute pharyngitis in adults and children. *Clin Ther.* 2011;33(1):48-58.
4. **Shaikh N, Swaminathan N, Hooper EG.** Accuracy and precision of the signs and symptoms of streptococcal pharyngitis in children: a systematic review. *J Pediatr.* 2012;160(3):487-493.e3.

5. **ESCMID Sore Throat Guideline Group, Pelucchi C, Grigoryan L, et al.** Guideline for the management of acute sore throat. Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis. 2012;18 Suppl 1:1-28.

6. **Luo R, Sickler J, Vahidnia F, Lee YC, Frogner B, Thompson M.** Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis in the United States, 2011-2015. BMC Infect Dis. 2019; 19 (1):193.

NHẬN XÉT PHẪU THUẬT SOI BỤNG TỬ CUNG CAN THIỆP MỘT SỐ TỔN THƯƠNG THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Nguyễn Kim Huệ¹, Lê Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh soi buồng tử cung và can thiệp khi soi buồng tử cung. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 208 bệnh nhân được phẫu thuật soi buồng tử cung điều trị tổn thương tại khoa Phụ sản bệnh viện A Thái Nguyên, từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Tổn thương buồng tử cung trên soi: 88,4% polype, 5,3% dính buồng tử cung, 3,4% quá sản niêm mạc buồng tử cung và 2,9% u xơ dưới niêm mạc. Polype buồng tử cung được xử lý cắt bằng vòng đốt điện chiếm 83,7%, cắt bằng dụng cụ bào chiếm 16,3%. U xơ tử cung dưới niêm mạc được xử trí cắt u chiếm 83,3%, 16,7% không can thiệp. Dính buồng tử cung được xử trí tách dính bằng đèn soi chiếm 27,3%, cắt dính bằng dụng cụ nội soi chiếm 72,3%. **Kết luận:** Các tổn thương thường gặp là polype buồng tử cung, u xơ tử cung dưới niêm mạc, dính buồng tử cung và quá sản niêm mạc tử cung. Trong đó, tổn thương thường gặp nhất là polype buồng tử cung. Các tổn thương này được xử trí bằng dụng cụ nội soi và ít tai biến.

Từ khoá: Nội soi buồng tử cung, Polype buồng tử cung, U xơ tử cung, Dính buồng tử cung.

SUMMARY

COMMENTS OF HYSTEROSCOPY SURGERY IN THE TREATMENT OF SOME FREQUENTLY UTERINE LESIONS AT A THAI NGUYEN HOSPITAL

Objective: Describe hysteroscopy images and some interventions during hysteroscopy. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study of 208 patients undergoing hysteroscopy to treat lesions at the Department of Obstetrics and Gynecology, A Thai Nguyen Hospital, from January 2020 to December 2021. **Result:** Uterine lesions on laparoscopy: 88.4% polyps, 5.3% uterine adhesions, 3.4% uterine mucosal hyperplasia and 2.9% submucosal fibroids. Uterine polyps treated with electrocautery ablation accounted for 83.7%, and accounted for 16.3% with laparoscopic morcellation.

¹Bệnh viện A Thái Nguyên

²Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Huệ

Email: nguyengkimhue92@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2022

Ngày duyệt bài: 11.10.2022

Submucosal fibroids were treated with tumor resection, accounting for 83.3%, 16.7% without intervention. Adhesions of the uterus are treated by laparoscopic removal for 27.3%, and 72.3% of adhesions by laparoscopic instruments. **Conclusion:** Common lesions are uterine polyps, submucosal fibroids, uterine adhesions, and endometrial hyperplasia. Among them, the most common lesion is uterine polyp. These lesions are treated with endoscopic instruments and have few complications.

Key word: Hysteroscopy, Uterine Polyps, Fibroids, Uterine adhesions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều hình thái bệnh lý buồng tử cung (BTC) được nghiên cứu như: Polype nội mạc tử cung (NMTC), U xơ tử cung (TC) dưới nội mạc, quá sản NMTC, ung thư NMTC, dính BTC, vách ngăn TC... Những bệnh lý này gây rong kinh, rong huyết, thiếu máu, vô sinh, sảy thai liên tiếp... ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe người phụ nữ^{1,2}.

Trong khi, việc chẩn đoán bằng siêu âm, X – Quang... và điều trị các tổn thương buồng tử cung bằng các phương pháp phẫu thuật vào ổ bụng còn nhiều hạn chế thì soi BTC kèm sinh thiết trở thành tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và điều trị các bất thường bên trong TC.

Tại Bệnh viện A Thái Nguyên, soi BTC đã được áp dụng như một kỹ thuật ưu tiên sử dụng hàng đầu trong chẩn đoán và xử trí các bệnh lý BTC từ năm 2016 mang lại nhiều hiệu quả điều trị trong lĩnh vực phụ khoa, hỗ trợ sinh sản. Tuy nhiên từ đó đến nay vẫn chưa có một nghiên cứu cụ thể nào về phẫu thuật nội soi BTC. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Phẫu thuật soi buồng tử cung trong điều trị một số tổn thương buồng tử cung thường gặp tại bệnh viện A Thái Nguyên" với mục tiêu: Mô tả hình ảnh soi buồng tử cung và can thiệp khi soi buồng tử cung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những hồ sơ người bệnh được phẫu thuật soi BTC điều trị tổn thương BTC tại bệnh viện A Thái Nguyên từ