

KẾT QUẢ NÚT MẠCH CẦM MÁU UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN VỠ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đào Quang Minh*, Vũ Duy Lâm*, Nguyễn Thành Vinh*
Trần Quyết Thắng*, Nguyễn Duy Thịnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính, chụp mạch và kết quả nút mạch điều trị ung thư biểu mô tế bào gan vỡ cấp cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang đánh giá kết quả chụp và nút mạch cấp cứu trên 14 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan vỡ từ tháng 1/2018 đến tháng 5 năm 2022 tại bệnh viện Thanh Nhàn.

Kết quả: Nhận xét về 14 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan vỡ được nút mạch cầm máu chúng tôi thấy: Đường kính lớn nhất u là 106.5 ± 30.2 mm. Trên phim chụp mạch có 10/14 (71.4%) có ổ chảy máu hoạt động, 2/14 trường hợp có ổ giả phình (14.3%), 2/14 (14.3%) không thấy tổn thương mạch. Vật liệu nút mạch được sử dụng chủ yếu là Lipiodol/Doxorubicin có hoặc không kết hợp với Spongel 10/14 (71.4%) trường hợp, 4/14 (28.6%) trường hợp dùng Spongel đơn thuần. Cả 14/14 (100%) bệnh nhân đều cầm máu thành công, không có trường hợp nào chảy máu lại và phải can thiệp lần 2. Một bệnh nhân tử vong trong vòng 1 tháng sau can thiệp do suy gan phối hợp với viêm phổi nặng.

Kết luận: Nút mạch cầm máu cấp cứu ung thư biểu mô tế bào gan vỡ là một trong những lựa chọn an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Chụp mạch, nút mạch, ung thư biểu mô tế bào gan, u gan vỡ.

SUMMARY

RESULT OF EMBOLIZATION FOR CONTROLLING HEMORRHAGE OF RUPTURED HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN THE THANH NHAN HOSPITAL

Objectives: Evaluate the imaging characteristics of hepatocellular carcinoma (HCC) ruptured and the effectiveness of transcatheter arterial embolization for controlling hemorrhage.

Subjects and Methods: Analyze retrospectively the outcomes of 14 patients who underwent abdominal CT scanner and urgent transarterial embolization for spontaneous ruptured HCC during the period from 01/2018 to 05/2022 in Thanh Nhan hospital.

Results: Mean tumor size: 106.5mm (longest diameter). 10/14 patients (71.4%) exhibited contrast extravasation on angiography, 2/14 patients (14.3%) exhibited pseudoaneurysm, 2/14 (14.3%) showed no vascular injury. The embolization materials we used mostly was Lipiodol/Doxorubicin with Spongel in 10/14 patients (71.4%), only Spongel 4/14 (28.6%). The success rate of embolization in angiography is 14/14 (100%). 1 patient die in one months after the procedure due to liver failure and pneumonia (7.2%).

Conclusion: Transarterial embolization is a safe and effective method for controlling

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Thịnh

Email: saithanhvagabond2008@gmail.com

ĐT: 0977259241

Ngày nhận bài: 16/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/06/2022

Ngày duyệt bài: 25/06/2022

spontaneous rupture of HCC.

Key words: angiography, embolization, hepatocellular carcinoma, large tumors spontaneous rupture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan là bệnh lý thường gặp và có tỷ lệ tử vong cao, theo thống kê từ Globocan, năm 2020 thế giới ghi nhận 905677 bệnh nhân bị ung thư gan, đứng thứ 6 (4.7%) trong số các bệnh ung thư với tỷ lệ tử vong đứng thứ 2 (8.3%) sau ung thư phổi (18%). Tại Việt Nam, ung thư gan đứng hàng đầu trong số các bệnh ung thư về tỷ lệ mắc (14.5%) cũng như tử vong (20.5%) [1].

Ung thư gan có nhiều biến chứng như: suy gan, chảy máu tiêu hóa, vỡ u gan... Trong đó vỡ u gan là biến chứng cấp tính đòi hỏi xử trí cấp cứu và có tỷ lệ tử vong cao.

Điều trị u gan vỡ gồm các phương pháp: điều trị bảo tồn, phẫu thuật và nút mạch đường động mạch. Điều trị bảo tồn áp dụng trong trường hợp huyết động ổn định, tuy nhiên nguy cơ chảy máu tái phát hoặc tử vong còn cao. Phẫu thuật có thể cầm máu ngay lập tức thành công (70-100%) nhưng tỷ lệ tử vong còn cao (40-75%) [2].

Nút mạch đường động mạch là phương pháp hiệu quả, áp dụng trong cả trường hợp huyết động không ổn định. Phần lớn các bệnh nhân ung thư gan vỡ thường có kích thước lớn, trong tình trạng nặng. Trong trường hợp bệnh nhân không thể phẫu thuật được, nút mạch là phương pháp thích hợp và tỷ lệ tử vong trong 30 ngày thấp hơn so với phẫu thuật [3].

Tại bệnh viện Thanh Nhàn, ung thư biểu mô tế bào gan rất thường gặp. Tại đây, bệnh nhân được điều trị theo nhiều phương pháp như phẫu thuật, đốt sóng cao tần, can thiệp nút mạch và điều trị đích. Trong đó can thiệp

nút mạch điều trị ung thư gan vỡ được triển khai đồng thời với điều trị ung thư biểu mô tế bào gan từ cuối năm 2017. Tuy nhiên chưa có báo cáo đánh giá về hiệu quả điều trị can thiệp nút mạch ung thư gan vỡ. Mục tiêu nghiên cứu của đề tài là: *“Đánh giá về tính hiệu quả và an toàn của nút mạch điều trị ung thư gan vỡ tại bệnh viện Thanh Nhàn”*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 14 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan dựa theo các tiêu chuẩn của Bộ Y Tế năm 2012 bao gồm: hình ảnh u gan vỡ chảy máu ổ bụng trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng hoặc chụp mạch số hóa xóa nền. Các bệnh nhân này đã được can thiệp và nút mạch điều trị từ tháng 1/2018 đến tháng 5/2022.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.
- Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

3. Phương tiện nghiên cứu

- Máy chụp mạch số hóa xóa nền J 630 của hãng GE.
- Máy chụp cắt lớp vi tính 128 dãy Revolution của GE.
- Các loại ống thông Yashiro 5F, Simmon 5F.
- Các loại vi ống thông từ 1.98F đến 2.7F.
- Các vật liệu can thiệp tắc mạch Gelfoam (Spongel), Lipiodol/Doxorubicin, keo sinh học, hạt PVA, hạt Embozene đa kích cỡ.

4. Quy trình chụp và can thiệp nút mạch ung thư gan vỡ.

4.1 Quy trình chụp cắt lớp vi tính.

Chụp gan ba pha, pha trước tiêm đánh giá máu tụ, chảy máu ổ bụng. Pha động mạch

đánh giá tính chất ngấm thuốc của khối u, bản đồ mạch máu và các hình thái tổn thương mạch máu: ổ chảy máu hoạt động, giả phình hoặc các thông động tĩnh mạch. Pha tĩnh mạch đánh giá sự thải thuốc và huyết khối tĩnh mạch cửa.

4.2 Quy trình chụp và can thiệp nút mạch:

Bước 1: Gây tê tại chỗ và mở đường vào động mạch đùi với dụng cụ mở đường vào động mạch đùi 5F hoặc 6F bằng kỹ thuật Seldinger.

Bước 2: Chụp động mạch thân tạng, động mạch mạc treo tràng trên xác định các nhánh mạch cấp máu trong gan và ngoài gan cho khối u, vị trí ổ chảy máu thể hoạt động hoặc giả phình mạch.

Bước 3: Dùng vi ống thông 1.98-2.7F tiếp cận siêu chọn lọc nhánh động mạch có ổ giả phình hoặc ổ chảy máu thể hoạt động.

Bước 4: Bơm vật liệu tắc mạch, tùy thương tổn cụ thể có thể chọn Gelfoam, keo sinh học hoặc Lipiodol gây tắc mạch.

Bước 5: Rút vi ống thông. Đánh giá hiệu quả tắc gây tắc mạch gan bằng ống thông 5F.

Bước 6: Rút ống thông, rút dụng cụ mở vào động mạch đùi, tiến hành băng ép cố định vị trí mở động mạch đùi.

5. Các chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, đặc điểm cận lâm sàng: công thức máu, huyết sắc tố, lượng máu truyền.

Đặc điểm hình ảnh tổn thương: Kích thước khối u, ổ giả phình, ổ thoát thuốc, thông động tĩnh mạch, huyết khối tĩnh mạch cửa.

Đánh giá hiệu quả can thiệp: Vật liệu nút mạch, tỷ lệ cầm máu thành công, số lượng máu truyền, tỷ lệ tử vong. Biến chứng: tỷ lệ tử vong sau 1 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm đối tượng nghiên cứu.

Từ tháng 1 năm 2018 đến hết tháng 5/2022 chúng tôi có 14 bệnh nhân ung thư biểu mô gan vỡ, được chụp và nút mạch cầm máu.

Đặc điểm về tuổi: Trung bình 63.4 ± 14.2 tuổi, lớn nhất 87 tuổi, nhỏ nhất 42 tuổi.

Đặc điểm về giới: Tất cả bệnh nhân đều là nam giới.

3.2. Đặc điểm xét nghiệm

Công thức máu	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Số lượng hồng cầu (T/l)	3.2 ± 0.87	3.7 ± 0.35
Hemoglobin máu (g/dl)	101.4 ± 29.6	116.5 ± 13.2

3.3. Đặc điểm huyết động

Có 04/14 BN (28.6%) có biểu hiện sốc mất máu nhập viện trong tình trạng mạch nhanh (>100 lần/phút), huyết áp thấp ($<90/60$ mmHg) và 10/14 BN (71.4%) có huyết động ổn định.

3.4. Các phương pháp can thiệp trước đó

Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu chưa được điều trị bằng phương pháp nào trước đó với 10/14 bệnh nhân (71.4%), vào viện lần đầu phát hiện ung thư gan vỡ, chỉ có 4 BN (28.6%) đã được điều trị TACE tại bệnh viện Thanh Nhàn trong đó có 01 bệnh nhân kháng TACE và 03 BN bỏ điều trị giữa chừng.

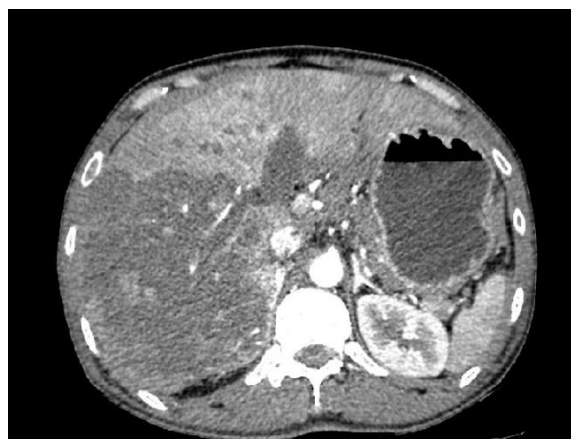
3.5. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính

Đường kính trung bình lớn nhất của các khối u 106.5 ± 30.2 mm, u có kích thước lớn nhất là 121×161 mm, nhỏ nhất là 77×60 mm. Có 3 bệnh nhân (21.4%) có huyết khối tĩnh mạch cửa, 2 bệnh nhân huyết khối hoàn toàn nhánh phải và 1 bệnh nhân huyết khối nhánh

nhánh phân thùy sau.

Đặc điểm tổn thương mạch máu trên CLVT: 2 trường hợp (14.3%) có ổ giả phình,

3 trường hợp có ổ thoát thuốc hoạt động (21.4%) và 9 trường hợp (64.3%) không phát hiện tổn thương mạch trên CLVT.



Hình 1. Khối ung thư biểu mô tế bào gan vỡ có thoát thuốc trên phim CLVT (BN Quách Đình T, 53 tuổi, mã bệnh án BNG00621016401).

3.6. Đặc điểm hình ảnh chụp mạch số hóa xóa nền

Đặc điểm tổn thương trên hình ảnh DSA có 2 trường hợp (14.3%) có ổ giả phình, 10 trường hợp (71.4%) có hình ảnh ổ chảy máu hoạt động, có 2 trường hợp (14.3%) không thấy tổn thương mạch và không có trường hợp nào có thông động tĩnh mạch.

3.7. Vật liệu can thiệp

Vật liệu nút mạch chủ yếu là dùng Lipiodol/Doxoubicin có hoặc không kết hợp với Spongel 10/14 trường hợp (71.4%). Sử dụng Spongel đơn thuần 4 trường hợp (28.6%).

3.8. Hiệu quả sau can thiệp

Tỷ lệ nút mạch thành công về kỹ thuật là 100% (14/14 trường hợp), không có trường hợp nào nút mạch lần 2. Cả 14/14 bệnh nhân có huyết động ổn sau can thiệp, không có chảy máu tái phát. Số lượng máu truyền trung bình là 408 ml.

Trong số các bệnh nhân nghiên cứu: có 1/14 (7.2%) bệnh nhân tử vong trong vòng 1

tháng sau can thiệp do suy gan phổi hợp với viêm phổi nặng, 2/14 (14.3%) bệnh nhân tử vong trong vòng sáu tháng sau can thiệp trong đó 1 bệnh nhân có huyết khối hoàn toàn nhánh phải tĩnh mạch cửa, 1 bệnh nhân u kích thước lớn (122x161mm) kèm theo huyết khối nhánh phân thùy sau.

3.9. Biến chứng sau can thiệp

Không gặp các biến chứng sớm như tụ máu tại vị trí chọc mạch đùi, lóc tách thành động mạch chủ.

Hội chứng sau nút mạch: đau bụng, sốt, tăng men gan gặp 14/14 bệnh nhân.

Không gặp biến chứng thuyên tắc động mạch phổi do dùng lipiodol sau nút mạch.

Không gặp biến chứng chảy máu tái phát hoặc áp xe gan sau nút mạch.

3.10. Ca lâm sàng

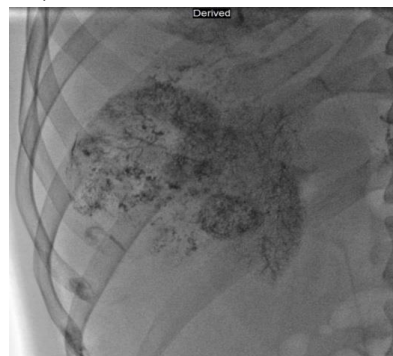
Bệnh nhân Trần Đức T, 42 tuổi, vào viện ngày 13/12/2020 với lý do đau tức hạ sườn phải. Bệnh nhân có tiền sử viêm gan virus B không điều trị, bệnh nhân vào viện trong tình trạng huyết động ổn định, huyết áp 100/60

mmHg, mạch 95 lần/phút, số lượng hồng cầu 4.5 T/l, Hb 125 g/dl. Bệnh nhân được chụp CLVT phát hiện khối u gan phải kích thước 40x90 mm vỡ thông ra ngoài bao gan, máu tụ

dưới bao và trong khoang phúc mạc. Bệnh nhân được sử dụng vật liệu Lipiodol/Doxorubicin để nút tắc.



Hình 2. Khối ung thư gan vỡ chảy máu (BN Trần Đức T, 42 tuổi, mã bệnh án BNG00620043749)



Hình 3. Hình chụp DSA và sau can thiệp (BN Trần Đức T, 42 tuổi, mã bệnh án BNG00620043749).

IV. BÀN LUẬN

Chụp cắt lớp vi tính là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan vỡ. Đặc điểm khối ung thư biểu mô tế bào gan điển hình là khối bắt thuốc sớm thì động mạch, thải thuốc thì tĩnh mạch cửa và thì muộn. Khi khối u vỡ có thể dễ dàng phát hiện máu cục hoặc dịch máu ổ bụng. Tỷ lệ thấy được thoát thuốc trên chụp cắt lớp vi tính (21.4%) là khá thấp. Trên phim chụp mạch thấy được tỷ lệ thoát thuốc là 71.4%. Các trường hợp không thấy thoát thuốc trên phim chụp mạch cần dựa vào phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy đầu dò có

dựng hình mạch máu để xác định nhánh mạch máu thương tổn.

Biến chứng vỡ của ung thư biểu mô tế bào gan không thường gặp, việc lựa chọn vật liệu nút mạch cầm máu chưa có sự thống nhất. Theo Kung vật liệu nút mạch gồm Spongel, Lipiodol và Coil dùng trong các trường hợp có thông động tĩnh mạch [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 71.4% trường hợp chúng tôi sử dụng Lipiodol/Doxorubicin có hoặc không kết hợp với Spongel vừa cầm máu và kết hợp điều trị khối u cho bệnh nhân. Phương pháp này chỉ áp dụng cho bệnh nhân có chức năng gan còn

tốt. Có 4 trường hợp (28.6%) chúng tôi sử dụng Spongel đơn thuần cho bệnh nhân có khối u lớn kèm huyết khối tĩnh mạch cửa để hạn chế biến chứng suy gan sau nút mạch.

Trong các bệnh nhân can thiệp có 14/14 bệnh nhân được nút tắc hoàn toàn các nhánh mạch tổn thương. Tình trạng huyết động của các bệnh nhân đều ổn định trong thời gian nằm viện. 4 bệnh nhân có biểu hiện sốc mất máu khi nhập viện đều có huyết động ổn định sau can thiệp, không có bệnh nhân nào chảy máu thì 2. Số lượng hồng cầu trước can thiệp trung bình là 3.2T/l và 3.7T/l, nồng độ Hb trung bình trước và sau can thiệp là 101.4 g/dl và 116.5 g/dl sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ cầm máu cao cho thấy hiệu quả của nút mạch kiểm soát chảy máu u gan vỡ trong cấp cứu, điều này cũng được chứng minh trong nhiều nghiên cứu của các tác giả nước ngoài.

Các biến chứng sau nút mạch u gan hay gặp như suy gan, chảy máu tái phát. Suy gan là biến chứng nặng, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở các bệnh nhân vỡ u gan. Huyết khối tĩnh mạch cửa là yếu tố thuận lợi làm tăng tỷ lệ suy gan sau nút mạch. Trong nghiên cứu có 21.4% bệnh nhân bị huyết khối tĩnh mạch cửa, trong đó có 14.3 % bệnh nhân có huyết khối nhánh phải hoàn toàn. Mặc dù huyết khối tĩnh mạch cửa là chống chỉ định của nút mạch nhưng cần căn cứ vào tình trạng lâm sàng và vị trí huyết khối để lựa chọn chiến lược điều trị.

Huyết khối tĩnh mạch cửa trong ung thư biểu mô tế bào gan vỡ là yếu tố tiên lượng xấu. Theo nghiên cứu của Kung có 6 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan vỡ có huyết khối hoàn toàn thân chung tĩnh mạch cửa và được điều trị bảo tồn. Cả 6 bệnh nhân này đều tử vong (100%) trong vòng 30 ngày [4]. Vì vậy với các bệnh nhân ung thư biểu mô tế

bào gan vỡ có huyết khối tĩnh mạch cửa chúng tôi vẫn tiến hành nút mạch cấp cứu và tiên lượng có biến chứng suy gan sau can thiệp. Có 1 trường hợp (7.3%) có suy gan và tử vong trong 30 ngày vì biến chứng suy gan và phối hợp với viêm phổi. Đây là bệnh nhân có khối u lớn kích thước 120 x 90mm, có huyết khối hoàn toàn nhánh phải tĩnh mạch cửa được tiên lượng nặng từ trước can thiệp. Tỷ lệ tử vong sau 6 tháng trong nghiên cứu chúng tôi là 3/14 trường hợp (21.4%), đều là các bệnh nhân có khối u kích thước lớn, 2 trường hợp huyết khối hoàn toàn nhánh phải và một trường hợp có huyết khối nhánh phân thùy sau của tĩnh mạch cửa. Tỷ lệ này cao hơn một vài nghiên cứu, có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn và các bệnh nhân đến viện khi giai đoạn muộn, khối u kích thước lớn và có huyết khối tĩnh mạch cửa.

V. KẾT LUẬN

Nút mạch cầm máu là 1 trong những lựa chọn an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan vỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Observatory.** Globocan. [Online] 2020. [Cited: 5 10, 2021.] <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>.
2. **Redvanly M P. and Fernandez R D 1998** "Primary hepatic malignant neoplasms", Radiol Clin North Am 1998, Vol. 43. pp. 191-8.
3. **Ngan H, Tso W K, Lai C L. 1998**, "The role of hepatic arterial embolization in the treatment of spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma". Clinical Radiology, Vol. 53, pp. 338-41.
4. **Kung C T, Liu B M, 2008**, "Transcatheter arterial embolization in the emergency department for hemodynamic instability due to ruptured hepatocellular carcinoma: analysis of 167 cases" American Journal of Roentgenology, Vol. 191, pp. 231-9.

NHẬN XÉT SUY GIẢM NHẬN THỨC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Lại Thanh Hà*, Trần Thị Nhị Hà**,
Nguyễn Thế Anh*, Nguyễn Thị Phương Nam*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường typ 2 là một yếu tố nguy cơ độc lập của suy giảm nhận thức nhẹ và sút trí tuệ. **Mục tiêu:** 1. Nhận xét đặc điểm suy giảm nhận thức trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn. 2. Tìm hiểu mối liên quan của một số yếu tố với suy giảm nhận thức trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang suy giảm nhận thức và một số yếu tố liên quan ở 210 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 từ 60 tuổi trở lên, điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ suy giảm nhận thức của bệnh nhân đái tháo đường là 29,0%. Trong đó suy giảm nhận thức nhẹ chiếm tỷ lệ 77%, trung bình là 16,4% và nặng : 6,6 %; Tuổi cao, tăng huyết áp, nhồi máu não là những yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức ở bệnh nhân đái tháo đường cao tuổi.

Từ khóa: Đái tháo đường, suy giảm nhận thức, sa sút trí tuệ

SUMMARY

TO COMMENT ON COGNITIVE IMPAIRMENT AND SOME RELATED FACTORS OF THE ELDERLY TYPE II DIABETES PATIENT, TREATED AT THANH NHAN HOSPITAL

Background: Type 2 diabetes is an independent risk factor for mild cognitive impairment and dementia. Objectives: 1. Review the characteristics of cognitive impairment in patients with type 2 diabetes treated at Thanh Nhan hospital. 2. Understanding the relationship of some related factors of cognitive impairment in elderly type 2 diabetes patients. Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study of cognitive decline and some related factors in 210 type 2 diabetes patients aged 60 years and older, treated at Thanh Nhan hospital from January 2020 to October 2020. Results: The rate of cognitive impairment of diabetic patients was 29.0%. In which mild cognitive impairment accounted for 77%, medium cognitive impairment was 16.4% and, severe: 6.6%. Old age, hypertension, cerebral infarction are factors related to cognitive decline in elderly diabetic patients.

Keywords: Diabetes, cognitive impairment, dementia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh không lây nhiễm có tốc độ phát triển nhanh nhất. ĐTĐ typ 2 là bệnh thường

*Bệnh viện Thanh Nhàn

**Sở Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lại Thanh Hà

Email: laithanhhabvtn@gmail.com

ĐT: 0904516365

Ngày nhận bài: 15/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2022

Ngày duyệt bài: 25/6/2022

gặp trên người cao tuổi và có tỷ lệ mắc cao (>10%). Đái tháo đường (ĐTĐ) đã được chứng minh là một yếu tố nguy cơ độc lập của sa sút trí tuệ (SSTT) và suy giảm nhận thức (SGNT) nhẹ. Suy giảm nhận thức (SGNT) là sự thoái hoá thần kinh mắc phải về khả năng nhận thức có thể làm ảnh hưởng tới hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Chức năng nhận thức bị suy yếu có thể dẫn đến việc tuân thủ kém với điều trị, kiểm soát đường huyết kém hơn do thất thường của chế độ ăn và thuốc men và làm tăng nguy cơ hạ đường huyết. Lợi ích của việc phát hiện sớm suy giảm nhận thức ở bệnh nhân đái tháo đường giúp định hướng các bác sĩ lâm sàng tạo cơ hội để xem xét can thiệp suy giảm nhận thức liên quan đến bệnh ĐTĐ như kiểm soát đường huyết tối ưu, kiểm soát huyết áp và mỡ máu, cho phép các bệnh nhân và gia đình được hưởng lợi ích sớm với kế hoạch tài chính và xã hội, đồng thời giúp tiếp cận thông tin về các nhóm hỗ trợ và tư vấn. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu:

- Nhận xét đặc điểm suy giảm nhận thức trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn.

- Tìm hiểu mối liên quan của một số yếu tố với suy giảm nhận thức trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cao tuổi.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

1. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng được chọn là những bệnh nhân ≥ 60 tuổi đã được chẩn đoán xác định ĐTĐ typ 2 đang theo dõi điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 10 năm 2020.

*Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân ≥ 60 tuổi (theo quy định Điều 1, Pháp lệnh người cao tuổi Việt Nam)

- Được chẩn đoán ĐTĐ typ 2 theo tiêu chuẩn của IDF 2013: Bệnh nhân có ít nhất 1 trong 4 tiêu chuẩn sau

1. Mức glucose huyết tương lúc đói $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) ở ít nhất 2 lần xét nghiệm.

2. Mức glucose huyết tương $\geq 11,1$ mmol/l (200mg/dl) ở thời điểm 2 giờ sau khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose máu bằng đường uống 75g đường.

3. HbA1c $\geq 6,5\%$.

4. Có các triệu chứng của bệnh ĐTĐ về mắt lâm sàng + mức glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/l (200mg/dl).

* Chẩn đoán typ 2:

- Tuổi khởi phát thường > 30 .

- Triệu chứng lâm sàng không rõ ràng.

- Thở trặc hay gặp béo.

- Tiền sử: Đái tháo đường thai kỳ ở nữ.

- Điều trị: chế độ ăn, sunfonylureas có hiệu quả, insulin được chỉ định theo giai đoạn bệnh.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- BN hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- BN bị trầm cảm và/ hoặc bệnh tâm thần kèm theo.

- BN đang bị đột quỵ não, chấn thương sọ não, u não, viêm não.

- BN đang được điều trị bằng thuốc an thần kinh, thuốc kháng cholinergic.

- BN bị suy giáp chưa điều trị.

- BN bị câm, khiếm khuyết các giác quan: mù, điếc.

- BN mù chữ, không biết đọc biết viết.

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu : Theo công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ: $n = z^2 \cdot p \cdot (1-p) / d^2$

- $p = 0,16$; $d = 0.05$; $Z = 1.96$

• n = 206

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng giá trị $p=0,16$ từ nghiên cứu của tác giả Phạm Thắng (2014).

- Quy trình nghiên cứu, kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

+ Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được tiến hành thu thập số liệu nghiên cứu thông qua bệnh án nghiên cứu (phụ lục 1) được thiết kế sẵn gồm có: Hành chính, tiền sử bệnh tật, thời gian mắc bệnh, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả đánh giá suy giảm nhận thức theo thang điểm trắc nghiệm tâm thần tối thiểu (Minimental state Examination/MMSE), kết quả đánh giá hoạt động chức năng hàng ngày bằng công cụ theo thang điểm IADL (Instrumental Activity Daily Living Scale).

+ Xác định đối tượng mắc ĐTD typ 2 để tiến hành nghiên cứu (theo tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD typ2).

Dựa theo tiêu chuẩn của IDF 2013 chẩn đoán ĐTD typ 2 cho người cao tuổi.

+ Đánh giá suy giảm nhận thức ở các đối tượng

* Đánh giá chức năng nhận thức: Sử dụng thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu (mini-mental state examination (MMSE) hay còn gọi là Folstein test là một bảng câu hỏi ngắn 30 điểm được dùng để sàng lọc suy giảm nhận thức (phụ lục 2).

Đánh giá kết quả: Không có suy giảm nhận thức : ≥ 24 ; Suy giảm nhận thức nhẹ : 20 – 23; Suy giảm nhận thức vừa : 14 – 19; Suy giảm nhận thức nặng : 0 – 13

+ Đánh giá hoạt động chức năng hàng ngày (ADLs/ Activities of Daily Living scale)

* Đánh giá hoạt động cơ bản hàng ngày thông qua thang điểm đánh giá hoạt động hàng ngày (ADLs /Activities of Daily Living scale). Thang điểm đánh giá hoạt động hàng ngày gồm 6 mục bao gồm: tắm rửa, mặc quần áo, đi vệ sinh, di chuyển, sự tự chủ (đại, tiểu tiện), ăn uống. Đánh giá : 0 điểm nếu phụ thuộc, 1 điểm nếu không phụ thuộc. Điểm tối đa của thang điểm này là 6 điểm, tối thiểu là 0 điểm. Điểm tối đa với một người bình thường khỏe mạnh là 6 điểm; dưới 6 điểm là có suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày.

* Đánh giá hoạt động chức năng hàng ngày có sử dụng phương tiện, dụng cụ (Instrumental Activity Daily Living/IADL). Đánh giá bằng thang điểm Lawton. Phỏng vấn bệnh nhân/người chăm sóc theo 8 câu hỏi về các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân khi sử dụng các dụng cụ phương tiện: Điểm tối đa đối với một người bình thường khỏe mạnh là 8 điểm; dưới 8 điểm là có suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày có sử dụng dụng cụ, phương tiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

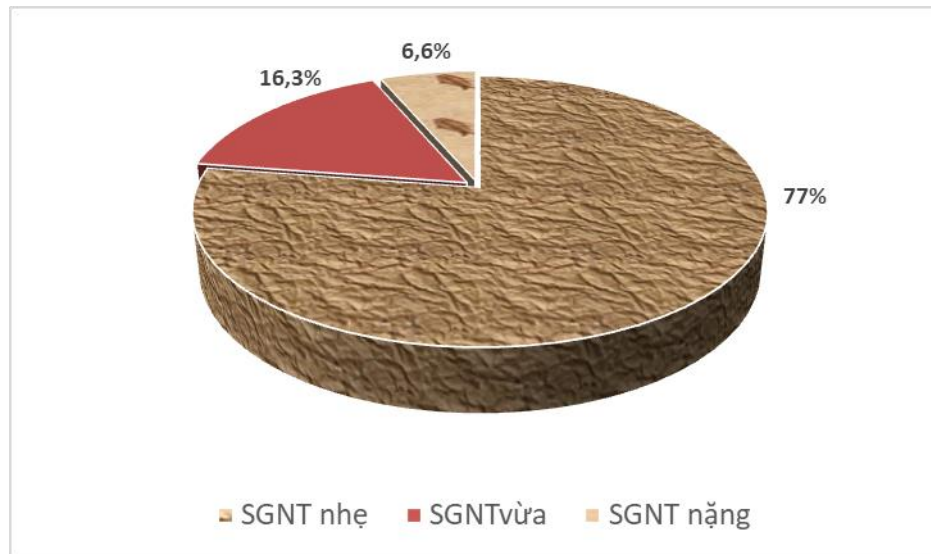
1. Đặc điểm suy giảm nhận thức ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cao tuổi

Bảng 1: Đặc điểm nhân trắc-xã hội học của nhóm nghiên cứu (n = 210)

Đặc điểm nhân trắc – xã hội học		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	58	27,6
	Nữ	152	72,4
Nhóm tuổi (năm)	60-69	82	39,1
	70-79	100	47,6

	≥ 80	28	13,3
Trình độ học vấn	Dưới phổ thông trung học	119	56,7
	Phổ thông trung học	70	33,3
	Trung cấp/cao đẳng/đại học	21	10,0
Tuổi trung bình (Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)		72 $\pm$ 6,3	

Nhận xét: - Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 72,4%, nam chiếm 27,6%. Tỷ lệ nữ/nam là 2,6.
- Tuổi trung bình của bệnh nhân là 72,0 $\pm$ 6,3, thấp nhất là 60 tuổi và cao nhất 86 tuổi
- Tỷ lệ bệnh nhân có trình độ học vấn dưới PTTH cao nhất là 56,7% (119 bệnh nhân).



Biểu đồ 1. Mức độ suy giảm nhận thức của nhóm suy giảm nhận thức (SGNT) (n=61)

Nhận xét: Trong nhóm SGNT chung số bệnh nhân SGNT nặng chiếm tỷ lệ 6,6% (4 bệnh nhân); SGNT vừa là 16,3%, số bệnh nhân SGNT nhẹ là 47 chiếm tỷ lệ cao nhất (77,0%).

Bảng 2. Đặc điểm rối loạn nhận thức của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm SGNT	n	Tỷ lệ %
Đánh giá về định hướng (10đ)	21	34,5
Đánh giá khả năng ghi nhận (trí nhớ tức thì) (3đ)	05	8,2
Đánh giá sự chú ý và tính toán (5đ)	48	78,7
Đánh giá khả năng hồi ức nhớ lại (3đ)	39	63,9
Đánh giá về ngôn ngữ (8đ)	42	68,8
Đánh giá khả năng tưởng tượng, trừu tượng (1đ)	51	83,6

Nhận xét: Tỷ lệ suy giảm nhận thức về sự chú ý và tính toán gặp ở 48BN (78,7%); 83,6 % số BN suy giảm về khả năng trừu tượng; 63,9 % số BN suy giảm khả năng hồi ức nhớ lại.

2. Một số yếu tố liên quan với suy giảm nhận thức

Bảng 3. Liên quan giữa suy giảm nhận thức và một số yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ		Đánh giá nhận thức (MMSE)				OR; (95%CI) p
		SGNT		Không SGNT		
		n	%	n	%	
THA	Có	52	33,1	105	66,9	2,42;(1,09-5,33) p=0,0283
	Không	9	17,0	44	83,0	
Nhồi máu não	Có	30	50,8	29	49,2	4,00;(2,10- 7,65) p<0,0001
	Không	31	20,5	120	79,5	
Hút thuốc lá	Có	4	33,3	8	66,7	1,23;(0,35- 4,2) p=0,7367
	Không	57	28,8	141	71,2	

Nhận xét:

- Tỷ lệ SGNT trong nhóm có THA là 33,1% cao hơn tỷ lệ SGNT trong nhóm không THA là 17,0% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$)

- Tỷ lệ SGNT trong nhóm có nhồi máu não (NMN) là 50,8% cao hơn tỷ lệ SGNT

trong nhóm không NMN là 20,5% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,0001$

- Tỷ lệ SGNT trong nhóm có hút thuốc lá là 38,5% cao hơn tỷ lệ SGNT trong nhóm không có hút thuốc lá là 28,8% tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,73 (>0,05)$.

Bảng 4. Hồi quy đa biến các yếu tố liên quan với SGNT

Yếu tố	p	OR	95%CI
Tuổi ≥ 80	0,000	2,877	1,824-7,933
Giới	0,179	0,568	0,249-1,296
THA	0,521	1,350	0,540-3,379
RLMM	0,464	2,137	0,280-16,320
NMN	0,000	4,292	1,963-9,385
HbA1c	0,459	0,752	0,354-1,599
Thời gian mắc ĐTĐ	0,777	1,138	0,464-2,792

Nhận xét: Tuổi ≥ 80 , NMN là 2 yếu tố tiên lượng độc lập.

IV. BÀN LUẬN**1. Đặc điểm suy giảm nhận thức của bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cao tuổi**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm từ 70-79 tuổi (47,6%), tỷ lệ thấp nhất là nhóm ≥ 80 tuổi chiếm 13,3%. Tuổi trung bình của bệnh nhân cao tương đương với thời gian mắc bệnh lâu, có nhiều bệnh lý phối hợp do đó

làm tăng nguy cơ SGNT. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Anh Tú (2016) là $71,9 \pm 7,6$ và của a Yaffe Kristin (2013) tại Hoa Kỳ nghiên cứu trên 783 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 cao tuổi có tuổi trung bình là 74,0 giới tính nữ 47,6% có sự khác biệt về độ tuổi trung bình này là do trong nghiên cứu này

người tham gia có tuổi từ 65 trở lên do hội Lão khoa Mỹ quy định người cao tuổi là từ 65 tuổi trở lên. Tỷ lệ về giới nữ cao hơn nam trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như trong nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hằng (2013): 61,5%, nam 38,5% nghiên cứu của Hoàng Minh Khoa (2017): nữ chiếm tỷ lệ 61,3%, nam 38,7%. Tỷ lệ này phù hợp với phân bố giới ở người cao tuổi: Nữ nhiều hơn nam và tỷ lệ mắc ĐTD chung ở nữ cũng cao hơn nam.

Trình độ học vấn có liên quan đến mức độ hiểu biết về chăm sóc theo dõi và điều chỉnh chế độ điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng bệnh nhân dưới phổ thông trung học là 119 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 56,7% tỷ lệ này gần tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh (2014) (50% hết cấp I) tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Yaffe Kristine (2013) bệnh nhân dưới phổ thông trung học là 24,9%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 210 bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm MMSE. Kết quả 29,0% bệnh nhân có SGNT trong đó có tỷ lệ SGNT nặng là 6,6% (4 bệnh nhân), SGNT nhẹ là 77,0 % (47%) và SGNT trung bình là 16,3% (10 bệnh nhân). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự của tác giả Phạm Thắng SGNT nhẹ chiếm tỷ lệ 75%, SGNT mức độ vừa và nặng chiếm tỷ lệ 25% [28]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với nghiên cứu của Yuko Murata và cộng sự (2017) SGNT là 31,3%, SGNT nặng là 26%, SSTT là 5,3% [33]. ĐTD typ 2 có liên quan đến giảm trí nhớ, giảm tốc độ vận động tâm lý và giảm chức năng điều hành của thùy trán. Trong ĐTD typ 2, tăng đường huyết mãn tính, thời gian dài của ĐTD typ 2,

sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ mạch máu (ví dụ, tăng huyết áp và béo phì), và các biến chứng vi mạch và đại mạch có liên quan đến tăng nguy cơ phát triển rối loạn chức năng nhận thức. Bệnh mất trí nhớ Alzheimer và do thiếu máu cục bộ não có khả năng xảy ra gần gấp đôi ở những người mắc bệnh ĐTD so với các đối tượng không bị ĐTD phù hợp với lứa tuổi. Tỷ lệ suy giảm nhận thức cao ở người cao tuổi cho thấy điều quan trọng là phải kiểm tra định kỳ rối loạn chức năng nhận thức.

2. Một số yếu tố liên quan với suy giảm nhận thức

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ SGNT trong nhóm có THA là 33,1% cao hơn tỷ lệ SGNT trong nhóm không THA là 17,0% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,025$. Nguy cơ SGNT trong nhóm THA cao gấp 2,5 lần với 95% CI là 1,09-5,3 ($p<0,05$). Các nghiên cứu trước đây đã chứng minh rằng tăng huyết áp thực chất có mối liên hệ nghịch với khả năng nhận thức, và nghiên cứu Honolulu-Asia (1995) đã chứng minh có mối liên quan giữa mức độ huyết áp giữa cuộc đời và chức năng nhận thức ở cuối cuộc đời. Nghiên cứu Uppsala (1998) đã chứng minh rằng tăng huyết áp có liên quan đến suy mòn nhận thức ở 999 nam giới theo dõi 20 năm. Mối quan hệ giữa suy mòn nhận thức với sự hiện diện của một trong hai bệnh ĐTD và cao huyết áp cũng được quan sát thấy trong nghiên cứu nguy cơ xơ vữa động mạch trong cộng đồng ARIC (2011) được tiến hành trong 6 năm, theo dõi gần 11.000 người trong độ tuổi từ 47-70 tuổi tại thời điểm đánh giá ban đầu. Tăng insulin ở bệnh nhân tăng huyết áp cũng đã được chứng

minh có liên quan đến hoạt động nhận thức kém hơn.

Tỷ lệ SGNT trong nhóm có NMN cũ là 50,8% cao hơn tỷ lệ SGNT trong nhóm không NMN cũ là 20,5% sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,00$. Nguy cơ SGNT trong nhóm NMN cũ cao gấp 4 lần với 95% CI là 2,1 – 7,6 ($p < 0,01$). Tỷ lệ SGNT trong nhóm có hút thuốc lá là 38,5% cao hơn tỷ lệ SGNT trong nhóm không có hút thuốc lá là 28,8% tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,73$ ($> 0,05$) (Bảng 3.8). Có kết quả này là do trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi số lượng những BN không bị rối loạn mỡ máu nhỏ nên không tìm thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 210 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 ≥ 60 tuổi theo dõi điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn từ 01/2020 đến 10/2020 chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Tỷ lệ SGNT chung trong nhóm nghiên cứu 29,0% trong đó SGNT nhẹ chiếm tỷ lệ 77%, SGNT trung bình là 16,4% và nặng: 6,6%.

- Tuổi cao, tăng huyết áp, tiền sử nhồi máu não là những yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation (2013)**, Global Guideline for Managing Older People with Type 2 Diabetes. <https://www.idf.org/e-library/guidelines/78-global-guideline-for-managing-older-people-with-type-2-diabetes.html>.
2. **Biessels GJ et al (2006)**. "Risk of dementia in diabetes mellitus: a systematic review". *Lancet Neurol*, 5(1): 64-74.
3. **Petersen RC et al (1999)**. "Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome". *Arch Neurol*, 56(3): 303-8.7.
4. **Lê Anh Tú (2016)**, Đánh giá lão khoa toàn diện ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cao tuổi tại bệnh viện Lão khoa trung ương, Luận văn thạc sỹ y học Trường Đại học Y Hà Nội : p. tr 36-53.
5. **Võ Thành Nam, Trần Công Thắng, (2019)** "Suy giảm nhận thức trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có biến chứng thận", *Y Học TP. Hồ Chí Minh * Phụ Bản Tập 23 * Số 1 * 2019*
6. **Murata Y (2016)**, "Cognitive impairment in elderly patients with type 2 diabetes mellitus: prevalence and related clinical factors". *Diabetology International*, 8(2): 193-198.
7. **Sinclair AJ, Girling AJ và Bayer AJ (2000)**, "Cognitive dysfunction in older subjects with diabetes mellitus: impact on diabetes self-management and use of care services. All Wales Research into Elderly (AWARE) Study.", *Diabetes Res Clin Pract*, 50: 203–212.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRỰC TRÀNG NỐI MÁY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Đào Quang Minh*, Nguyễn Văn Phước*,
Nguyễn Thành Vinh*, Phạm Văn Biên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng nối máy điều trị ung thư trực tràng 1/3 trên và 1/3 giữa tại Bệnh viện Thanh Nhân.

Đối tượng và phương pháp: - Gồm 45 BN UTĐT đoạn trên và giữa cách rìa hậu môn trên 5 cm, được điều trị phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại trực tràng sử dụng máy cắt – nối tại bệnh viện Thanh Nhân từ 1/2017 đến 5/2020.

Kết quả: Thời gian mổ trung bình là $153,8 \pm 28,9$ phút. Bệnh nhân trung tiện thường trong vòng 3 ngày sau mổ (46,7%). Thời gian hậu phẫu trung bình là $15,5 \pm 6,2$ ngày, chỉ gặp biến chứng nhiễm trùng vết mổ 13,3%.

Kết luận: Việc ứng dụng máy cắt – nối trong phẫu thuật UTĐT đạt hiệu quả không chỉ an toàn về mặt ung thư học và ngoại khoa mà còn góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC COLORECTAL CANCER SURGERY

Objectives: To evaluate the early results of laparoscopic colectomy with machine-connected colorectal cancer treatment for upper third and middle third of rectal cancer at Thanh Nhan Hospital.

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Biên

Email: phamvanbien1913@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/03/2022

Ngày phản biện khoa học: 01/06/2022

Ngày duyệt bài: 01/07/2022

Subjects and methods: - Including 45 patients with cervical cancer in the upper and middle segments more than 5 cm from the anal margin, who were treated by laparoscopic colorectal resection using a cutter - anastomosis at Thanh Nhan hospital since January 2017. until May 2020.

Results: The average surgery time was 153.8 ± 28.9 minutes. Patients pass stool usually within 3 days after surgery (46.7%). The average postoperative time was 15.5 ± 6.2 days, with only 13.3% complication of wound infection.

Conclusion: The application of the cutting-splicing machine in colorectal cancer surgery is not only safe in terms of oncology and surgery, but also contributes to improving the quality of treatment for patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTĐT) là một trong những bệnh thường gặp và chiếm khoảng một nửa trong ung thư đại trực tràng [1]. Bệnh đang ngày càng tăng lên [2], [3], [4], [5], [6]. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO 2000) hàng năm trên thế giới có khoảng 10 triệu người bị ung thư, trong đó ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 3.

Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức với sự phối hợp của phẫu thuật, tia xạ và các phương pháp toàn thân, trong đó phẫu thuật đóng vai trò chính. Trước đây phẫu thuật cắt trực tràng phá hủy cơ thắt hậu môn đã trở thành phương pháp phẫu thuật chính trong nhiều thập kỷ đối với UTĐT giữa

và thấp, vì các tác giả tuân theo nguyên tắc cắt xa bờ khối u ít nhất 5 cm. Tuy nhiên, xu hướng điều trị triệt căn này đã làm cho tâm lý bệnh nhân luôn có cảm giác nặng nề, mất đi đường tiêu hoá tự nhiên, phải mang hậu môn nhân tạo suốt đời. Qua thập kỷ 70 và 80, kỹ thuật cắt đoạn trực tràng nối ngay ngày càng tỏ ra có hiệu quả. Ranh giới an toàn đã được Dukes và William nghiên cứu kỹ qua phẫu tích và quan sát vi thể và chứng minh khoảng cách 2 cm được coi là khoảng cách an toàn tối thiểu cho việc cắt đoạn trực tràng (97,5% không có ung thư xâm lấn). Trước thập kỷ 70 do không có máy nối, nối bằng tay không thể thực hiện được do miệng nối sâu và khung chậu hẹp (nhất là ở nam giới). Các loại máy khâu nối hiện đại được chế tạo vào năm 1973 tại Hoa Kỳ và ngày càng được cải tiến đã thể hiện các ưu điểm là dễ thực hiện, rút ngắn thời gian phẫu thuật, tăng khả năng bảo tồn cơ thắt (BTCT) đặc biệt là các miệng nối thấp, nên máy khâu nối ngày càng được áp dụng trên lâm sàng. Trong suốt thời gian dài, phẫu thuật mở vẫn là kinh điển trong điều trị ngoại khoa ung thư trực tràng. Song từ những năm đầu thập niên 1990 với sự bùng nổ của phẫu thuật nội soi ổ phúc mạc, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng bắt đầu được áp dụng rộng rãi ở khắp các trung tâm ngoại khoa trên thế giới, với những ưu điểm đã được chứng minh như ít gây thương tổn thành bụng, ít đau sau mổ, giảm tỷ lệ nhiễm trùng, giảm thoát vị thành bụng, rút ngắn thời gian nằm viện, phục hồi sức khoẻ nhanh hơn, và có tính thẩm mỹ cao. Đặc biệt, phương pháp phẫu thuật nội soi cho phép tiếp cận vùng tiểu khung dễ dàng hơn so với phẫu thuật mở ở những bệnh nhân ung

thư trực tràng nên ngày càng được áp dụng một cách rộng rãi. Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi có sử dụng máy khâu nối đại trực tràng đã được áp dụng tại nhiều bệnh viện: Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện 103, ... trong đó có Bệnh viện Thanh Nhàn. Cũng đã có một số báo cáo tuy vậy chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đoạn và nối máy trong ung thư trực tràng đoạn 1/3 trên và giữa tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng nối máy điều trị ung thư trực tràng 1/3 trên và 1/3 giữa tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

- Gồm 45 BN UT TT đoạn trên và giữa cách rìa hậu môn trên 5 cm, được điều trị phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại trực tràng sử dụng máy cắt – nối tại bệnh viện Thanh Nhàn từ 1/2020 đến nay.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. Được tiến hành từ tháng 1/2020 đến nay.

Cỡ mẫu thuận tiện.

2.2.2. Chỉ định:

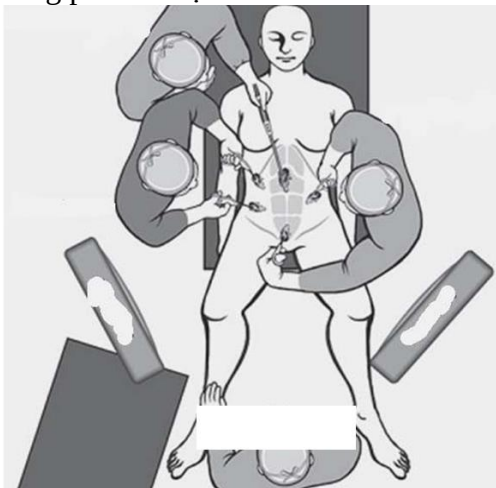
BN được chẩn đoán UT TT đoạn 1/3 trên và 1/3 giữa, đoạn từ trên 5cm từ bờ dưới u tới rìa hậu môn với mô bệnh học là UTBM tuyến.

Giai đoạn bệnh Dukes A, B, C.

BN được phẫu thuật có kế hoạch, theo phương pháp cắt đoạn đại trực tràng nối máy, có biên bản phẫu thuật chi tiết.

2.2.3. Quy trình phẫu thuật

Bệnh nhân được đặt tư thế sản khoa, chân phải thấp hơn chân trái, đầu thấp 20 độ và nghiêng phải 15 độ



Hình 1. Tư thế BN và vị trí đặt trocar.

- **Phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng (kiểu cắt trước – AR, và cắt trước thấp LAR)**

- Bước 1: Phẫu tích và tách phần đại tràng sigma và trực tràng.

- Bước 2: Tiếp tục xác định các động mạch sigma, động mạch mạc treo tràng dưới và phẫu tích nhẹ nhàng để bộc lộ động mạch mạc treo tràng dưới bằng kèm phẫu tích sau đó dùng clip, Hemolock hay chỉ buộc để khóa chế và cắt động mạch này.

- Bước 3: Cắt mạc treo kết tràng sigma để làm cho phần đại tràng này tự do bằng cách: Ngay vị trí cắt của mạch máu tiến hành cắt mạc treo đại tràng sigma và kết tràng xuống về phía trái.

- Bước 4: Xác định vị trí cần cắt, dùng dụng cụ cắt tự động gọi là GIA cắt ngang trực tràng đoạn dưới u và mở bụng một đường nhỏ để đưa khối u và đoạn đại tràng ra để tiếp tục thì nối ruột bằng máy.



- Bước 5: Kiểm tra lại diện bóc tách, cầm máu và dẫn lưu.

- Bước 6: Lấy bỏ bệnh phẩm, xả khí CO₂, đóng các lỗ trocar.

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, vị trí u, kích thước u.

- Cận lâm sàng: Nội soi đại trực tràng ống mềm có sinh thiết, giải phẫu bệnh trước mổ

qua sinh thiết nội soi, chụp CT ổ bụng, xét nghiệm máu trước mổ....

- Kết quả điều trị: Kết quả sớm (thời gian trung tiện, đau sau mổ, biến chứng sớm, thời gian nằm viện sau mổ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

Tuổi	64,5 ± 12,7
Giới	Nữ: 33,33% Nam: 66,67%
Vị trí u	5-10 cm: 62,2% ≥10 cm: 37,8%
Kích thước u so với lòng trực tràng	≤ 1/4 chu vi: 11,1% 1/4 - 1/2 chu vi: 35,4% 1/2 - 3/4 chu vi: 31,2% > 3/4 chu vi: 22,3%

Bảng 2: Ứng dụng PTNS điều trị ung thư trực tràng nội máy

Thời gian phẫu thuật	153,8 ± 28,9 phút (90-220 phút)
Máy nối sử dụng trong phẫu thuật	29mm: 77,8% 31mm: 22,2%
Số hạch vét được	12, 5 ± 5,5 (5 – 15 hạch)
Khoảng cách từ cực dưới u đến diện cắt	<2cm: 0 % 2-3 cm: 22,2% 3-4 cm: 28,9 % >4 cm: 48,9 %

Tai biến trong mổ: 5 BN đều là chảy máu chiếm 11,1 %.

Bảng 3. Kết quả sớm

Thời gian trung tiện	Bệnh nhân trung tiện thường trong vòng 3 ngày sau mổ (46,7%).
Thời gian đau sau mổ	2,14 ± 0,83 ngày (1 - 6 ngày)
Biến chứng sớm	3 TH nhiễm khuẩn vết mổ
Thời gian nằm viện sau mổ	15,5 ± 6,2 ngày

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 45 trường hợp UTTT đoạn 1/3 trên và 1/3 giữa được phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại trực tràng - nối máy, chúng tôi rút ra một số kết luận sau.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi, giới: Tuổi trung bình: 64,5 ± 12,7 tuổi, chủ yếu tuổi >40 (95,6%), tỷ lệ nam/ nữ = 2/1.

Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng chưa phản ánh chính xác mức độ xâm lấn thành trực tràng.

CEA có độ nhạy thấp nhưng có giá trị tiên lượng và theo dõi trong UTTT.

Giải phẫu bệnh: Chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến (100%).

Kết quả ứng dụng máy cắt nối trong phẫu thuật.

Thời gian mổ trung bình là $153,8 \pm 28,9$ phút. Bệnh nhân trung tiện thường trong vòng 3 ngày sau mổ (46,7%). Thời gian hậu phẫu trung bình là $15,5 \pm 6,2$ ngày.

Phẫu thuật đảm bảo về mặt ung thư học.

Sử dụng máy cắt- nối đã thể hiện ưu điểm ở những miệng nối thấp.

Phẫu thuật đã đảm bảo tính an toàn: Tai biến trong mổ thấp, không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ.

Chỉ gặp biến chứng nhiễm trùng vết mổ 13,3%.

Việc ứng dụng máy cắt – nối trong phẫu thuật UTTT đạt hiệu quả không chỉ an toàn về mặt ung thư học và ngoại khoa mà còn góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Việc ứng dụng máy cắt – nối trong phẫu thuật UTTT đạt hiệu quả không chỉ an toàn về mặt ung thư học và ngoại khoa mà còn góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

Có thể áp dụng phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng và nối máy trong UTTT đoạn trên và giữa, hiện nay bảo hiểm y tế đã thanh toán máy nối và máy cắt trong phẫu thuật nội soi do vậy bệnh nhân giảm được chi phí phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Perez Lara JF, Navarro Pinero A, de la

Fuente Perucho A. (2004), Study of factors related to quality of life in patients with locally advanced rectal cancer. Rev Esp Enferm Dig 2004, 96(11), 746-757

2. Đoàn Hữu Nghị, Phạm Hoàng Anh (1994), Ung thư trực tràng trên người Hà nội. Tạp chí ngoại khoa, (2), 27- 72.

3. Phạm Hoàng Anh, Trần Hồng Trường, Nguyễn Hoài Nga và cs (1995) Ung thư ở người Hà Nội 1994. Tạp chí y học thực hành. Chuyên san ung thư học, Hà Nội, 96-98.

4. Akbari R.P., Wong W.D (2003), Endorectal ultrasound and the preoperative staging of rectal cancer. Sandivian Journal of Surgery, 92, 25-33.

5. Faivre CF., Maurel J., Benhamiche AM., Herbert C., et al (1999), Evidence of improving survival of patients with rectal cancer in France: a population based study. Gut, 44, 377-381.

6. Kim D.G., Madoft R.D. (1998), Transanal treatment of rectal cancer: Ablative methods and open resection. Surgical oncology, 15, 101-113.

7. ASC. Cancer facts and figures 2008 (2009). 10. 13/01/2009, <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/58/2/7>

8. Hiệp hội quốc tế chống ung thư (UICC) (1991), Ung thư đại trực tràng và hậu môn, Ung thư học lâm sàng. Nhà xuất bản y học, chi nhánh TP Hồ Chí Minh, 475 - 493.

9. Nguyễn Hồng Tuấn (1996), Đặc điểm lâm sàng, mức độ xâm lấn di căn trên thương tổn phẫu thuật và mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến trực tràng. Luận văn thạc sỹ khoa học y dược, Học viện quân Y.

TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY BIẾN CHỨNG TỤT HUYẾT ÁP TRONG LỌC MÁU Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ

Bùi Anh Tuấn*, Nguyễn Đăng Quốc*, Trần Thanh Tú*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ gây biến chứng tụt huyết áp trong lọc máu ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 150 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 4,5 tụt huyết áp trong chạy thận nhân tạo chu kỳ với 569 cuộc lọc tại khoa Thận nhân tạo Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 09 năm 2021.

Kết quả: Thời điểm tụt huyết áp gặp ở giờ thứ 4 của buổi lọc máu với tỷ lệ cao nhất 42,35%, tỷ lệ tụt huyết áp khi mức tăng cân giữa 2 kỳ lọc từ 3kg trở lên chiếm 49,57% cao hơn nhóm có mức tăng cân < 1kg (2,1%) ($p < 0,05$), tỷ lệ tụt huyết áp ở nhóm bệnh nhân có lượng huyết sắc tố < 69g/l là 30% cao hơn nhóm có lượng huyết sắc tố > 120g/l (6,67%) ($p < 0,05$).

Kết luận: Tụt huyết áp thường gặp ở giờ thứ 4 của buổi lọc máu, người bệnh có mức tăng cân giữa 2 kỳ lọc máu trên 3 kg có tỷ lệ tụt huyết áp cao hơn nhóm có mức tăng cân < 1kg, người bệnh có lượng huyết sắc tố < 69g/l có tỷ lệ tụt huyết áp cao hơn nhóm có lượng huyết sắc tố > 120g/l

Từ khóa: Biến chứng, tụt huyết áp trong lọc máu chu kỳ, bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ.

SUMMARY

TO STUDY SOME RISK FACTORS OF INTRADIALYTIC HYPOTENSION IN CYCLICAL HEMODIALYSIS PATIENTS

Objective: To study some risk factors of intradialytic hypotension in cyclical hemodialysis patients.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study was performed on 150 patients at stage 4, 5 CKD (chronic kidney disease) with hypotension in cyclic hemodialysis with 569 dialysis sessions at the Hemodialysis Department of Thanh Nhan Hospital from March 2021 to September 2021.

Results: The time of hypotension occurred at the 4th hour of the dialysis sessions with the highest rate of 42,35%, the rate of blood pressure drop when gaining 3 kg or more of weight between 2 dialysis sessions accounted for 49.57% higher than the group with weight gain < 1kg (2.1%) ($p < 0.05$), the rate of hypotension in the group of patients with Hemoglobin < 69g/l was 30% higher than the group with Hb > 120g/l (6.67%) ($p < 0.05$).

Conclusion: Hypotension is common at the 4th time of dialysis, patients who gain weight over 3 kg between 2 dialysis sessions have a higher rate of blood pressure drop than the group with weight gain < 1 kg. Patients with hemoglobin < 69 g/l have a higher rate of hypotension than those with hemoglobin > 120 g/l.

Key words: Complication, intradialytic hypotension, cyclical hemodialysis patients.

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Anh Tuấn

Email: buianhtuan06051994@gmail.com

ĐT: 0374135390

Ngày nhận bài: 15/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2022

Ngày duyệt bài: 25/6/2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lọc máu là phương pháp lọc ngoài thận hay lọc ngoài cơ thể hiện đại và hữu hiệu. Gần một thế kỷ nay, phương pháp điều trị này có nhiều tiến bộ, cứu sống được nhiều bệnh nhân nặng, giảm tỷ lệ tử vong và kéo dài chất lượng cuộc sống cho nhiều người suy thận mạn tính giai đoạn cuối. Tuy lọc máu là phương pháp điều trị không thể thiếu đối với đa số bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối nhưng lọc máu cũng có nhiều biến chứng gần và xa trong đó có nhiều biến chứng xảy ra trong khi lọc máu. Trong các biến chứng xảy ra tại buổi lọc máu thì biến chứng tụt huyết áp là biến chứng thường gặp nhất, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng lọc máu và tâm lý bệnh nhân. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ gây biến chứng tụt huyết áp trong lọc máu ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn những bệnh nhân thỏa mãn các điều kiện:

- Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 4,5 tụt huyết áp trong chạy thận nhân tạo chu kỳ tại khoa thận nhân tạo – bệnh viện Thanh Nhàn.

- Tuổi trên 18 và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Loại khỏi nhóm nghiên cứu các bệnh nhân sau:

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân bỏ cuộc trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu: Phương pháp chọn mẫu là chọn mẫu thuận tiện các bệnh nhân đang điều trị thay thế thận suy bằng phương pháp thận nhân tạo chu kỳ.

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Thận nhân tạo - Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 03/2021 đến 09/2021

2.2.4. Cách thu thập số liệu: Các thông số cần khảo sát của bệnh nhân được ghi vào mẫu bệnh án được thiết kế riêng cho nghiên cứu này

2.2.5. Các biến số nghiên cứu

2.2.5.1. Thăm khám bệnh nhân trên lâm sàng

- Các thông tin chung: Họ tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, nghề nghiệp.

- Liên quan đến lọc máu thận nhân tạo: Nguyên nhân gây bệnh, thời gian lọc máu (theo tháng), mức tăng cân giữa 2 kỳ lọc.

2.2.5.2. Các thăm dò cận lâm sàng:

- + Tình trạng đào thải các chất: Ure, Creatinin, Điện giải đồ.

- + Tình trạng dinh dưỡng: Protein toàn phần, Albumin máu.

- + Huyết học: Hồng cầu, huyết sắc tố, Hematocrit

2.2.6. Phương tiện nghiên cứu

- Lâm sàng: Khám lâm sàng tại Đơn vị Thận nhân tạo – Bệnh viện Thanh Nhàn.

- Cận lâm sàng: Xét nghiệm sinh hóa máu tại Khoa Hóa sinh – Bệnh viện Thanh Nhàn.

2.2.7. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Theo tiêu chuẩn của Emili và cộng sự [1], bệnh nhân được chẩn đoán có tụt huyết áp trong buổi lọc khi:

+ Huyết áp tâm thu giảm $\geq 10\text{mmHg}$ so với huyết áp ban đầu, có kèm theo triệu chứng tụt huyết áp như hoa mắt, chóng mặt, buồn nôn, nôn, vã mồ hôi, co giật, mê sảng, lú lẫn.

+ Huyết áp tâm thu giảm $\geq 10\text{mmHg}$ ở những bệnh nhân có huyết áp tâm thu ban đầu $< 100\text{mmHg}$.

+ Huyết áp tâm thu $< 100\text{mmHg}$ ở những bệnh nhân có huyết áp tâm thu ban đầu $< 150\text{mmHg}$.

+ Huyết áp tâm thu $< 110\text{mmHg}$ ở những bệnh nhân có huyết áp tâm thu ban đầu $> 150\text{mmHg}$.

- Phân loại Bệnh thận mạn theo NKF-KDOQI năm 2002 [2]

Giai đoạn	MLCT (ml/phút/1,73 m ²)
Giai đoạn I: MLCT bình thường hoặc tăng	90-130
Giai đoạn II: MLCT giảm nhẹ	60-89
Giai đoạn III: MLCT giảm trung bình	30-59
Giai đoạn IV: MLCT giảm nặng	15-29
Giai đoạn V: MLCT giảm rất nặng	< 15 (điều trị thay thế)

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 để xử lý số liệu.

2.4. Khía cạnh đạo đức của đề tài: Nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không vì bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Số lượng bệnh nhân (n)		150
Tuổi bệnh nhân	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	$56,1 \pm 11,71$
	Cao nhất	88
	Thấp nhất	25
Giới tính (Nam:Nữ)		49,33 : 50,67

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là $56,1 \pm 11,71$ tuổi, trong đó bệnh nhân cao tuổi nhất là 88 tuổi, thấp tuổi nhất là 25 tuổi

Bảng 2: Nguyên nhân gây suy thận

Nguyên nhân suy thận	N	%
Đái tháo đường	44	29,33
Tăng huyết áp	36	24
Viêm cầu thận mạn	34	22,67
Thận đa nang	16	10,67
Lupus	10	6,67
VTBTM	7	4,66
Tổng	220	100

Nhận xét: Nguyên nhân gây suy thận mạn chủ yếu là đái tháo đường chiếm 29,33%, tăng huyết áp chiếm 24%, Viêm cầu thận mạn chiếm 22,67%.

2. Thời điểm xuất hiện tụt huyết áp

Bảng 3: Thời điểm xuất hiện tụt huyết áp trong cuộc lọc máu

Thời điểm xảy ra tụt HA	Số lần lọc máu tụt huyết áp	Tỷ lệ %	p
Trong 60 phút đầu (1)	36	6,33	P (4,1) = 0,012
Trong giờ thứ 2 (2)	102	17,92	
Trong giờ thứ 3 (3)	190	33,4	
Trong giờ thứ 4 (4)	241	42,35	
Tổng số	569	100	

Nhận xét: bệnh nhân chủ yếu tụt huyết áp từ giờ thứ 3 của cuộc lọc máu với tỷ lệ 75,75%, trong giờ đầu tiên tỷ lệ tụt huyết áp rất thấp với 6,33%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tụt huyết áp ở giờ thứ 1 và giờ thứ 4 với $P(4,1) < 0,05$

3. Một số yếu tố nguy cơ gây biến chứng tụt huyết áp

3.1 Mức tăng cân giữa 2 kỳ lọc máu

Bảng 4: Mức tăng cân giữa 2 kỳ lọc máu

STT	Tăng cân giữa 2 kỳ lọc máu	Số lần lọc máu tụt huyết áp	Tỷ lệ (%)	p
1	<1 kg	12	2,1	P(4,1) < 0,05
2	1 – 2 kg	90	15,82	
3	2,1-3 kg	185	32,51	
4	>3 kg	282	49,57	

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu tụt huyết áp khi mức tăng cân giữa hai kỳ lọc từ 2 kg trở lên với 82,08%, mức tăng cân giữa hai kỳ lọc dưới 1 kg tỷ lệ tụt huyết áp rất thấp với: 2,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tụt huyết áp ở bệnh nhân có mức tăng cân giữa 2 kỳ lọc < 1kg và mức tăng cân giữa 2 kỳ lọc > 3kg với $P(4,1) < 0,05$.

3.2 Thời gian lọc máu

Bảng 5: Thời gian lọc máu

STT	Thời gian lọc máu (tháng)	Tổng số BN	Tỷ lệ (%)	p
1	1-6	15	10	p(5,1) = 0,11
2	7-12	28	18,67	
3	13-36	26	17,33	
4	37-60	35	23,33	
5	>60	46	30,67	
6	Tổng	150	100	

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là các bệnh nhân có thời gian lọc máu trên 37 tháng với 54%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tụt huyết áp ở nhóm bệnh nhân có thời gian lọc máu từ 1-6 tháng và nhóm bệnh nhân có thời gian lọc máu > 60 tháng với $p(5,1) > 0,05$.

3.3 Tình trạng thiếu máu

Bảng 6 : Hàm lượng huyết sắc tố

STT	Huyết sắc tố(g/l)	Tổng số BN	Tỷ lệ (%)	p
1	<69	45	30	P(5,1)=0,043
2	$69 \leq Hb < 80$	32	21,33	
3	$80 \leq Hb < 95$	33	22	
4	$95 \leq Hb < 120$	30	20	
5	≥ 120	8	6,67	
6	Tổng	150	100	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân thiếu máu nặng và rất nặng chiếm tỷ lệ tụt huyết áp cao nhất với 51,33%, nhóm bệnh nhân không bị thiếu máu chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6,67%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tụt huyết áp ở nhóm bệnh nhân có số lượng huyết sắc tố < 69g/l và nhóm có số lượng huyết sắc tố > 120g/l với $p(5,1) < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $56,1 \pm 11,71$ tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 88 tuổi, thấp nhất là 25 tuổi. Như vậy tình trạng tụt huyết áp trong lọc máu gặp chủ yếu ở nhóm người trung tuổi và lớn tuổi, bởi nhóm người này thường có bệnh tim mạch kèm theo. Các nghiên cứu ở nước ngoài cho thấy tụt huyết áp gặp nhiều ở nhóm bệnh nhân cao tuổi. Số liệu thống kê của Santoro và cộng sự tại đa trung tâm lọc máu tại Italia cho thấy tỷ lệ tụt huyết áp ở nhóm tuổi > 60 tuổi lên tới 25% [3]. Trong một nghiên cứu khác của tác giả Kooman và cộng sự tại Bệnh viện trường Đại học Y Maastricht Hà Lan biến chứng tụt huyết áp xảy ra thường xuyên ở 44% số bệnh nhân có tuổi trên 65 và 32% ở nhóm tuổi trẻ hơn dưới 45 tuổi [4].

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, thời

gian lọc máu >60 tháng chiếm tỷ lệ tụt huyết áp cao nhất với 30,67%, nhóm từ 1-6 tháng chiếm tỷ lệ thấp với 10%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu ở nước ngoài, theo Bregman BF nhóm bệnh nhân lọc máu > 5 năm tỷ lệ tụt huyết áp là 40 % [5]. Điều này được lý giải là do nhóm bệnh nhân lọc máu > 5 năm thường kèm theo tình trạng tim mạch như suy tim nặng, bệnh mạch vành,...cùng với đó là hệ thống thần kinh thực vật của những bệnh nhân này thường có rối loạn, sự đáp ứng của hệ thống tuần hoàn với các chất co mạch suy giảm, đồng thời với hiện tượng tăng sinh các chất giãn mạch làm cho huyết áp giảm từ từ trong buổi lọc máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng xảy ra tụt huyết áp chủ yếu xảy ra ở giờ thứ 3 với 33,4%, và giờ thứ 4 với 42,34%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Văn Tùng 2010, tình trạng tụt

huyết áp chủ yếu xảy ra từ giờ thứ 2 trở đi với 91,1% [6]. Hầu hết bệnh nhân xảy ra tụt huyết áp ở giờ thứ 3,4 khi đã rút một lượng dịch lớn từ 2000 – 3500ml, kèm theo đó là tình trạng suy tim, mạch máu xơ vữa, hệ thống thần kinh thực vật bị rối loạn... dẫn đến tụt huyết áp vào những giờ cuối của cuộc lọc.

Sự tăng cân quá mức giữa 2 kỳ lọc máu là một yếu tố nguy cơ của tụt huyết áp bởi bệnh nhân sẽ phải chịu mức siêu lọc lớn hơn trong buổi lọc tạo ra sự giảm thể tích tuần hoàn lớn đây là nguyên nhân trực tiếp có thể gây ra tụt huyết áp kể cả ở những bệnh nhân không có xu hướng tụt huyết áp. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân chủ yếu tụt huyết áp khi mức tăng cân giữa 2 kỳ lọc từ 2kg trở lên với 82,08 %, mức tăng cân giữa 2 kỳ lọc dưới 1 kg tỷ lệ tụt huyết áp rất thấp với 2,1%. Theo nghiên cứu Đỗ Văn Tùng 2010 tỷ lệ bệnh nhân tụt huyết áp khi mức tăng cân giữa 2 kỳ lọc từ 2 kg trở lên là 94,03%, những bệnh nhân tăng dưới 1kg không có trường hợp nào tụt huyết áp [6]. Sự tăng cân quá mức trên 4kg trong vòng 2-3 ngày là một yếu tố nguy cơ của tụt huyết áp bởi liên quan đến mức độ siêu lọc, tốc độ siêu lọc, thời gian lọc máu như đã đề cập ở trên. Bregman và cộng sự khuyên tránh tăng cân vượt quá ngưỡng 1kg/ ngày giữa 2 kỳ lọc máu giúp ngăn ngừa tụt huyết áp trong lọc máu [5].

Thiếu máu là hội chứng thường gặp ở những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Số liệu thống kê của chúng tôi cho thấy hầu hết bệnh nhân đều thiếu máu, có sự liên quan giữa thiếu máu và biến chứng tụt huyết áp trong lọc máu. Kết quả thu được cho thấy

tỷ lệ tụt huyết áp tăng cao nhất ở nhóm bệnh nhân có hàm lượng Hemoglobin dưới 69g/l chiếm 30% tỷ lệ này giảm dần chỉ còn 6,67% ở nhóm trên 120 g/l. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Văn Tùng 2010 tỷ lệ tụt huyết áp ở nhóm có hàm lượng Hemoglobin dưới 60g/l chiếm 45,1% tỷ lệ này giảm dần chỉ còn 7,5% ở nhóm trên 120 g/l [6]. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả cho thấy truyền máu có tác dụng giảm tần suất tụt huyết áp trong lọc máu. Sharman RA và cộng sự đã truyền 2 đơn vị khối hồng cầu cho 25 bệnh nhân lọc máu chu kỳ có thiếu máu với hemoglobin trung bình 59 g/l. Kết quả là trong 3 lần lọc máu kế tiếp sau khi truyền khối hồng cầu, số lần tụt huyết áp là 12 so với 28 lần tụt huyết áp ở 3 lần lọc máu trước khi truyền khối hồng cầu [7]. Chính vì thế Palmer khuyên nên điều trị thiếu máu dùng erythropoietin để duy trì hematocrit >0,3 l/l như một biện pháp phòng ngừa tụt huyết áp [8].

V. KẾT LUẬN

- Nhóm bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $56,1 \pm 11,71$ tuổi

- Chủ yếu tụt huyết áp trong lọc máu gặp ở các bệnh nhân có thời gian lọc máu trên 37 tháng chiếm 54%

- Bệnh nhân chủ yếu tụt huyết áp ở giờ thứ 3 trở đi với tỷ lệ 75,75%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tụt huyết áp ở giờ thứ 1 và giờ thứ 4 với $p < 0,05$.

- Bệnh nhân tụt huyết áp gặp nhiều nhất khi tăng cân >3kg giữa 2 kỳ lọc với 49,57%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tụt huyết áp bệnh nhân có mức tăng cân giữa 2 kỳ lọc < 1kg và mức tăng cân giữa 2 kỳ lọc > 3kg với $p < 0,05$

- Bệnh nhân tụt huyết áp gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân thiếu máu nặng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tụt huyết áp ở nhóm có số lượng huyết sắc tố < 69 g/l và nhóm có số lượng huyết sắc tố > 120 g/l với $p < 0,05$.

VI. KIẾN NGHỊ

- Kiểm soát tình trạng tăng cân giữa các lần lọc máu, nên thực hiện chế độ ăn kiêng muối, không để tăng cân quá mức giữa 2 kỳ lọc (không quá 1 kg giữa 2 kỳ lọc).

- Điều trị tốt tình trạng thiếu máu của bệnh nhân, duy trì lượng huyết sắc tố > 110 g/l

- Phải lập bảng theo dõi quá trình lọc máu của bệnh nhân, theo dõi các diễn biến của biến chứng tụt huyết áp, đặc biệt trong giờ cuối của buổi lọc máu.

- Cần tư vấn, giáo dục nhiều hơn nữa để người bệnh hiểu được mức độ nguy hiểm của tụt huyết áp trong lọc máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Emili S. et al** (1999), “ A protocol based treatment for intradialytic hypotension in hospitalized hemodialysis patients ”, American journal of Kidney diseases, Vol.33, no.6 (June), pp.1106-1127.

2. **K DOQI guideline- Chronic Kidney Disease**, 2002. National Kidney Foudation, American Journal of Kidney Disease, 39 (2), Supp 1, p 1-242.

3. **Santoro A. et al.** (2002), “ Blood volume controlled hemodialysis in hypotension-prone patients: A randomized, multicenter controlled trial ”, Kidney International, vol. 62, pp. 1034-1045.

4. **Kooman JK. et al.** (2007), “ EBPG guideline on haemodynamic instability”.

5. **Bregman H, Daugirdas JT & Ing TS** (2001), “ Complications During Hemodialysis ”, Handbook of dialysis, pp. 149-168, 478-492.

6. **Đỗ Văn Tùng** (2010): “ Nghiên cứu biến chứng tụt huyết áp trong lọc máu chu kỳ ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên”. Luận văn thạc sỹ y học.

7. **Rho M. et al.** (2008), “ Serum vasopression response in patients with intradialytic hypotension: a pilot study ”, Clinical Journal of American Society Nephrology, vol. 3, pp. 729-735.

8. **Palmer BF. & William LH** (2004), “ Autonomic Neuropathy and hemodynamic stability in end-stage renal disease patients ”, Principles and practice of dialysis, pp. 282-295.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN SUY THƯỢNG THẬN DO GLUCOCORTICIDS

Lê Thị Phương Huệ*, Nguyễn Thị Lan Hương*,
Hoàng Anh Tài*, Trần Thanh Tú*

TÓM TẮT

Tổng quan: Suy thượng thận do thuốc là biến chứng hay gặp do sử dụng glucocorticoids trong điều trị bệnh hiện nay. Chẩn đoán bệnh sớm dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng rất quan trọng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy thượng thận do glucocorticoids. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán suy thượng thận do glucocorticoids đến khám và điều trị tại bệnh viện Thanh Nhân từ 8/2020 đến 8/2021. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng phổ biến là yếu mệt (100%), chán ăn (82%), nôn, buồn nôn (46%). Triệu chứng cận lâm sàng: cortisol máu trung bình 8h sáng giảm thấp ($42,24 \pm 25,08$ nmol/l), ACTH máu 8h bình thường hoặc giảm (100%), hạ natri máu (42%), tăng kali máu (2%), hạ glucose máu (4%). **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng của suy thượng thận do glucocorticoids đa dạng, trong đó hay gặp nhất là yếu mệt, chán ăn. Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào các xét nghiệm cận lâm sàng.

Từ khóa: suy thượng thận, glucocorticoids

SUMMARY

ASSESSMENT CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF PATIENTS WITH GLUCOCORTICOID- INDUCED ADRENAL INSUFFICIENCY AT THANH NHAN HOSPITAL

Backgrounds: Glucocorticoid-induced adrenal insufficiency is a common complication seen in current treatment. Early diagnosis based on clinical and laboratory features is very important. **Objectives:** Describe clinical and laboratory features of glucocorticoid-induced adrenal insufficiency. **Methods:** This cross-sectional study is carried out in 50 patients who have been diagnosed as glucocorticoid-induced adrenal insufficiency at Thanh Nhan Hospital from August 2020 to August 2021. **Results:** The most common clinical features in glucocorticoid-induced adrenal insufficiency included: fatigue (100%), anorexia (82%), nausea and vomiting (46%). The laboratory features: mean blood cortisol level at 8 am is $42,24 \pm 25,08$ nmol/l, normal or decreased ATCH level (100%), hyponatremia (42%), hyperkalemia (2%), hypoglycemia (4%). **Conclusion:** Clinical signs and symptoms of glucocorticoid-induced adrenal insufficiency are variable. The specific diagnosis is confirmed by laboratory tests.

Key word: adrenal insufficiency, glucocorticoids.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thượng thận là tình trạng giảm sản xuất glucocorticoid hoặc mineralcorticoid

*Bệnh viện Thanh Nhân

Người chịu trách nhiệm chính: Hoàng Anh Tài

Email: anhtai.hmu@gmail.com

ĐT: 0973174001

Ngày nhận bài: 20/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 17/6/2022

Ngày duyệt bài: 28/6/2022

hoặc cả hai do nhiều nguyên nhân. Suy thượng thận được chia thành: suy thượng thận tiên phát (bệnh Addison), suy thượng thận thứ phát và suy thượng thận tam phát. Sử dụng glucocorticoids (GCs) ngoại sinh là nguyên nhân gây suy thượng thận tam phát thường gặp nhất [1]. Suy thượng thận là kết quả khó tránh khỏi khi điều trị GCs kéo dài do ức chế trục dưới đồi- tuyến yên- thượng thận (HPA), nặng hơn là teo vỏ thượng thận [2]. Tỷ lệ mắc suy thượng thận do thuốc ngày càng tăng lên do tình trạng lạm dụng thuốc GCs, nhất là dạng uống. Trong năm 2008, gần 1% dân số trưởng thành ở Anh được kê uống loại thuốc này [3].

Bệnh viện Thanh Nhàn là một bệnh viện đa khoa hạng I của thành phố Hà Nội, điều trị rất nhiều BN liên quan đến các bệnh lý cơ xương khớp, hô hấp...do đó khi bệnh nhân vào viện chiếm một tỷ lệ sử dụng GCs rất cao. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để tìm ra đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của suy thượng thận, làm cơ sở cho việc phát hiện sớm, giảm nguy cơ suy thượng thận cấp tính trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Gồm 50 bệnh nhân được chẩn đoán suy thượng thận do GCs điều trị tại bệnh viện

Thanh Nhàn từ 8/2020 đến 8/2021:

- Có tiền sử hoặc hiện tại đang dùng GCs
- Có triệu chứng lâm sàng gợi ý suy thượng thận (như yếu mệt, chán ăn, nôn, buồn nôn, đau bụng...)
- Có nồng độ cortisol máu < 83,3 nmo/l, gợi ý chẩn đoán suy thượng thận theo Schlaghecke [4].

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có tiền sử sử dụng GCs không rõ ràng, bệnh nhân đã được chẩn đoán suy thượng thận và đang điều trị bằng GCs, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

+ Bệnh nhân được thu thập các triệu chứng lâm sàng của suy thượng thận (ví dụ như yếu mệt, chán ăn, sút cân, nôn, đau bụng...); chỉ định cận lâm sàng (cortisol máu 8h, ACTH máu 8h, điện giải đồ máu, glucose máu lúc đói...); tiền sử dùng GCs.

2.3 Phân tích số liệu

Xử lý số liệu và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán: tần suất, tỷ lệ với các biến định tính; trung bình, phương sai với các biến định lượng; các test thống kê để kiểm định, mức khác biệt có ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới của nhóm nghiên cứu (n=50)

Biến số		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	18	36
	Nữ	32	64
Nhóm tuổi	≤ 50	6	12
	51-70	30	60

	> 70	14	28
Bệnh lý nền	Cơ xương khớp	37	74
	Hô hấp	6	12
	Bệnh hệ thống	4	8
	Da liễu	3	6

Qua nghiên cứu 50 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ nữ > nam; tuổi trung bình là $62,86 \pm 12,71$. Nhóm tuổi gặp chủ yếu là: 51 – 70 tuổi (60%); tuổi thấp nhất là 27 tuổi, tuổi cao nhất là 81 tuổi. Bệnh lý nền điều trị GCs chủ yếu là cơ xương khớp (74%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

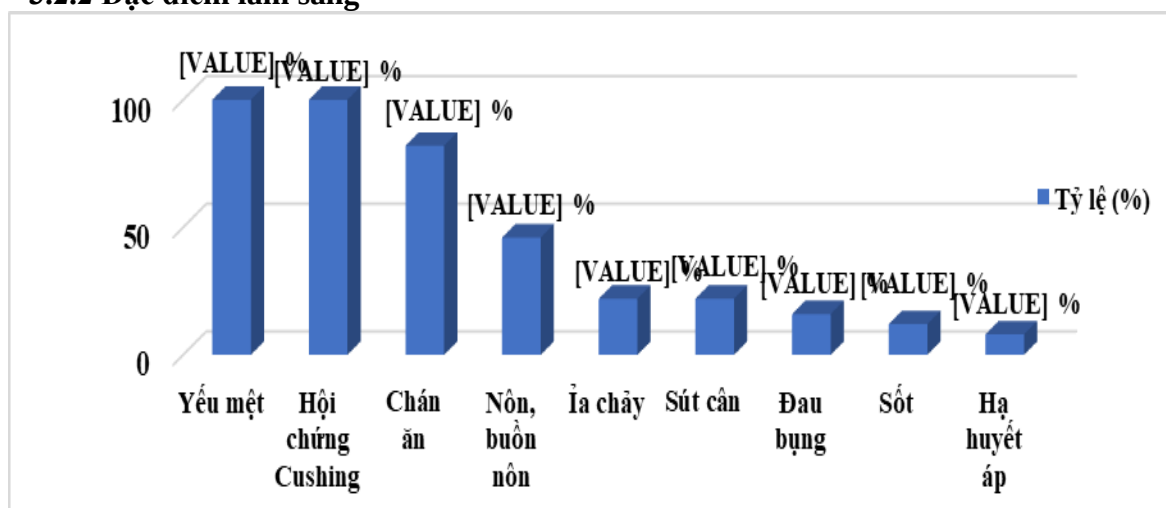
3.2.1 Tiền sử dùng GCs

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo liều dùng hàng ngày, tổng liều, thời gian dùng

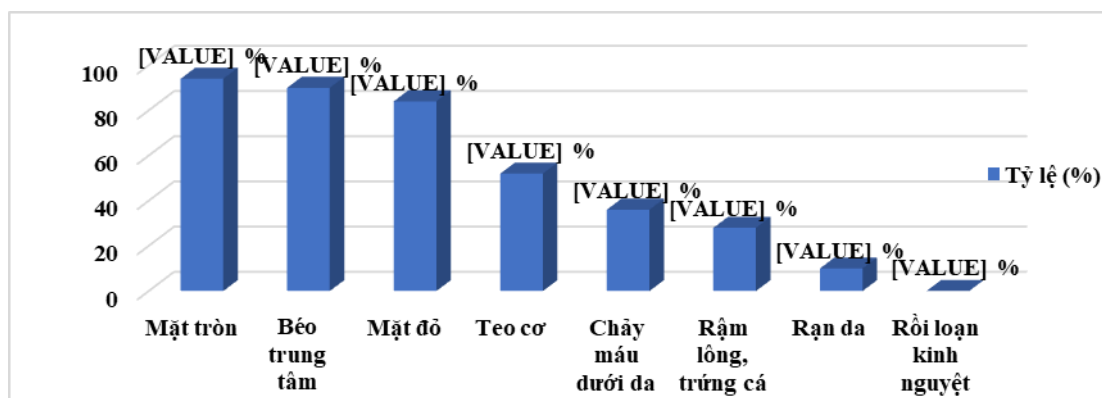
Biến số		Tần số	Tỷ lệ (%)
Liều dùng hàng ngày	Liều thấp ($\leq 7,5\text{mg}$)	7	14
	Liều trung bình ($> 7,5\text{mg} \& \leq 30\text{mg}$)	19	38
	Liều cao ($> 30\text{mg}$)	24	48
Tổng liều	$< 2\text{ gram}$	15	30
	$\geq 2\text{ gram}$	35	70
Thời gian sử dụng	Ngắn hạn ($< 1\text{ tháng}$)	2	4
	Trung hạn (1-12 tháng)	20	40
	Dài hạn ($> 12\text{ tháng}$)	28	56

Bệnh nhân chủ yếu dùng liều $> 7,5\text{mg}$ prednisolone, chiếm tỷ lệ 86%. Tổng liều GCs sử dụng chủ yếu $\geq 2\text{ gram}$, chiếm 70%. Tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc $> 1\text{ năm}$ chiếm đa số.

3.2.2 Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng của hội chứng Cushing

100% BN có yếu mệt và hội chứng Cushing, 82% có chán ăn, 46% có nôn, buồn nôn; các triệu chứng khác chiếm tỷ lệ thấp hơn. Trong hội chứng Cushing, chủ yếu có mặt tròn (94%); béo trung tâm (90%); mặt đỏ (84%).

3.2.3 Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.3.1 Cortisol máu 8h

Nồng độ cortisol máu 8h trung bình trong nghiên cứu là $42,24 \pm 25,08$ nmol/l. Bệnh nhân có nồng độ cortisol thấp nhất là 2,04 nmol/l và cao nhất là 82,40 nmol/l.

3.2.3.2 ACTH máu 8h

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo nồng độ ACTH máu 8h

Nồng độ ACTH máu 8h sáng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
ACTH máu thấp (<2,2 pmol/l)	33	89,19
ACTH máu trung bình (2,2- 11,1 pmol/l)	4	10,81
ACTH máu tăng (>11,1 pmol/l)	0	0
Tổng số	37	100

Tất cả 37 BN làm được xét nghiệm ACTH máu 8h đều có kết quả trong ngưỡng bình thường hoặc thấp.

3.2.3.3 Điện giải đồ máu, glucose máu lúc đói

Bảng 4. Phân bố bệnh nhân theo nồng độ natri máu, kali máu, glucose máu lúc đói

Biến số		Tần số	Tỷ lệ (%)	Trung bình(mmol/l)
Natri máu	Giảm	21	42	133,62 ± 6,37
	Bình thường	29	58	
	Tăng	0	0	
Kali máu	Giảm	23	46	3,47 ± 0,67
	Bình thường	26	52	
	Tăng	1	2	
Glucose máu lúc đói	<3,9 mmol/l	2	4	7,41 ± 2,28
	3,9-7,0 mmol/l	27	54	
	> 7,0 mmol/l	21	42	

Nồng độ natri máu trung bình là $133,62 \pm 6,37$ mmol/l, 42% có hạ natri máu. Nồng độ natri máu thấp nhất là 116 mmol/l, cao nhất là 142 mmol/l. Nồng độ kali máu trung bình là $3,47 \pm 0,67$ mmol/l, 2% có tăng kali máu, nồng độ kali máu cao nhất là 5,7 mmol/l; thấp nhất là 2,0 mmol/l. Nồng độ glucose máu lúc đói trung bình là $7,41 \pm 2,28$ mmol/l, trong đó có 4% hạ glucose máu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nhóm 50 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nữ/nam là 1,78/1, tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,86 \pm 12,71$; tuổi thấp nhất là 27 tuổi, tuổi cao nhất là 81 tuổi. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hà Lương Yên [5]. Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam có thể do nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu sử dụng GCs cho các bệnh lý xương khớp như loãng xương, thoái hóa khớp (chiếm 74%), hay gặp ở nữ giới hơn nam giới. Lứa tuổi thường gặp nhất của bệnh là từ 51- 70 tuổi (chiếm 60%), có thể do các bệnh lý cơ xương khớp nói trên thường gặp ở lứa tuổi mãn kinh ngoài 50 tuổi.

4.2. Lâm sàng

Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu dùng GCs với mức liều hàng ngày cao trên mức liều sinh lý (86%); tổng liều sử dụng trên 2 gram prednisomone (70%) và thời gian sử dụng kéo dài trên 1 năm (46%). Hầu hết bệnh nhân dùng thuốc với thời gian trên 1 tháng (96%). Kết quả này cho thấy dùng GCs với liều dùng hàng ngày cao, lượng thuốc tích lũy lớn và thời gian kéo dài dễ dẫn đến suy thượng thận hơn. Điều này

phù hợp với nhận xét của Labhart, mức độ và thời gian của suy thượng thận phụ thuộc vào thời gian và liều lượng của liệu pháp GCs, trong đó dùng GCs liều cao kéo dài dễ gây ức chế trục HPA dẫn đến suy thượng thận nhất. Tuy nhiên yếu tố cá nhân đóng vai trò chính dù chưa được chứng minh, ngay cả nơi rối loạn cũng không giống nhau ở tất cả bệnh nhân. [6]

Triệu chứng của suy thượng thận thường diễn biến từ từ, âm thầm, thể hiện rõ khi ngừng, giảm liều đột ngột hoặc gặp các stress cấp tính, có thể biểu hiện bằng cơn suy thượng thận cấp tính, đe dọa đến tính mạng [1]. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là yếu mệt (100%), chán ăn (82%), nôn, buồn nôn (46%). Tuy nhiên các triệu chứng này đều không đặc hiệu làm chậm trễ trong chẩn đoán do bệnh nhân đi khám muộn hoặc bác sỹ không nghĩ tới. Các triệu chứng của hội chứng Cushing như mặt tròn (94%), béo trung tâm (90%), mặt đỏ (84%) gặp ở phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Đây có thể là triệu chứng gợi ý nghĩ tới suy thượng thận trên đối tượng có tiền sử sử dụng GCs lâu dài.

4.3. Cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 50 bệnh nhân đều có nồng độ cortisol máu 8h thấp, trung bình là $42,24 \pm 25,08$ nmol/l. Nồng độ cortisol thấp nhất là 2,04 nmol/l, cao nhất là 82,40 nmol/l. Theo Schlaghecke, nồng độ cortisol máu $8h < 83,3$ nmol/l là gợi ý chẩn đoán suy thượng thận [4]. Trong 37 bệnh nhân xét nghiệm được ACTH, tất cả đều có kết quả ACTH máu trong giới hạn bình thường hoặc thấp, trong đó nhóm bệnh nhân có ACTH thấp chiếm 89,19%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có nồng độ natri máu trung bình là $133,62 \pm 6,37$ mmol/l, nồng độ natri máu thấp nhất là 116 mmol/l. 42% bệnh nhân có hạ natri máu. Natri máu hạ do bài tiết hormon glucocorticoid không đủ dẫn đến tăng tiết ADH không phù hợp góp phần gây giữ nước làm hạ natri máu [7]. Natri máu cũng có thể hạ do triệu chứng nôn và ỉa chảy của suy thượng thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 1 bệnh nhân (chiếm 2%) có tăng kali máu và có tới 46% bệnh nhân có hạ kali máu. Triệu chứng buồn nôn và nôn, ỉa chảy khá thường gặp có thể là nguyên nhân gây mất kali qua đường tiêu hóa. Ngoài ra kali máu hạ có thể do tác dụng của thuốc GCs mà bệnh nhân đang sử dụng. Qua đây cho thấy xét nghiệm điện giải đồ là rất quan trọng để theo dõi bệnh nhân suy thượng thận do GCs, bên cạnh các xét nghiệm hormon.

Nồng độ glucose máu lúc đói trung bình là $7,41 \pm 2,28$ mmol/l, trong đó chỉ có 4% hạ glucose máu. Tỷ lệ bệnh nhân hạ glucose máu thấp có thể do tác dụng tăng đường máu của thuốc GCs bệnh nhân đang sử dụng. Ngoài ra, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân suy thượng thận mạn tính nên tỷ lệ bệnh nhân có hạ đường huyết thấp hơn bệnh nhân đang trong đợt bệnh cấp tính.

V. KẾT LUẬN

- Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất của suy thượng thận do GCs là yếu mệt (100%); chán ăn (82%).

- 100% bệnh nhân có triệu chứng của hội chứng Cushing.

- Cortisol máu 8h trung bình là $42,24 \pm 25,08$ nmol/l; ACTH bình thường hoặc thấp.
- 42% bệnh nhân có hạ natri máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Charmandari E, Nicolaides NC**, Chrousos GP. Adrenal insufficiency. *The Lancet*. 2014;383(9935):2152-2167. doi:10.1016/S0140-6736(13)61684-0
2. **Krasner AS**. Glucocorticoid-Induced Adrenal Insufficiency. *JAMA*. 1999;282(7):671-676. doi:10.1001/jama.282.7.671
3. **L Fardet, I. Petersen, I. Nazareth**. Description of oral glucocorticoid prescriptions in general population. 2011. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21420765/>
4. **Schlaghecke R, Kornely E, Santen RTh, Ridderskamp P**. The Effect of Long-Term Glucocorticoid Therapy on Pituitary-Adrenal Responses to Exogenous Corticotropin-Releasing Hormone. *New England Journal of Medicine*. 1992;326(4):226-230. doi:10.1056/NEJM199201233260403
5. **Hà Lương Yên**. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng hội chứng Cushing do Glucocorticoid. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2004.
6. **Labhart A. Adrenal Cortex**. In: Labhart A, ed. *Clinical Endocrinology: Theory and Practice*. Springer; 1974:285-417. doi:10.1007/978-3-642-96158-8_7
7. **Oelkers W**. Adrenal Insufficiency. *New England Journal of Medicine*. 1996;335(16):1206-1212. doi:10.1056/NEJM199610173351607

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đào Quang Minh*, Nguyễn Văn Phước*, Nguyễn Văn Trường*

TÓM TẮT

Sỏi túi mật là bệnh lý khá phổ biến tại Việt Nam. Trước đây, phương pháp điều trị sỏi túi mật có triệu chứng được áp dụng là phẫu thuật mở kinh điển. Philippe Mouret đã đưa ra phương pháp điều trị sỏi túi mật bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật từ năm 1987. Phương pháp này được áp dụng rộng rãi tại tuyến y tế cơ sở nói chung và Bệnh viện Thanh Nhàn nói riêng. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi ở bệnh nhân viêm túi mật cấp. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Đối tượng:** tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ 1/2017 - 12/2021. **Kết quả:** Tổng số 188 bệnh nhân gồm 160 nữ và 28 nam. Thời gian phẫu thuật trung bình: $71,56 \pm 13,5$ phút; Thời gian nằm viện: 6 ngày. Tai biến thủng túi mật 9 (4.78%). Tổn thương ống mật chủ 2 trường hợp (1,60%). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt túi mật nội soi có nhiều ưu điểm. Có thể thực hiện an toàn cắt túi mật nội soi cho viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Thanh Nhàn

Từ khóa: Sỏi túi mật, điều trị, phẫu thuật, nội soi, cắt túi mật

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR THE

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phước

Email: drphucbvtn@gmail.com

ĐT: 0915093003

Ngày nhận bài: 18/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2022

Ngày duyệt bài: 28/6/2022

TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS AT THANH NHAN HOSPITAL

Gallstones are quite common disease in Vietnam. Previously, the treatment method for symptomatic gallbladder stones was classical open surgery. Philippe Mouret introduced the method of treating gallbladder stones by laparoscopic cholecystectomy in 1987. This method is widely applied at primary health care in general and Thanh Nhan Hospital in particular.

Objective: To evaluate the results of laparoscopic cholecystectomy.

Method: A cross-sectional descriptive study. Subjects: all patients underwent laparoscopic cholecystectomy at Thanh Nhan Hospital from 1/2017 to 12/2021.

Result: A total of 188 patients including 160 women and 28 men

Average surgery time: 71.56 ± 13.5 minutes; Stay Time in hospital: 8 days. Gallbladder perforation 9 cases (4.48%). Injury to the common bile duct in 2 cases (1.60%).

Conclusion: Laparoscopic cholecystectomy has many advantages. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis can be performed safely at Thanh Nhan Hospital.

Key word: Gallbladder stones, treatment, endoscopic, surgery, cholecystectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi túi mật là bệnh lý khá phổ biến tại Việt Nam. Trước đây chúng tôi vẫn áp dụng phẫu thuật cắt túi mật kinh điển cho các bệnh nhân bị sỏi túi mật có triệu chứng. Philippe Mouret lần đầu tiên mô nội soi cắt túi mật thành công vào năm 1987 [3], [5], [6], [9], từ

đó đến nay nó đã được các phẫu thuật viên coi là “tiêu chuẩn vàng” để điều trị sỏi túi mật nói riêng và các bệnh lý túi mật nói chung. Phương pháp này không những hiệu quả và an toàn như trong mổ hở mà còn đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh, đặc biệt về giá trị thẩm mỹ và khả năng phục hồi sau mổ.

Từ tháng 5 năm 2005, bệnh viện trường Thanh Nhân đã áp dụng phương pháp này, đến nay đã thu được kết quả bước đầu. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu:

Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Thanh Nhân từ 1/2017 đến 12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân chẩn đoán viêm túi mật do sỏi
Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, rõ ràng.

Tiêu chuẩn loại trừ :

Chống chỉ định phẫu thuật nội soi

Hồ sơ không đầy đủ dữ kiện nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu, mô tả cắt ngang

Thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật

Các tai biến trong phẫu thuật

Kết quả sớm sau mổ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi và giới

Nam: 22 chiếm 29.73%, nữ: 52 chiếm 70.27%. Tỷ lệ nữ/nam = 2.36/1

Tuổi trung bình: 51 ± 10,2. Tuổi nhỏ nhất: 25, tuổi lớn nhất: 83.

Độ tuổi thường gặp nhất: 40-60, chiếm 60 trường hợp (81.08%).

Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1: triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng		Bệnh nhân		
		n	Mổ < 72 giờ (n = 129)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 59)
Vị trí	DSP	60 (31,9%)	55 (42,6%)	5 (8,5%)
	Thượng vị	24 (12,8%)	14 (10,9%)	10 (16,9%)
	DSP + thượng vị	104 (55,3%)	60 (46,5%)	44 (74,6%)
Tính chất	Âm ỉ	74 (39,4%)	61 (47,3%)	13 (22%)
	Dữ dội	19 (10,1%)	5 (3,9%)	14 (23,8%)
	Thành cơn	95 (50,3%)	63 (48,8%)	32 (54,2%)
Nhiệt độ	T ⁰ < 37,5 ⁰ C	39 (20,7%)	35 (27,1%)	4 (6,8%)
	T ⁰ : 37,5 ⁰ C - 38 ⁰ C	64 (34%)	50 (38,8%)	14 (23,7%)
	T ⁰ > 38 ⁰ C	85 (45,2%)	44 (34,2%)	41 (69,5%)

Nhận xét:

+ đau bụng âm ỉ gặp 39,4%
 + đau bụng dữ dội gặp ở nhóm mổ ≥ 72 giờ cao hơn nhóm mổ < 72 giờ (23,8% so với 3,9%).

+ 85 TH (45,2%) sốt cao ($T^0 > 38^0C$), ở nhóm mổ ≥ 72 giờ gặp 41 TH (69,5%), trong khi nhóm mổ < 72 giờ chỉ gặp 44 TH (34,2%).

Triệu chứng cận lâm sàng :**Bảng 2: kết quả siêu âm**

Siêu âm	Bệnh nhân		
	n	Mổ < 72 giờ (n=129)	Mổ ≥ 72 giờ (n=59)
TM to	188 (100%)	129 (100%)	59 (100%)
Thành TM dày $\geq 4-6mm$	40 (21,3%)	30 (23,2%)	10 (17,0%)
$> 6-8mm$	96 (51,1%)	78 (60,5%)	18 (30,5%)
$> 8mm$	52 (27,7%)	21 (16,3%)	31 (52,5%)
TM có sỏi	172 (91,5%)	123 (95,3%)	49 (83,0%)
TM không có sỏi	12 (6,4%)	4 (3,1%)	8 (13,5%)
TM có polyp	4 (2,1%)	2 (1,5%)	2 (3,4%)
Sỏi kẹt cổ TM	29 (15,4%)	26 (20,1%)	3 (5,1%)
Dịch quanh TM	72 (38,3%)	13 (10,1%)	59 (100%)

Nhận xét: 100% bệnh nhân có túi mật to và thành dày, trong đó túi mật $> 8mm$ gặp ở nhóm ≥ 72 giờ: 52,5% cao hơn nhóm < 72 giờ : 16,3%

Bảng 3: Xét nghiệm máu trước mổ

		Bệnh nhân		
		n	Mổ < 72 giờ (n = 129)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 59)
SLBC	< 10 G/L	52 (27,7%)	46 (35,6 %)	6 (10,2%)
	$\geq 10 - 15$ G/l	90 (47,9%)	63 (48,8%)	27 (45,7%)
	> 15 G/l	46 (24,5%)	20 (15,5%)	26 (44,1%)
	BCTT $\geq 80\%$	158 (84,0%)	99 (76,7%)	59 (100%)
Đường huyết > 7 mmol/l		45 (23,9%)	35 (27,1%)	10 (16,9%)
Bilirubin > 19 mmol/l		60 (31,9%)	35 (27,1%)	25 (42,4%)
GOT, GPT > 60 U/l		65 (34,6%)	41 (31,8%)	24 (40,7%)

Nhận Xét:

+ nhóm mổ ≥ 72 giờ có 44,1% BC $> 15G/l$, 100% có tỉ lệ BCTT $\geq 80\%$
 + trên 50% trường hợp mổ ≥ 72 giờ có men gan và Bilirubin máu tăng

Bảng 4: Thời gian phẫu thuật:

Thời gian mổ (phút)	Nhóm bệnh nhân		
	(n =160)	Mổ <72 giờ (n=114)	Mổ ≥ 72 giờ (n=46)
≤ 90	118 (73,8%)	99 (86,8%)	19 (41,3%)
> 90	42 (26,2%)	15 (13,2%)	27 (58,7%)
Thời gian mổ TB	71,56±13,21	56,11±13	95,45±11

Nhận xét: 73,8% trường hợp có thời gian mổ trong 90 phút, nhóm mổ < 72 giờ chiếm 86,8%, nhóm mổ ≥ 72 giờ chiếm 41,3% .

Bảng 5: tai biến

Tai biến	Nhóm bệnh nhân		
	(n = 160)	Mổ <72 giờ (n = 114)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 46)
Thủng TM + rơi sỏi	18 (11,3%)	7 (6,1%)	11 (23,9%)
Chảy máu	7 (4,4%)	3 (2,6%)	4 (8,7%)
Tổn thương tá tràng	1 (0,6%)	0 (0%)	1 (2,2%)
Tai biến khác	5 (3,1%)	2 (1,8%)	3 (6,5%)
Tổng	31 (19,4%)	12 (10,5%)	19 (41,3%)

Nhận xét:

+Tai biến chung trong phẫu thuật gặp 19,4%, nhóm mổ ≥ 72giờ gặp 41,3%, nhóm mổ < 72 giờ gặp 10,5%,

+Tai biến khác 5 trường hợp (3 trường hợp rách bao gan, 2 trường hợp rách mạc nối lớn).

Bảng 6: Biến chứng

Biến chứng	Nhóm bệnh nhân		
	(n = 160)	Mổ <72 giờ (n = 114)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 46)
Nhiễm khuẩn vết mổ	6 (3,7%)	3 (2,6%)	3 (6,5%)
Tụ dịch dưới gan	9 (5,6%)	4 (3,5%)	5 (10,9%)
Chảy máu qua dẫn lưu	1 (0,6%)	1 (0,9%)	0 (0%)
Rò mật	6 (3,7%)	3 (2,6%)	3 (6,5%)
Tổng	22 (13,7%)	11 (9,6%)	11 (23,9%)

Nhận xét: biến chứng sau mổ là 13,7%

Hậu Phẫu:

Ngày nằm viện trung bình của 2 nhóm là 8,2±3,4 ngày, nhóm mổ < 72 giờ là 7,1± 1,4 ngày, nhóm mổ ≥ 72 giờ là 9,3 ± 2,6 ngày

Kết quả PTNS tốt là 81,9% trung bình là 18,1%

IV. BÀN LUẬN

Tuổi: Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của BN là $56,12 \pm 10,84$, tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi, tuổi cao nhất là 84 tuổi. Độ tuổi từ 60 - 79 gặp nhiều nhất chiếm 41% kết quả thủ được cũng tương tự 1 số nghiên cứu trong nước.

Triệu chứng cơ năng:

VTMC là một tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính do đó dấu hiệu sốt có liên quan đến thời gian mắc bệnh của BN. Bảng 1 cho thấy: 100% TH có sốt; 85 TH (45,2%) sốt cao ($T^0 > 38^0C$), ở nhóm mổ ≥ 72 giờ gặp 41 TH (69,5%), trong khi nhóm mổ < 72 giờ chỉ gặp 44 TH (34,2%), khác biệt có ý nghĩa với $P < 0,001$. Nghiên cứu của các tác giả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân sốt qua các nghiên cứu rất khác nhau

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân đau bụng, đây là lý do chính làm bệnh nhân phải vào viện (bảng 1), 104 trường hợp đau hạ sườn phải kèm thương vị, 60 trường hợp đau hạ sườn phải, 24 trường hợp đau thượng vị. Thống kê của Vũ Bích Hạnh, Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tấn Cường [16], Nguyễn Tấn Đạt [10] cũng thấy kết quả tương tự.

Thống kê tính chất đau cho thấy đau âm ỉ: 39,4%, đau thành cơn: 50,3%, có 19 TH (10,1%) đau dữ dội. Cơn đau dữ dội thường gặp trong các trường hợp VTM hoại tử.

Cận lâm sàng :

Một số TH nhập viện muộn (≥ 72 giờ) hoặc BN đã sử dụng các thuốc kháng sinh, kháng viêm nên quá trình viêm có phần nào bị ngăn chặn và do đó số lượng bạch cầu trong máu không tăng cao. Kết quả bảng 3 cho thấy: có 136 TH (72,4%) có SLBC tăng,

trong đó tăng $\geq 10G/L$: 90 TH (47,9%), tăng $> 15G/L$: 46 TH (24,5%). Tỷ lệ BC trung tính $\geq 80\%$ gặp 158 TH (84,0%). Thống kê cho thấy ở nhóm mổ ≥ 72 giờ: bệnh nhân có số lượng bạch cầu trên $15G/L$ và tỷ lệ BC trung tính $\geq 80\%$, cao hơn rất nhiều so với nhóm mổ < 72 giờ (44,1% và 100% so với 15,5% và 76,7%).

Bảng 3 cho thấy 60 TH tăng bilirubin máu (31,9%). Trong đó có 11 TH có dẫn nhẹ đường mật qua SA, khi tiến hành chụp cắt lớp vi tính ở 11 TH trên không thấy sỏi OMC đi kèm. GOT, GPT tăng > 60 UI/l gặp ở 65 TH (34,6%).

Các TH thấy tăng bilirubin, GOT, GPT, đường máu thợtòng đến viện muộn ≥ 72 giờ kể từ khi có triệu chứng đến lúc mổ và thợtòng với tổn thương VTM hoại tử, sự khác biệt có ý nghĩa ($P < 0,001$). Theo Hà Văn Quyết, tỷ lệ bệnh nhân VTMC có bilirubin máu tăng là 8,4%, Đặng Thành Đông gặp 36,4%, Nguyễn Văn Nghĩa: 33%.

Thời gian mổ: Thời gian mổ ≤ 90 phút có 118 TH (73,8%), nhóm mổ < 72 giờ 99 TH (86,8%), nhóm mổ ≥ 72 giờ 19 TH (41,3%). Thời gian mổ > 90 phút có 42 TH

(26,2%), nhóm mổ < 72 giờ 15 TH (13,2%), nhóm mổ ≥ 72 giờ 27 TH (58,7%). Nhận xét: phần lớn thời gian mổ ≤ 90 phút là của nhóm mổ < 72 giờ, ngược lại thời gian mổ > 90 phút đa số thuộc nhóm mổ ≥ 72 giờ. Thời gian mổ trung bình $71,56 \pm 13,21$ phút, nhóm mổ < 72 giờ: $56,11 \pm 13$ phút, nhóm mổ ≥ 72 giờ: $95,45 \pm 11$ phút,

Qua nghiên cứu chúng tôi rất thống nhất với nhận định của một số tác giả về thời gian mổ trung bình của CTMNS trong VTMC thường dài hơn so với CTMNS nói chung.

Tai biến:

Các tai biến chung trong PT gấp 19,4%, nhóm mổ < 72 giờ chiếm 10,5% (12 TH), nhóm mổ ≥ 72 giờ chiếm 41,3% (19 TH) (10,5% so với 41,3%, với $P < 0,001$) (bảng 5). Theo nghiên cứu của chúng tôi, nếu TH VTMC được chẩn đoán sớm và chỉ định PT sớm < 72 giờ sẽ giảm thiểu được nhiều nguy cơ tai biến và rút ngắn thời gian mổ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cắt túi mật nội soi thành công: 85,1% (< 72 giờ: 91,2%; ≥ 72 giờ: 58,7%). Thời gian mổ trung bình $71,56 \pm 13,51$ phút (< 72 giờ $56,11 \pm 13$ phút; ≥ 72 giờ: $95,45 \pm 11$ phút). Tai biến trong mổ: 19,4%. Biến chứng sớm sau mổ: 12,2%. Thời gian nằm viện trung bình $8,2 \pm 3,4$ ngày (< 72 giờ: $7,1 \pm 1,4$ ngày; ≥ 72 giờ $9,3 \pm 2,6$ ngày). Kết quả phẫu thuật nội soi: tốt 81,9%, trung bình: 18,1%.

Một số yếu tố liên quan tới kết quả cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp: Phản ứng thành bụng dưới sườn phải, bạch cầu máu ngoại vi > 15G/L, thành túi mật dày > 8mm và siêu âm thấy dịch quanh túi mật liên quan có ý nghĩa đến thời gian mổ kéo dài trên 90 phút ($P < 0,001$). Thành túi mật dày > 8mm, bạch cầu máu ngoại vi > 15G/L, liên quan có ý nghĩa đến tỉ lệ chuyển mổ mở ($p < 0,001$).

Phẫu thuật cắt túi mật nội soi hiệu quả và an toàn trong điều trị viêm túi mật cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Trung Hải (2010)**, CTMNS trong VTMC, PT nội soi cắt TM các kỹ thuật và tiên bộ mới, nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 48-55.
2. **Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh (2003)**, VTMC, nhà xuất bản Y học, 113-119.
3. **Nguyễn Tấn Cường (2003)**, điều trị sỏi TM bằng PT cắt TM qua nội soi ổ bụng, Luận án phó tiến sĩ khoa học Y dược, Thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Trần Bình Giang, Đỗ Mạnh Hùng, Đỗ Tuấn Anh và cs (1998)**, PT CTMNS tại Bệnh viện Việt Đức, Ngoại khoa tập 33, số 6, tr 7-10.
5. **Fabio Cesare Campanile et al. (2012)**, Acute cholecystitis, The Role of Laparoscopic in Emergency Abdominal Surgery, Springer-Verlag Italia, 142-146.
6. **Borzellino G. (2008)**, Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results, Surges Endoscopy, (22), 8-15.
7. **Lê Trường Chiến, Nguyễn Tấn Cường và cs (2010)**, PT nội soi điều trị VTMC: Đánh giá lại kết quả qua 686 ca, Ngoại khoa 60 (4,5,6), 61-67.
8. **Balazs I. Lengyel. (2012)**, Laparoscopic Cholecystectomy: What is the price of conversion, Journal of Surgery, (152), 173-178.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VI PHẪU LẤY MÁU TỤ TRONG NÃO VÙNG TRÊN LỀU DO TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Phạm Quang Phúc*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề:

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật vi phẫu lấy máu tụ trong não vùng trên lều do tăng huyết áp tại bệnh viện Thanh Nhàn.

Phương pháp nghiên cứu: 28 bệnh nhân máu tụ trong não vùng trên lều do tăng huyết áp có điểm Glasgow ≥ 9 được chỉ định phẫu thuật vi phẫu lấy máu tụ từ 1/1/2019 đến 30/6/2021 với phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, tiến cứu.

Kết quả: Tỷ lệ gặp ở nam nhiều hơn nữ 3:2, trong đó độ tuổi hay gặp > 60 tuổi là 50%. Liệt nửa người gặp 78,6%, rối loạn ý thức 64,3%. Vị trí hay gặp là vùng đồi thị bao trong 64,2%; đè đẩy đường giữa 5 – 10 mm 64,2% ; thể tích khối máu tụ 30 – 60 ml 60,7%. Tỷ lệ tử vong là 21,4%. Phẫu thuật lấy hết khối máu tụ chiếm 39,3%, lấy gần hết máu tụ là 42,8%. BN có điểm GOS độ IV, V lần lượt khi ra viện là 39,3% và 10,7%; sau 3 tháng khám lại là 50,0% và 30,0%.

Kết luận: Phẫu thuật vi phẫu lấy máu tụ trong não vùng trên lều có kết quả tương đối tốt, giảm tỷ lệ tử vong và tăng khả năng phục hồi cho bệnh nhân.

Từ khóa: Phẫu thuật vi phẫu, xuất huyết não, tăng huyết áp

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF MICROSURGERY TO REMOVE HEMATOMA IN THE BRAIN IN THE UPPER TENTACLE REGION DUE TO HYPERTENSION AT THANH NHAN HOSPITAL

Objectives: Comment on clinical characteristics, computed tomography images and evaluate the results of microsurgery to remove hematoma in the upper tentacle region due to hypertension at Thanh Nhan hospital.

Methods: 28 patients with intracerebral hematoma in the upper tentacle region due to hypertension with a Glasgow score ≥ 9 were assigned microsurgery to remove hematomas from 1/1/2019 to June 30, 2021 with the research method. Retrospective, prospective cross-sectional description

Results: The rate is more common in men than in women 3:2, in which the common age > 60 years old is 50%. Hemiplegia encountered 78.6%, consciousness disorder 64.3%. The common site is the hippocampus in 64.2%; push the midline 5 – 10 mm 64.2% ; hematoma volume 30-60 ml 60.7%. The mortality rate was 21.4%. Surgery to remove all hematoma accounts for 39.3%, to remove most of the hematoma is 42.8%. Patients with GOS grades IV, V at discharge were 39.3% and 10.7%, respectively; after 3 months of re-examination are 50.0% and 30.0%.

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Phúc

Email: bsphamquangphuc@gmail.com

ĐT: 0973689903

Ngày nhận bài: 15/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2022

Ngày duyệt bài: 25/6/2022

Conclusion: Microsurgery to remove hematoma in the upper tentacle region has relatively good results, reducing the mortality rate and increasing the patient's recovery.

Keywords: Microsurgery, cerebral hemorrhage, hypertension

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não ngày càng gặp nhiều, là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, để lại nhiều di chứng nặng nề cho người bệnh, tăng thêm gánh nặng cho gia đình và xã hội[1]. Hằng năm tại châu Âu có khoảng 1.000.000 bệnh nhân tai biến mạch máu não, ở Mỹ có khoảng 794/100.000 dân trong đó có 5% dân số trên 65 tuổi bị TBMN và 1/3 trong số này tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh thần kinh và đứng thứ ba sau các bệnh về ung thư và tim mạch [2].

Xuất huyết não tiên phát vùng trên lều là một tổn thương rất hay gặp ở người lớn, đây là một tổn thương nặng cần được điều trị tích cực, đa phương thức. Việc phẫu thuật lấy máu tụ trong não tiên phát vẫn còn là vấn đề gây nhiều tranh luận trong nước cũng như trên thế giới. Theo Kanaya và Kuroda, các máu tụ kích thước nhỏ không cần thiết phải phẫu thuật, máu tụ có kích thước vừa nên được điều trị theo phương pháp hút máu tụ, những máu tụ quá to sẽ được phẫu thuật mở. Các bệnh nhân giai đoạn cuối nên được điều trị vì vẫn còn hy vọng sống [3].

Tại Bệnh viện Thanh Nhàn, xuất huyết não do tăng huyết áp đã được áp dụng điều trị đa phương thức từ nhiều năm nay, điều trị nội khoa, hồi sức tích cực, phẫu thuật lấy máu tụ, giải ép não, đo và kiểm soát áp lực nội sọ... Những năm gần đây, chúng tôi áp dụng phẫu thuật ít xâm lấn như phẫu thuật nội soi, phẫu thuật đặt catheter vào khối máu tụ kết hợp sử dụng thuốc tiêu sợi huyết, phẫu

thuật vi phẫu lấy máu tụ trong não do tăng huyết áp. Nhằm đánh giá hiệu quả của các phương pháp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *“Đánh giá kết quả phẫu thuật vi phẫu lấy máu tụ trong não vùng trên lều do tăng huyết áp tại bệnh viện Thanh Nhàn”*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 28 BN được chẩn đoán máu tụ trong não vùng trên lều do tăng huyết áp được phẫu thuật vi phẫu lấy máu tụ tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ 1/1/2019 đến 30/6/2021. Các BN được lựa chọn có điểm Glasgow ≥ 9 điểm; thể tích khối máu tụ trên 30ml; đe dọa đường giữa ≥ 5 mm

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu và hồi cứu không đối chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: sử dụng cỡ mẫu thuận tiện, trong đó hồi cứu 20 BN và tiến cứu 8 BN.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Thông tin chung: tuổi, giới tính, tiền sử bệnh

Các dấu hiệu lâm sàng: Đau đầu, buồn nôn, nôn, rối loạn ý thức đánh giá theo thang điểm Glasgow, thất ngôn, liệt nửa người, giãn đồng tử, bán manh...

Dấu hiệu trên phim chụp cắt lớp vi tính: Vị trí, thể tích khối máu tụ, mức độ di lệch đường giữa

Tất cả các BN đều được chụp cắt lớp vi tính 128 dãy để loại trừ nguyên nhân chảy máu não do vỡ túi phình mạch não hay vỡ khối dị dạng thông động tĩnh mạch não.

Điều trị ngoại khoa: bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật vi phẫu lấy máu tụ

Điều trị nội khoa, hồi sức sau mổ: BN được an thần thở máy, kháng sinh, không chế

huyết áp, chống phù não, cân bằng điện giải, hạ thân nhiệt....

Đánh giá kết quả phẫu thuật: xác định tỷ lệ tử vong, chụp CLVT để đánh giá mức độ lấy hết khối máu tụ, biến chứng sau mổ. Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa theo thang điểm GOS (Glasgow Outcome Scale).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung:

Phân bố BN theo tuổi

Bảng 1. Phân bố độ tuổi

Độ tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
< 40	3	10,7
40 – 60	11	39,3
> 60	14	50,0
Tổng	28	100

Nhận xét: **Phần lớn BN có độ tuổi > 40 chiếm 89,3%**

Phân bố BN theo giới tính: Nam gặp nhiều hơn nữ (Nam 60,7%; Nữ 39,3%)

2. Lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính

2.1. Các dấu hiệu lâm sàng

Bảng 2. Các dấu hiệu lâm sàng

Dấu hiệu	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	16	57,1
Buồn nôn, nôn	15	53,6
Rối loạn ý thức	18	64,3
Thất ngôn	9	32,1
Liệt nửa người	22	78,6
Giãn đồng tử	7	25,0
Bán manh	4	14,3

Nhận xét: Các dấu hiệu lâm sàng hay gặp như đau đầu 57,1%; nôn 53,6%; rối loạn ý thức 64,3%; liệt nửa người 78,6%.

Bảng 3. Trị giác bệnh nhân trước mổ

Điểm Glasgow	Số BN	Tỷ lệ %
9	4	14,3
10	5	17,9
11	10	35,7
12	6	21,4
≥ 13	3	10,7
Tổng	28	100

Nhận xét: Trị giác trước mổ hay gặp từ 10 – 11 điểm chiếm 53,6%

2.2. Hình ảnh cắt lớp vi tính

Bảng 4. Đặc điểm máu tụ trên phim cắt lớp vi tính

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ %
Vị trí khối máu tụ	Vùng đồi thị bao trong	18	64,2
	Thùy chẩm	4	14,3
	Thùy thái dương	5	17,9
	Thùy trán	1	3,6
Đề dẩy đường giữa (mm)	< 5	3	10,7
	5 - 10	18	64,3
	> 10	7	25,0
Thể tích khối máu tụ (ml)	< 30	4	14,3
	30 – 60	17	60,7
	> 60	7	25,0

Nhận xét: Vị trí khối máu tụ phần lớn gặp ở vùng đồi thị bao trong chiếm 64,2%; Đường giữa bị đè đẩy từ 5 – 10 mm hay gặp chiếm 64,3%; Kích thước khối máu tụ có đường kính lớn nhất hay gặp từ 3 – 5 cm chiếm 60,7 %

3. Kết quả phẫu thuật

3.1. Tỷ lệ tử vong: Có 6/28 trường hợp tử vong chiếm tỷ lệ 21,4%

3.2. Kết quả chụp cắt lớp vi tính sau mổ

Bảng 5. Kết quả chụp cắt lớp vi tính sau mổ

Kết quả CLVT sau mổ	Số BN	Tỷ lệ %
Lấy hết máu tụ	11	39,3
Lấy gần hết	12	42,8
Lấy một phần	5	17,9
Tổng	28	100

Nhận xét: Kết quả chụp cắt lớp vi tính sau mổ thấy đa số BN được lấy hết hoặc lấy gần hết khối máu tụ chiếm tỷ lệ 82,1%

3.3. Biến chứng sau mổ

Bảng 6. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Viêm màng não	1	3,6
Viêm phổi	3	10,7
Dò DNT	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Chảy máu tái phát	2	7,2
Loét da do tỳ đè	3	10,7
Nhiễm trùng tiết niệu	2	7,2

Nhận xét: Biến chứng sau mổ gặp viêm phổi 10,7%; Loét da do tỳ đè 10,7%; Nhiễm trùng tiết niệu 7,2%

3.3.4. Kết quả bệnh nhân ra viện đánh giá theo thang điểm GOS

Bảng 3.7. Kết quả bệnh nhân ra viện và sau khám lại 3 tháng theo thang điểm GOS

GOS	Khi BN ra viện		Sau 3 tháng khám lại	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Độ I	6	21,4	0	0,0
Độ II	2	7,2	1	5,0
Độ III	6	21,4	3	15,0
Độ IV	11	39,3	10	50,0
Độ V	3	10,7	6	30,0
Tổng	28	100	20	100

Nhận xét: Có 39,3 % BN ra viện có điểm GOS độ IV; 10,7% BN ra viện có điểm GOS độ V

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung

Tai biến mạch não, trong đó xuất huyết não do tăng huyết áp là bệnh lý thường gặp, thường ở lứa tuổi > 40, chúng tôi gặp tỷ lệ này là 89,3%, trong đó độ tuổi hay gặp nhiều hơn là > 60 tuổi, chúng tôi gặp tỷ lệ này là 50%. Tỷ lệ này cũng phù hợp với khuyến cáo chung đối với người có độ tuổi từ trên 40 chờ lên thì nên tầm soát huyết áp, khám định kỳ để phát hiện, chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Xét về giới tính thì tỷ lệ bị bệnh giữa nam và nữ cũng có sự khác biệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác, tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ. Điều này có thể giải thích nam giới có nhiều nguy cơ hơn nữ như nghiện rượu, thuốc lá, stress trong công việc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác như Nguyễn Thị Thoan [4] Tạ Việt Phương [5].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính

4.2.1. Lâm sàng:

Phần lớn BN có biểu hiện lâm sàng đột ngột, còn lại khởi phát từ từ. Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào vị trí và kích thước ổ xuất huyết. Các triệu chứng của xuất huyết não thường gặp là đau đầu, buồn nôn, nôn. Đau đầu là triệu chứng hay gặp, được cho là do tăng áp lực nội sọ hoặc co kéo các sợi cảm giác đau ở màng não. Các khối máu tụ nhỏ, nằm ở sâu thì hiếm khi có biểu hiện đau đầu [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu đau đầu chiếm 57,1%; Nôn, buồn nôn chiếm 53,6%; Rối loạn ý thức chiếm 64,3%. Trước khi phẫu thuật, tỷ lệ BN có điểm GCS < 13

chiếm tới 89,3%. Đây cũng là đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu được lựa chọn chỉ định phẫu thuật vi phẫu lấy máu tụ. Rối loạn ý thức là do khối máu tụ lớn gây tăng áp lực nội sọ, đè ép vào vùng đồi thị và thân não. Ngoài ra, dấu hiệu liệt nửa người cũng thường gặp, chúng tôi gặp 78,6%. Tỷ lệ này có thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hương và cộng sự (2019) [7] tỷ lệ liệt nửa người là 93,3% do đối tượng nghiên cứu của tác giả là tất cả các bệnh nhân bị xuất huyết não, số lượng BN nghiên cứu lớn. Một nghiên cứu khác của Tạ Việt Phương cho thấy tỷ lệ đau đầu chiếm 44,44%; Nôn 13,1% [5] thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, do nghiên cứu của Tạ Việt Phương là các BN đã hôn mê có điểm glasgow < 8. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các BN đều có điểm glasgow trước mổ ≥ 9 , trong đó hay gặp BN có điểm glasgow từ 10 – 11 chiếm 53,6%. Chúng tôi lựa chọn những BN có điểm glasgow ≥ 9 để chỉ định phẫu thuật vi phẫu lấy máu tụ, những BN có điểm glasgow ≤ 8 điểm được chỉ định phẫu thuật lấy máu tụ giải ép não.

4.2.2. Chụp cắt lớp vi tính:

Ngày nay, chụp cắt lớp vi tính đã trở thành thường quy tại các bệnh viện tuyến tỉnh và một số bệnh viện tuyến huyện. Chụp cắt lớp vi tính cho phép chẩn đoán chính xác khối máu tụ trong não, xác định vị trí, đo kích thước thể tích khối máu tụ, từ đó có thái độ xử trí phù hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân lớp phát hiện các BN có khối máu tụ vùng đồi thị bao trong (64,2%), ngoài ra ở thùy chẩm là 14,3%, thùy thái dương là 17,9%, thùy trán là 3,6%. Thể tích khối máu tụ hay gặp từ 30 – 60 ml chiếm 60,7%.

Đường giữa bị đè đẩy sang bên đối diện 5-10mm chiếm 64,3%, > 10mm là 25%. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thoan (2008) [4]. Theo nghiên cứu của Tạ Việt Phương [5], khối máu tụ có thể tích trung bình chiếm 73,3%.

Thể tích khối máu tụ, mức độ di lệch đường giữa có giá trị để có thái độ điều trị phù hợp, phẫu thuật hay điều trị bảo tồn. Nếu phẫu thuật thì lựa chọn phương pháp nào cho phù hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN lựa chọn phẫu thuật vì phẫu lấy máu tụ dựa trên cơ sở tri giác BN không quá xấu, GCS > 8 điểm; kích thước khối máu tụ không quá lớn; mức độ đè đẩy đường giữa vừa phải chưa gây thoát vị não.

4.3. Kết quả điều trị phẫu thuật

4.3.1. Tỷ lệ tử vong:

Trong số 28 BN được phẫu thuật, có 6 BN tử vong, chiếm tỷ lệ 21,4%. Trong đó có một BN chảy máu tái phát, có tiền sử xơ gan nghiện rượu, sau mổ tri giác không cải thiện chụp CLVT kiểm tra thấy ổ máu tụ to hơn khi trước trước phẫu thuật, BN được chỉ định mở sọ giải ép lấy máu tụ. Sau mổ lần hai, tình trạng phù não nhiều, điều trị hồi sức tích cực không kết quả. Hai BN sau mổ bị viêm phổi, sốt cao kéo dài, cấy khuẩn bị viêm phổi bệnh viện đa kháng, điều trị không đáp ứng, tử vong trong bệnh cảnh viêm phổi sau mổ xuất huyết não. Ba BN còn lại đều có tuổi cao > 80 tuổi, tri giác trước mổ thấp GCS 9 – 10 điểm, kích thước khối máu tụ lớn > 60ml, mặc dù đã được phẫu thuật lấy gần hết máu tụ nhưng sau mổ phù não nhiều, điều trị hồi sức tích cực không hiệu quả, gia đình xin không can thiệp gì thêm.

Tỷ lệ BN tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thoan (2008) [4] là 25,6% , thấp hơn so với kết quả của một số nghiên cứu khác về kết quả điều trị xuất huyết não như của Trịnh Đình Thảo và cộng sự (2017) tỷ lệ tử vong sau điều trị xuất huyết não là 38,6% [8].

4.3.2. Đánh giá về khả năng lấy khối máu tụ qua vi phẫu thuật:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ lấy hết máu tụ qua vi phẫu thuật là 39,3%, lấy gần hết máu tụ là 42,8%, lấy một phần máu tụ là 17,9%. Theo nghiên cứu Tạ Việt Phương [3], tỷ lệ BN lấy hết máu tụ là 69%, lấy một phần là 24,4%. Như vậy, tỷ lệ lấy hết máu tụ theo nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Tạ Việt Phương, nghiên cứu kết quả mở sọ giải ép lấy máu tụ do tăng huyết áp. Có thể giải thích do phẫu thuật vi phẫu có đường mổ nhỏ, phẫu trường hẹp, với các ổ máu tụ kích thước lớn khó lấy hết toàn. Phẫu thuật mở mở kinh điển dễ lấy hết khối máu tụ nhưng thường làm tổn thương tổ chức não lành, để lại những di chứng nặng nề hơn sau phẫu thuật.

4.3.3. Biến chứng sau mổ:

Việc chảy máu tái phát sau mổ lấy máu tụ trong não do tăng huyết áp vẫn là vấn đề cần lưu ý. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 2 trường hợp chảy máu tái phát sau mổ chiếm tỷ lệ 7,2%, trong đó có 1 BN tử vong. Đây thường là những BN xơ gan nghiện rượu, chức năng gan kém, có rối loạn đông máu sau mổ. Tỷ lệ chảy máu tái phát sau mổ mở lấy máu tụ trong não do tăng huyết áp theo Nguyễn Thị Thoan (2008) [4] là 10 %. Như vậy so với kết quả của nghiên cứu này, tỷ lệ

chảy máu tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt. Tỷ lệ BN bị viêm phổi và loét da do tỳ đè chúng tôi đều gặp là 10,7% , Nhiễm trùng vết mổ chúng tôi không gặp trường hợp nào, lý do BN thường được cai máy thở sớm, can thiệp phẫu thuật đường mổ nhỏ. Đây cũng là ưu điểm của phẫu thuật vi phẫu, ít xâm lấn.

4.3.4. Kết quả khi BN ra viện và sau khám lại 3 tháng:

Tính đến thời điểm ra viện, chúng tôi có 6 BN tử vong, có 11 BN (39,3%) có GOS độ IV, có 3 BN (10,7%) có GOS độ V. Sau 3 tháng, chúng tôi khám lại được 20 BN, trong đó số BN có GOS độ IV là 50% và GOS độ V là 30%. So với kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Cường và cộng sự (2017) [9], nghiên cứu phẫu thuật nội soi lấy máu tụ trong não vùng trên lều do tăng huyết áp, sau 3 tháng khám lại, số BN có GOS độ V là 26,67%, GOS độ IV là 60%. Như vậy số BN hồi phục tốt, GOS độ V sau 3 tháng khám lại, tỷ lệ của chúng tôi có cao hơn. Tuy nhiên cần thời gian nghiên cứu dài hơn để đánh giá hiệu quả của mỗi phương pháp.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật vi phẫu lấy máu tụ trong não do tăng huyết áp góp phần cải thiện đáng kể kết quả điều trị, giảm tỷ lệ tử vong, tăng khả năng phục hồi cho bệnh nhân. Tuy nhiên cần đúng chỉ định và điều trị phối hợp nội khoa, hồi sức tích cực mới có thể đem lại kết quả khả quan cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Vũ Anh Nhị (2001).** Thần kinh học lâm sàng và điều trị, Nhà xuất bản mũi Cà Mau.
- 2. Võ Văn Nho (2005).** Các hội chứng lâm sàng của thiếu máu não và điều trị ngoại khoa của đột quy xuất huyết, Nhà xuất bản Y học, 143-158.
- 3. Kanaya H. and Kuroda K. (1992).** Development in neurosurgical approaches in hypertensive intracerebral hemorrhage in Japan, Paven Press, New York, 197-209.
- 4. Nguyễn Thị Thoan (2008).** Nghiên cứu hiệu quả phẫu thuật bệnh nhân xuất huyết não, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 5. Tạ Việt Phương (2015).** Điều trị máu tụ trong não trên lều do tăng huyết áp bằng phương pháp phẫu thuật mở sọ giảm áp và lấy máu tụ, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 6. Steiner T., Kaste M., Torsting M., et al (2006).** Recommendations for the management of intracranial haemorrhage – Part I: Spontaneous intracerebral haemorrhage. The European Stroke Initiative Writing Committee and the Writing Committee for the EUSI Executive Committee, Cerebrova SC Dis, 22(4):294-316.
- 7. Nguyễn Văn Hương và Nguyễn Thị Hồng Phấn (2019).** Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ xuất huyết não trên người cao tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam, 1(479):192-195.
- 8. Trịnh Đình Thảo, Phạm Văn Linh, Nguyễn Lưu Giang và cs (2017).** Kết quả điều trị xuất huyết não tự phát ở bệnh nhân trên 40 tuổi: 158 trường hợp. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 6(21):356-361.
- 9. Phạm Văn Cường, Nguyễn Thế hào, Đồng Phạm Cường và cs (2017).** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi máu tụ trong não vùng trên lều do cao huyết áp tại bệnh viện Bạch Mai, Y học TP. Hồ Chí Minh, 21(6): 187 – 191.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT CẮT BAO QUY ĐẦU BẰNG STAPLER TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Duy Thịnh*, Nguyễn Thành Vinh*,
Phạm Quang Phúc*, Phạm Thanh Tùng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt bao quy đầu là loại phẫu thuật đã được thực hiện rất lâu đời và hiện nay vẫn được làm thường quy tại khắp nơi trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Có nhiều cách thức can thiệp trong đó sử dụng stapler trong phẫu thuật gần như đang trở thành xu thế mới ở nhiều cơ sở y tế.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật bước đầu cắt bao quy đầu bằng stapler tại bệnh viện Thanh Nhàn.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả tiến cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân (BN) có phẫu thuật cắt bao quy đầu bằng máy Stapler tại Khoa Ngoại Thận – tiết niệu – Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 4/2021 đến 7/2022.

Kết quả: Gồm 32 bệnh nhân với tuổi trung bình $28,5 \pm 7,3$ tuổi (4 – 72 tuổi)

Bệnh lý hẹp bao quy đầu đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (46,9%), hai nhóm bệnh “Bán hẹp bao quy đầu, ngắn dây hãm” (6,2%) và “Dài bao quy đầu” (22,1%) cũng thường gặp. Thời gian phẫu thuật là từ 5 – 15 phút Thời gian phẫu thuật trung bình là 8.5 phút. Không có trường hợp nào chảy máu, hở vết mổ, sưng nề nghiêm trọng sau cắt bao quy đầu bằng máy stapler. Tình trạng vết

thương của bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tuần 100% bệnh nhân lành vết thương bình thường, không có trường hợp có vết thương nhiễm trùng. Tình trạng vết thương của bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tháng 100% bệnh nhân lành vết thương tốt: độ rộng sẹo nhỏ, sẹo không lồi nhô, không thấy vết chân ghim, vết thương có tính thẩm mỹ cao. Thời gian ghim ở vết thương rụng hoàn toàn là khoảng 14 ngày, thời gian ghim rụng hoàn toàn từ 10 – 20 ngày.

Kết luận: Cắt bao quy đầu bằng máy stapler là phương pháp hiệu quả, an toàn, có tính thẩm mỹ

Từ khoá: hẹp bao quy đầu; máy stapler

SUMMARY

ASSESSMENT FOR INITIAL RESULTS OF CIRCUMCISION SURGERY WITH STAPLERS AT THANH NHAN HOSPITAL

Introduction: Circumcision surgery is a procedure that has been performed for a long time and is still routinely taken all over the world as well as in Vietnam. There are many intervention methods of which the use of staplers in such surgery is almost becoming a new trend in many medical facilities.

Objective: To assess the initial surgery results of circumcision surgery with staplers at Thanh Nhan hospital.

Subjects and Methods: The study followed the prospective descriptive method.

Subjects of study: All patients had circumcision surgery with Staplers at the

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Tùng

Email: msthanhtung1811@gmail.com

ĐT: 0916113331

Ngày nhận bài: 22/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 28/6/2022

Ngày duyệt bài: 09/7/2022

Department of Nephrology - Urology - Thanh Nhan Hospital from April 2021 to July 2022.

Results: Including 32 patients with mean age of 28.5 ± 7.3 (4 – 72 years old)

Simple phimosis accounted for the highest rate (46.9%), two groups of "Semi-phimosis, short frenulum" (6.2%) and "Long foreskin" (22, 1%) is also common. Surgery period is from 5 to 15 minutes, the average surgery period is 8.5 minutes. There were no cases of bleeding, open incision, severe swelling after circumcision with staplers. Regarding the wound condition of patients 1 week after surgery, 100% of patients' wound heal normally and there are no cases of infected wounds. Regarding the wound condition of patients 1 month after surgery, 100% of patients' wound heal well: scar width is small, scar is not much keloid, no pin marks are visible, the wound has high aesthetic value. The time for surgical pins in the wound to completely fall off is about 14 days, the time for surgical pins to completely fall off is from 10 to 20 days.

Conclusion: Circumcision by staplers is an effective, safe method with high aesthetics

Keywords: Phimosis; stapler

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt bao quy đầu là loại phẫu thuật đã được thực hiện rất lâu đời và hiện nay vẫn được làm thường quy tại khắp nơi trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Phẫu thuật cắt bao quy đầu được thực hiện hầu hết ở các quốc gia, mọi dân tộc với tỷ lệ phẫu thuật khác nhau. Nhìn chung, trên thế giới, có khoảng 20% nam giới được cắt bỏ bao quy đầu. [10] Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hiện có tới 30% nam giới trên thế giới đã được cắt bao quy đầu mà không phải như một biện pháp can thiệp y học bắt buộc, phần lớn là vì lý do văn hóa và tôn giáo.[8]

Vào tháng 3/2007, WHO và UNAIDS công nhận cắt bao quy đầu ở trẻ em nam giới là một phương pháp ngăn chặn HIV công hiệu, nhưng kèm theo cảnh báo là phẫu thuật này chỉ có thể ngăn chặn phần nào và không được dùng nó thay thế tất cả những phương pháp phòng chống khác [11]. Hiện nay ở Việt Nam chưa có một nghiên cứu đầy đủ nào về tỷ lệ cắt bao quy đầu ở nam giới. Nhiều bệnh viện, phòng khám triển khai cắt bao quy đầu một cách rộng rãi với nhiều phương pháp khác nhau nhưng đa phần vẫn là phương pháp phẫu thuật truyền thống với các kỹ thuật mổ khác nhau.

Hiện nay xu hướng điều trị ít xâm hại và áp dụng kỹ thuật cao đang dần thay thế các phẫu thuật truyền thống mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh. Phương pháp cắt bao quy đầu bằng Stapler đã được thực hiện tại nhiều nước trên thế giới đã chứng tỏ tính an toàn, hiệu quả, thẩm mỹ, rút ngắn thời gian phẫu thuật. [7] [8] [10] Tại Việt Nam phương pháp này cũng đã được tiến hành trong khoảng vài năm nay, Bệnh viện Thanh Nhân cũng đã tiến hành kỹ thuật này từ tháng 4/2021, bước đầu được bệnh nhân ưa thích hơn phương pháp phẫu thuật truyền thống. Tuy nhiên hiện tại chưa có một nghiên cứu nào đánh giá toàn diện hiệu quả của phương pháp phẫu thuật mới này nên chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu đề tài “Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bao quy đầu bằng stapler tại bệnh viện Thanh Nhân” với mục tiêu:

Đánh giá kết quả phẫu thuật bước đầu cắt bao quy đầu bằng stapler tại bệnh viện Thanh Nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân (BN) có phẫu thuật

cắt bao quy đầu bằng máy Stapler tại Khoa Ngoại Thận – tiết niệu – Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 4/2021 đến 7/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Các BN có cắt bao quy đầu bằng máy stapler.

- Đúng chỉ định cần phải cắt bao quy đầu.

- Điều trị tình trạng viêm quy đầu – bao quy đầu đã ổn định.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bất thường về giải phẫu ở cơ quan sinh dục.

- Mắc các bệnh mạn tính, bệnh toàn thân không đủ điều kiện vô cảm, phẫu thuật.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả từng trường hợp cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Bắt đầu lấy mẫu nghiên cứu từ tháng 4/2021 đến tháng 7/2022.

Tất cả các bệnh nhân đến khám và phẫu thuật cắt bao quy đầu bằng Stapler tại Khoa Ngoại Thận – tiết niệu – Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 4/2021 đến 7/2022.

2.4. Cơ mẫu và cách chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn bệnh trong khoảng thời gian làm đề tài.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Quá trình thu thập số liệu được tiến hành theo trình tự: hỏi bệnh, khám bệnh, cận lâm sàng, phẫu thuật cắt bao quy đầu bằng stapler, theo dõi đánh giá kết quả sau phẫu thuật và các lần tái khám sau 1 tuần và sau 2-3 tháng.

- Phương tiện: Máy stapler đủ các kích thước, thước đo dương vật.

- Đánh giá tình trạng lâm sàng:

Mô tả tình trạng của quy đầu, bao quy đầu, dây hãm, thân dương vật, đo kích thước của dương vật bằng thước đo dương vật, lựa chọn cỡ máy phù hợp.

Tiến hành phẫu thuật cắt bao quy đầu:

+ BN được vô cảm : tê tủy sống hoặc mê tĩnh mạch

+ Bệnh nhân: Nằm ngửa. Tiến hành cắt BQĐ bằng Stapler.

+ Ghi nhận thời gian thực hiện, lượng máu mất, tai biến, biến chứng trong quá trình thực hiện và sau phẫu thuật.

- Tái khám

Sau 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật, đánh giá lại tình trạng của bệnh nhân sau mổ.

- Đánh giá sau phẫu thuật 1 tuần

Thang điểm đánh giá lành vết thương kèm theo các biến chứng Rober D Griego.

Kết quả lành vết thương	Điểm	Tiêu chuẩn đánh giá
Vết thương lành bình thường	1	Lành vết thương bình thường với một trong các triệu chứng: Đỏ, phù nề, đau tăng.
	2	Lành vết thương bình thường kết hợp hai trong các triệu chứng: Đỏ, phù nề, đau tăng hoặc chỉ có chảy dịch.
	3	Lành vết thương bình thường kết hợp cả ba triệu chứng: Đỏ, phù nề, đau tăng hoặc có chảy dịch mủn.
Vết thương nhiễm trùng	4	Vết thương có mủ hoặc chảy dịch kết hợp với hai trong ba triệu chứng: Đỏ, phù nề, đau tăng.

	5	Vết thương có mũ kết hợp với một triệu chứng: Đỏ, phù nề, đau tăng hoặc chảy dịch kết hợp với đỏ phù nề đau tăng.
	6	Vết thương có mũ kết hợp với hai trong ba triệu chứng: Đỏ, phù nề, đau tăng.
	7	Vết thương có mũ kết hợp với cả ba triệu chứng: Đỏ, phù nề, đau tăng.

- Đánh giá sau phẫu thuật 1 tháng

Thang điểm SBSES (The Stony Brook Scar Evaluation Scale) của Singer.

Tiêu chí đánh giá		Điểm
Độ rộng sẹo	> 2mm	0
	≤ 2mm	1
Chiều cao sẹo	Cao hơn/lõm hơn so với bề mặt da xung quanh	0
	Ngang bằng với da xung quanh	1
Màu sắc	Tối hơn da xung quanh	0
	Bằng hoặc sáng hơn da xung quanh	1
Vết chân chỉ	Còn dấu chân chỉ	0
	Không có dấu chân chỉ	1
Tính thẩm mỹ	Xấu	0
	Tốt	1
Tổng cộng		5

+ **Tốt:** 4 – 5 điểm+ **Trung bình:** 2-3 điểm+ **Xấu:** 0-1 điểm

- Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 04 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022 tại khoa Khoa Ngoại Thận – tiết niệu Bệnh viện Thanh Nhàn đã phẫu thuật cắt bao quy đầu cho 32 bệnh nhân bằng máy stapler đủ tiêu chuẩn chọn bệnh của đề tài, qua nghiên cứu chúng tôi thu thập được các kết quả dưới đây.

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi

Nhóm tuổi	Tần số	Tỷ lệ (%)
< 5 tuổi	1	3,1
5- < 18 tuổi	11	34,3
18 - < 60 tuổi	18	56,4
Trên 60 tuổi	2	6,2
Trung bình	28,5± 7.3 tuổi (4 – 72 tuổi)	

Trong nghiên cứu nhóm tuổi từ 18- <60 chiếm đa số (56,4%). Bệnh nhân lớn tuổi nhất trong nghiên cứu là 72 tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm về tiền sử và bệnh lý kết hợp

Tiền sử bệnh tật	Số BN	Tỉ lệ (%)
Đái tháo đường	3	9,3
Tăng huyết áp	1	3,1
Bệnh nội khoa khác	2	6,2
Đã từng cắt bao quy đầu	1	3,1

Bệnh lý nội khoa thường gặp ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này là bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp, chủ yếu ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi. Có 1 bệnh nhân đã từng được phẫu thuật cắt bao quy đầu nhưng hiện tại có viêm dính nên phẫu thuật lại.

Bảng 3. Đặc điểm bao quy đầu của bệnh nhân

Đặc điểm bệnh lý	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hẹp bao quy đầu đơn thuần	15	46,9
Bán hẹp bao quy đầu, ngắn dây hãm	2	6,2
Dài bao quy đầu (ảnh hưởng thẩm mỹ, khó vệ sinh)	7	22,1
Xơ hẹp của bao quy đầu	3	9,3
U sùi ở bao quy đầu	1	3,1
Viêm dính bao quy đầu	4	12,4

Trong nghiên cứu này bệnh lý hẹp bao quy đầu đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (46,9%), đây là lý do chính khiến bệnh nhân đi khám và phẫu thuật cắt bao quy đầu. Hai nhóm bệnh “Bán hẹp bao quy đầu, ngắn dây hãm” (6,2%) và “Dài bao quy đầu” (22,1%) cũng thường gặp.

Kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Tình trạng phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình	8.5±1.7 phút	5 – 15 phút
Lượng máu mất (mL)	0 ml	
Hở vết mổ	0	
Sưng nề nghiêm trọng	0	
Đau sau phẫu thuật		
Cần sử dụng thêm giảm đau	11	34,3
Không cần sử dụng thêm giảm đau	21	65,7

Không có trường hợp nào chảy máu, hở vết mổ, sưng nề nghiêm trọng sau cắt bao quy đầu bằng máy stapler.

Trong quá trình phẫu thuật bệnh nhân hoàn toàn không đau hoặc có đau rất ít thường liên quan đến kỹ thuật gây tê và ngưỡng đau của từng bệnh nhân. Sau phẫu thuật 2-3 giờ có 34.3% bệnh nhân cảm giác đau nhiều ở vết mổ cần sử dụng thêm giảm đau và 65.7% không đau hoặc đau rất ít nên không cần sử dụng thêm thuốc giảm đau.

Kết quả sau phẫu thuật**Bảng 5. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tuần theo “Thang điểm lành vết thương kèm theo các biến chứng của Rober D Griego”**

Điểm	1	2	3	4	5	6	7
	Vết thương lành bình thường			Vết thương nhiễm trùng			
N	31	1	0	0	0	0	0
%	96,8	3.2	0	0	0	0	0

Đánh giá tình trạng vết thương của bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tuần trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân lành vết thương bình thường, không có trường hợp có vết thương nhiễm trùng.

Bảng 6. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tháng bằng “Thang điểm SBSES của Singer”

Điểm	0	1	2	3	4	5
	Xấu		Trung bình		Tốt	
N	0	0	0	0	14	18
%	0	0	0	0	43,7	56,3

Đánh giá tình trạng vết thương của bệnh nhân sau phẫu thuật 2-3 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân lành vết thương tốt: độ rộng sẹo nhỏ, sẹo không lồi nhô, không thấy vết chân ghim. Đánh giá chung vết thương có tính thẩm mỹ cao.

Bảng 7. Thời gian rụng ghim

Rụng ghim ngày thứ	Tần số	Tỷ lệ (%)
10	1	3,1
11	1	3,1
12	2	6,2
13	4	12,4
14	5	15,5
15	7	21,7
16	6	18,6
17	1	3,1
18	1	3,1
19	3	9,3
20	1	3,1
Tổng	32	100.0
Trung bình	14.3± 2.2 ngày	10-20 ngày

Thời gian ghim ở vết thương rụng hoàn toàn là khoảng 14 ngày, thời gian ghim rụng hoàn toàn từ 10 – 20 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Với cỡ mẫu 32 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 28.5 ± 7.3 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có các bệnh lý kèm theo: Đái tháo đường chiếm 9,3%, tăng huyết áp 3.1%, các bệnh lý nội khoa khác (rối loạn mỡ máu, bệnh gout...) chiếm 6,2%. Các bệnh lý liên quan đến rối loạn chuyển hóa, tăng huyết áp tăng dần theo tuổi. Các bệnh nhân đang điều trị đái tháo đường đến khám thường với triệu chứng bao quy đầu dài, viêm bao quy đầu tái phát được chỉ định phẫu thuật cắt bao quy đầu nhằm hạn chế tình trạng nhiễm trùng ở bao quy đầu – quy đầu, dễ dàng vệ sinh và thẩm mỹ. Nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp được điều trị kiểm soát tốt huyết áp trước phẫu thuật để hạn chế thấp nhất tình trạng chảy máu trong và sau phẫu thuật. Có 1 bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt bao quy đầu từ trước, sau phẫu thuật có viêm dính xơ hẹp bao quy đầu, đã được phẫu thuật cắt bao quy đầu lại bằng stapler cho kết quả tốt, biến chứng viêm dính sau phẫu thuật cắt BQĐ cũng thường gặp khi thực hiện phẫu thuật theo phương pháp cắt truyền thống.

Đặc điểm bao quy đầu của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu: Hẹp bao quy đầu đơn thuần chiếm 46,9%, bán hẹp bao quy đầu, ngắn dây hãm chiếm 6,2%, dài bao quy đầu dài bao quy đầu (ảnh hưởng thẩm mỹ, khó vệ sinh) chiếm 22,1%, , xơ của bao quy đầu chiếm 9.3%, u sùi ở bao quy đầu 3.1% và viêm dính bao quy đầu 1.1%. Có 1 nhóm bệnh nhân có dài bao quy đầu không có biểu hiện viêm tái phát nhưng bệnh nhân đi khám muốn thực hiện phẫu thuật cắt bao quy đầu

vì mục đích thẩm mỹ và dễ dàng làm vệ sinh. Việc cắt bỏ bao quy đầu cho nhóm bệnh nhân này còn nhiều tranh cãi nhưng nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng việc cắt bỏ bao quy đầu là cần thiết, giúp giảm tình trạng viêm nhiễm tại chỗ cho nam giới và giảm tình trạng viêm âm đạo cho bạn tình, giảm nguy cơ mắc các bệnh lây qua đường tình dục.

Thời gian chúng tôi thực hiện phẫu thuật trung bình (sau khi gây tê gốc dương vật) là 8.5 ± 1.7 phút, những trường hợp dài BQĐ, không có viêm dính hay ngắn dây hãm thường thời gian phẫu thuật nhanh hơn khoảng 5 phút trong khi những trường hợp hẹp BQĐ có viêm dính vào quy đầu cần thời gian lâu hơn để bóc tách, phẫu tích dọc vị trí 12h trên bao quy đầu để đủ rộng mà đặt máy. So sánh với phương pháp cắt bao quy đầu khác thì cắt bằng máy stapler nhanh hơn nhiều vì các công đoạn định vị vị trí cắt, cắt và khâu hoàn toàn tự động do máy stapler thực hiện. Không có trường hợp nào chảy máu, bong ghim hở vết mổ, phù nề nhiều trong phẫu thuật, do chúng tôi đo và lựa chọn kích thước của máy phù hợp với kích thước dương vật của bệnh nhân. Sau phẫu thuật bệnh nhân được nằm lại theo dõi tại bệnh phòng khoảng 3 ngày để theo dõi tình trạng chảy máu, tình trạng đau sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân chảy máu sau phẫu thuật, có 11 bệnh nhân chiếm 34.3% đau nhiều sau mổ, cần sử dụng thêm thuốc giảm đau đường uống hoặc tiêm và truyền. Tình trạng đau sau phẫu thuật liên quan đến nhiều yếu tố: liều lượng thuốc gây tê, ngưỡng đau của bệnh nhân, băng ép sau phẫu thuật quá chặt, do bệnh nhân cương sau phẫu thuật...Sử dụng

thêm thuốc giảm đau, nới lỏng băng ép, hướng dẫn bệnh nhân cách kiểm soát hạn chế tình trạng cương, an thần giúp giảm đau sau phẫu thuật cho bệnh nhân.

Bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tuần được hẹn tái khám kiểm tra vết thương với kết quả 100% vết thương lành bình thường theo thang điểm đánh giá lành vết thương kèm theo các biến chứng Rober D Griego. Thời gian trung bình ghim khâu ở vết thương rụng hoàn toàn là 14.1 ± 2.3 ngày ngày (10 – 20 ngày). Đánh giá tình trạng vết thương của bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân lành vết thương tốt: độ rộng sẹo nhỏ, sẹo không lồi nhiều, không thấy vết chân ghim, thẩm mỹ.

Như vậy, với kết quả nghiên cứu trên có thể đánh giá kỹ thuật cắt BQĐ bằng stapler có những ưu điểm như:

+ Dụng cụ phẫu thuật chỉ sử dụng một lần nên rất an toàn cho bệnh nhân, tránh lây nhiễm chéo, thuận lợi cho phẫu thuật viên.

+ Cắt bằng stappler tự động nên nhanh gọn, chính xác và vết cắt đẹp, đồng đều cho các bệnh nhân.

+ Thời gian phẫu thuật nhanh chỉ mất trung bình khoảng 7.5 phút

+ Cơ chế cắt và cầm máu tự động của dụng cụ nên hoàn toàn không mất máu trong phẫu thuật.

+ Không phải cắt chỉ như phương pháp truyền thống, các khớp ghim sẽ tự rơi ra sau khoảng 14 ngày.

Tham khảo nghiên cứu của tác giả X.D. Jin và cộng sự nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn hơn (441 bệnh nhân từ 18 đến 70 tuổi được cắt BQĐ bằng stapler) cũng cho thấy những ưu điểm của phương pháp này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [7]:

Bảng 8. Kết quả nghiên cứu của tác giả X.D. Jin và cộng sự [8]

	Nghiên cứu của X.D. Jin và cộng sự
Tuổi trung bình (năm)	26,9
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	6,8
Chảy máu (%)	0,01
Phù nề (%)	0,01
Nhiễm trùng (%)	0,005
Đính rụng sau 1 tháng (%)	95

Thực hiện kỹ thuật cắt BQĐ bằng stapler chúng có một số điểm cần lưu ý sau:

+ Giải thích rõ phương pháp phẫu thuật và trấn an bệnh nhân trước mổ giúp giảm sự lo lắng và giúp bệnh nhân hợp tác tốt hơn, giảm đau đớn sau mổ.

+ Cần chọn size máy stapler phù hợp với kích thước dương vật, ưu tiên chọn cỡ máy

lớn hơn kích thước dương vật.

+ Sau khi cắt bằng máy nên cắt vòng nhựa nối các đinh ghim 3-4 vị trí để tránh phù nề sau cắt, giúp vòng ghim rụng nhanh hơn.

+ Băng ép vết mổ vừa đủ chặt, kiểm tra màu sắc của quy đầu sau băng ép để tránh băng ép quá chặt gây đau sau mổ cho bệnh nhân. Nhưng cũng không quá lỏng gây phù

nề hoặc chảy máu sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân đến cắt BQĐ độ tuổi trung bình 28.5 ± 7.3 tuổi

- Hẹp bao quy đầu đơn thuần chiếm 46,9%, bán hẹp bao quy đầu, ngắn dây hãm chiếm 6,2%, dài bao quy đầu dài bao quy đầu (ảnh hưởng thẩm mỹ, khó vệ sinh) chiếm 22,1%, xơ của bao quy đầu chiếm 9,3%, u sùi ở bao quy đầu 3.1% và viêm dính bao quy đầu 1.1%.

- Trong quá trình phẫu thuật cắt BQĐ bằng stapler không có trường hợp nào chảy máu (0%), sưng nề nghiêm trọng (0%), hở vết mổ (0%), thời gian phẫu thuật trung bình (không tính thời gian gây tê) là 8.5 ± 1.7 phút.

- Bệnh nhân đa phần ít đau sau mổ, vết thương lành tốt, không nhiễm trùng, không sưng nề nhiều, ít sẹo, thẩm mỹ cao. Thời gian đình ghim tự rụng trung bình sau 14 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Benson, M. and M.K. Hanna**, Prepuce sparing: Use of Z-plasty for treatment of phimosis and scarred foreskin. *J Pediatr Urol*, 2018. 14(6): p. 545.e1-545.e4.
2. **Colberg, C., et al.**, [Epidemiology of penile cancer]. *Urologe A*, 2018. 57(4): p. 408-412.
3. **Dent, J., et al.**, Age targeting and scale-up of voluntary medical male circumcision in Mozambique. 2019. 14(2): p. e0211958.
4. **Douglawi, A. and T.A. Masterson**, Penile cancer epidemiology and risk factors: a contemporary review. *Curr Opin Urol*, 2019. 29(2): p. 145-149.
5. **Gray, R.H., Male** Circumcision for HIV and STI Prevention: A Reflection. *Clin Chem*, 2019. 65(1): p. 15-18.
6. **Hosek, S. and A. Pettifor**, HIV Prevention Interventions for Adolescents. *Curr HIV/AIDS Rep*, 2019.
7. **Huo, Z.C., et al.**, [Clinical effect of circumcision stapler in the treatment of phimosis and redundant prepuce]. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 2015. 21(4): p. 330-3.
8. **Jin, X.D., et al.**, Adult male circumcision with a circular stapler versus conventional circumcision: A prospective randomized clinical trial. *Braz J Med Biol Res*, 2015. 48(6): p. 577-82.
9. **Lee, C.H. and S.D. Lee**, Effect of topical steroid (0.05% clobetasol propionate) treatment in children with severe phimosis. *Korean J Urol*, 2013. 54(9): p. 624-30.
10. **Miao, H.D., et al.**, [Clinical effects of the circumcision stapler, foreskin cerclage, and traditional circumcision: A comparative study]. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 2015. 21(4): p. 334-7.
11. **Organization, W.H.**, Male circumcision: Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability. 2007.
12. **Wen, Y.L., et al.**, [Topical application of clobetasol propionate cream in the treatment of phimosis in prepubertal children: A report of 237 cases]. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 2017. 23(7): p. 635-638.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG ĐẺ MỔ VÀ ĐẺ THƯỜNG TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN THANH NHÀN TỪ THÁNG 01/ 2021 ĐẾN THÁNG 06/ 2021

Trần Quyết Thắng*, Đào Quang Minh*, Nguyễn Viết Nam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Xác định tỉ lệ đẻ mổ và đẻ thường tại khoa Phụ sản Bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 01/2021 đến tháng 06 / 2021. 2. Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến chỉ định mổ lấy thai tại khoa Phụ sản Bệnh viện Thanh Nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang dựa vào hồ sơ bệnh án cho 2172 sản phụ đẻ thường và đẻ mổ tại khoa sản Bệnh viện Thanh Nhân. **Kết quả:** Tỉ lệ đẻ mổ chiếm 54,97% tập trung chủ yếu độ tuổi dưới 35 (chiếm 89,1 %). Trong số đó 55,53 % MLT chủ động. Thời điểm MLT : 51,34% tại thời điểm thai ≥ 39 tuần; 34,17% tại thời điểm thai 38 tuần và 14,49% tại thời điểm thai ≤ 37 tuần. Nhóm có tiền sử MLT phẫu thuật chủ động 64,51%, nhóm MLT lần đầu phẫu thuật chủ động 46,36%, nhóm hỗ trợ sinh sản phẫu thuật chủ động 27,03%, nhóm song thai phẫu thuật chủ động 62,71%. Những sản phụ HTSS mổ chủ động cao nhất thời điểm ≤ 37 tuần với 54,55 % và thấp nhất thời điểm ≥ 39 tuần với 7,41 %. **Kết luận:** Tỉ lệ mổ lấy thai đang ngày càng có xu hướng tăng. Yếu tố sẹo mổ đẻ cũ là yếu tố chính làm tăng tỉ lệ MLT. Giảm tỉ lệ MLT ở con so là chìa khóa quan trọng nhất để giảm tỉ lệ mổ lấy thai lần đầu.

SUMMARY

SURVEY OF SURGICAL AND ORGANIZATIONAL STUDY AT THANH NHAN HOSPITAL'S GYNECOLOGY AND OBSTETRICS DEPARTMENT FROM JANUARY 2021 TO JUNE 2021

Objectives: 1. Determine the rate of caesarean section and normal delivery at the Department of Obstetrics and Gynecology of Thanh Nhan Hospital from January 2021 to June 2021. 2. Determining factors affecting the indications for caesarean section at the Department of Obstetrics and Gynecology, Thanh Nhan Hospital. **Materials and methods:** A prospective, cross-sectional study based on medical records for 2172 women who delivered vaginally and by caesarean section at the obstetrics department of Thanh Nhan Hospital. **Result:** The rate of caesarean section accounted for 54.97%, mainly under the age of 35 (accounting for 89.1 %). Among them 55.53% had active caesarean section. Time of caesarean delivery: 51.34% at gestational age ≥ 39 week; 34.17% at 38 weeks' gestation and 14.49% at ≤ 37 weeks' gestation. The group with a history of elective surgery was 64.51%, the group had a history of elective surgery for the first time, 46.36%, the group of assisted reproductive surgery with active surgery 27.03%, the group of twins with active surgery 62.71%. The women with active caesarean section were the highest at ≤ 37 weeks with 54.55% and the lowest at the time. ≥ 39 weeks with 7.41 %. **Conclusion:** The rate of caesarean section is increasing day by day. The

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quyết Thắng

Email: phusanthanhnhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 16/06/2022

Ngày duyệt bài: 01/07/2022

old cesarean scar factor is the main factor that increases the rate of MLT. Reducing the rate of MLT in preterm infants is the most important key to reducing the rate of first cesarean section.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là phẫu thuật lấy thai và phần phụ của thai ra khỏi tử cung qua đường rạch ở thành tử cung và đường rạch ở thành bụng [1].

Trong những năm gần đây nhiều chỉ định MLT cả ở con so và con rạ đang được các nhà sản khoa quan tâm, đặc biệt ở nhóm con so. Vì nếu tỷ lệ MLT, đặc biệt là MLT ở con so tăng sẽ làm tăng tỷ lệ MLT nói chung. Do đó, để kiểm soát và đưa ra những biện pháp làm giảm tỉ lệ MLT nói chung và tỉ lệ MLT ở người con rạ có sẹo mổ cũ ở tử cung cho lần sinh sau, cần xác định khách quan và chính xác tỉ lệ MLT.

Tại Bệnh viện Thanh Nhàn chưa có nghiên cứu đánh giá về tỉ lệ đẻ mổ và đẻ thường, để đánh giá một cách khách quan về thực trạng đẻ mổ và đẻ thường, từ đó xây dựng chiến lược giảm tỉ lệ mổ lấy thai không cần thiết, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Khảo sát thực trạng đẻ mổ và đẻ thường tại khoa Phụ sản Bệnh viện Thanh Nhàn từ

tháng 01/2021 đến tháng 06/2021” với hai mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ đẻ mổ và đẻ thường tại khoa Phụ sản Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 01/2021 đến tháng 06 / 2021
2. Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến chỉ định mổ lấy thai tại khoa Phụ sản Bệnh viện Thanh Nhàn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các sản phụ vào viện và đẻ mổ hoặc đẻ thường tại khoa Phụ sản Bệnh viện Thanh Nhàn .Thời gian: Từ 01/01/2021 đến 30/06/2021.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp mô tả tiến cứu mô tả cắt ngang dựa vào hồ sơ bệnh án sản phụ đẻ thường và đẻ mổ tại khoa Phụ sản Bệnh viện Thanh Nhàn từ 01/01/2021 đến 30/06/2021.

2.2.1 Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả các thai phụ có thai ≥ 22 tuần.
- Có đủ hồ sơ bệnh án .

2.2.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Sản phụ trước khi ra viện hoặc chuyển viện khi chưa sinh con.
- Sản phụ sau đẻ nơi khác bị tai biến chuyển đến viện.
- Không đủ hồ sơ bệnh án

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Tỷ lệ đẻ mổ và đẻ thường:

Bảng 3.1 : Phân bố cách thức xử trí cuộc đẻ

Cách thức xử trí cuộc đẻ	n	%	p
Chỉ định đỡ đẻ đường âm đạo	978	45,03	p > 0,05
Chỉ định MLT	1194	54,97	
Tổng	2172	100	

Nhận xét: Tổng số ca đẻ trong 6 tháng đầu năm 2021 là 2172 ca, trong đó MLT có 1194 ca, chiếm 54,97%.

3.2. Phân bố theo nhóm tuổi:**Bảng 3.2: Một số đặc điểm về nhân khẩu học của sản phụ**

Chỉ số nghiên cứu về đặc điểm dân số xã hội học		n	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 2	295	24,7
	25 – 29	504	42,2
	30 – 34	265	22,2
	35 – 39	100	8,4
	≥ 40	30	2,5

Nhận xét:

- Về nhóm tuổi, sản phụ MLT tập trung chủ yếu < 35 tuổi với 89,1%. Trong đó tỉ lệ MLT ở nhóm tuổi 25 – 29 chiếm tỉ lệ cao nhất (42,2 %).
- Sản phụ nhiều tuổi nhất là 47 tuổi và ít nhất là 16 tuổi.

3.3 Đặc điểm nơi sinh sống**Bảng 3.3. Nơi sống của sản phụ MLT**

Nơi sống	Số lượng	Tỉ lệ %
Nội Thành	817	68,4
Ngoại Thành và tỉnh khác	377	31,6
Tổng	1194	100

Nhận xét: Chủ yếu các sản phụ MLT tại bệnh viện Thanh Nhàn là nhóm sản phụ sống ở khu vực nội thành của Hà Nội với 817 sản phụ chiếm 68,4%.

3.4. Đặc điểm nghề nghiệp của sản phụ MLT**Bảng 3.4. Nghề nghiệp sản phụ MLT**

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nông dân	17	1,4
Công nhân	82	6,9
Cán bộ	423	35,4
Tự do	672	56,3
Tổng	1194	100,0

Nhận xét:

- Nhóm MLT nhiều nhất là lao động tự do 672 sản phụ chiếm 56,3%.
- Nhóm MLT chiếm tỉ lệ ít nhất là nông dân 17 sản phụ chiếm 1,4%.

3.5 Phân nhóm giữa tiền sử mổ lấy thai và số lượng thai**Bảng 3.5 : Phân nhóm giữa tiền sử MLT, số lượng thai**

Đặc điểm	Đơn thai		Song thai		Tổng
	Tự nhiên	HTSS	Tự nhiên	HTSS	
MĐC	488	68	11	36	603
Lần 1	477	43	38	33	591
Tổng	965	111	49	69	1194

3.6. MLT chủ động và MLT có chuyển dạ theo tiền sử MLT:**Bảng 3.6 : MLT chủ động và MLT có chuyển dạ theo tiền sử MLT**

Đặc điểm	Chuyển dạ		Chủ động		Tổng
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	
Có tiền sử MLT	214	35,49	389	64,51	603
MLT lần đầu	317	53,64	274	46,36	591
Tổng	531	44,47	663	55,53	1194

Nhận xét:

- Tỉ lệ MLT lần đầu chiếm tỉ lệ 49,5%, tỉ lệ MLT lần 2 trở lên chiếm 50,5%.
- Tỉ lệ MLT chuyển dạ ở con so chiếm tỉ lệ cao hơn nhưng tỉ lệ MLT chủ động ở sản phụ có tiền sử MLT lại cao hơn con so.

3.7 Tỉ lệ MLT theo hình thức thụ thai và tuổi thai**Bảng 3.7: Tổng số MLT theo hình thức thụ thai và theo tuổi thai**

Tuần thai	Thai tự nhiên		Thai hỗ trợ sinh sản		Tổng
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	
≤ 37 Tuần	120	69,36	53	30,64	173
38 tuần	317	77,70	91	22,30	408
≥ 39 tuần	577	94,13	36	5,87	613
Tổng	1014	84,92	180	15,08	1194

Nhận xét:

- Tỉ lệ MLT ở tuần ≥ 39 chiếm hơn 1 nửa số bệnh nhân (51,34%). Tiếp đó là tuần thứ 38 với hơn 1/3 bệnh nhân (34,17%), tuần ≤ 37 ít nhất (14,49%).
- Nhóm tự nhiên: Thấp nhất ở thời điểm ≤ 37 tuần với 69,36% và cao nhất ≥ 39 tuần là 94,13%.
- Nhóm hỗ trợ sinh sản (HTSS): Cao nhất ở thời điểm ≤ 37 tuần với 30,64% và thấp nhất thời điểm ≥ 39 tuần với 5,87%.

3.8 Tỉ lệ MLT ở sản phụ có tiền sử MLT cũ theo tuổi thai**Bảng 3.8: Tỉ lệ MLT ở sản phụ có tiền sử MLT theo tuổi thai**

Tuần thai	Chuyển dạ		Chủ động		Tổng
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	
≤ 37 Tuần	22	40,74	32	59,26	54
38 Tuần	65	49,62	66	50,38	131
≥ 39 Tuần	74	24,42	229	75,58	303
Tổng	161	32,99	327	67,01	488

Nhận xét:

MLT do chuyển dạ chiếm tỉ lệ cao nhất ở thời điểm 38 tuần với 49,62% và thấp nhất ≥ 39 tuần với 24,42%. MLT chủ động cao nhất ở thời điểm ≥ 39 tuần với 75,58% và thấp nhất ở

thời điểm 38 tuần với 50,38%.

3.9 Tỷ lệ MLT ở sản phụ MLT lần đầu với tuổi thai

Bảng 3.9 : Tỷ lệ MLT ở sản phụ MLT lần đầu với tuổi thai

Tuần thai	Chuyển dạ		Chủ động		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
≤ 37 Tuần	34	65,38	18	34,62	52
38 Tuần	83	52,53	75	47,47	158
≥ 39 Tuần	128	47,94	139	52,06	267
Tổng	245	51,36	232	48,64	477

Nhận xét:

- Nhóm chuyển dạ: cao nhất thời điểm ≤ 37 tuần với 65,38% và thấp nhất ở thời điểm ≥ 39 tuần với 47,94%.

- Nhóm chủ động: cao nhất thời điểm ≥ 39 tuần với 52,06% và thấp nhất thời điểm ≤ 37 tuần với 34,62%.

3.10 Tỷ lệ MLT ở sản phụ có điều trị hỗ trợ sinh sản với tuổi thai

Bảng 3.10: Tỷ lệ PTLT ở sản phụ có điều trị hỗ trợ sinh sản với tuổi thai

Tuần thai	Chuyển dạ		Chủ động		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
≤ 37 Tuần	15	45,45	18	54,55	33
38 Tuần	41	80,39	10	19,61	51
≥ 39 Tuần	25	92,59	2	7,41	27
Tổng	81	72,97	30	27,03	111

Nhận xét:

- Nhóm chuyển dạ: cao nhất ở thời điểm ≥ 39 tuần với 92,59% và thấp nhất ở thời điểm ≤ 37 tuần với 45,45%.

- Nhóm chủ động: cao nhất thời điểm ≤ 37 tuần với 54,55% và thấp nhất thời điểm ≥ 39 tuần với 7,41%.

3.11 Tỷ lệ MLT ở sản phụ song thai với tuổi thai

Bảng 3.11: Tỷ lệ PTLT ở sản phụ song thai với tuổi thai

Tuần thai	Chuyển dạ		Chủ động		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
≤ 37 Tuần	13	38,24	21	61,76	34
38 Tuần	29	42,03	40	57,97	69
≥ 39 Tuần	2	13,33	13	86,67	15
Tổng	44	37,29	74	62,71	118

Nhận xét:

- Nhóm chuyển dạ: cao nhất ở thời điểm 38 tuần với 42,03% và thấp nhất thời điểm ≥ 39 tuần với 13,33%.

- Nhóm chủ động: cao nhất thời điểm ≥ 39 tuần với 86,67% và thấp nhất thời điểm 38 tuần với 57, 97%.

3.12. Phương pháp vô cảm

Bảng 3.12. Phương pháp vô cảm

	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tê tủy sống	1192	99,83
Mê NKQ	2	0,17
Tổng	1194	100

Nhận xét: Tê tủy sống là phương pháp vô cảm chiếm đa số trong MLT tại Bệnh viện Thanh Nhàn 99,83%.

3.13 Phân bố chỉ định mổ lấy thai

Bảng 3.13: Phân bố chỉ định mổ lấy thai

Chỉ số nghiên cứu về yếu tố dễ khó và sẹo MLT		n	Tỉ lệ (%)
Đường sinh dục (n = 691)	Có sẹo mổ cũ ở tử cung (bao gồm sẹo MLT cũ)	603	50,50
	CTC không tiến triển	45	3,77
	Khung chậu hẹp, khối u tiền đạo, âm đạo chít hẹp, đầu không lọt	41	3,43
	Cơ co tử cung cường tính, vỡ tử cung – dọa vỡ tử cung	2	0,17
Bệnh lí của mẹ (n = 93)	Tiền sản giật – sản giật, THA	66	5,53
	Mẹ bệnh tim nặng	7	0,59
	Tiền sử sản khoa nặng nề	11	0,92
	Mẹ lớn tuổi	9	0,75
Yếu tố do thai (n = 247)	Thai to	108	9,05
	Thai suy (bao gồm cả trường hợp bất đồng nhóm máu có thể gây thai lưu)	19	1,59
	Đa thai	118	9,88
	Ngôi bất thường	2	0,17
Yếu tố phân phụ của thai (n = 74)	Rau tiền đạo, rau bong non, rau cài răng lược	37	3,10
	Thiếu ối, ối vỡ non, ối vỡ sớm	23	1,93
	Sa dây rốn, sa chi, dây rốn bám màng, dây rốn thắt nút	14	1,17
Yếu tố xã hội (n=89)	Chọn ngày giờ đẹp, sản phụ sợ đau, sản phụ sợ đẻ thường làm giãn âm đạo....	89	7,45

Nhận xét:

- Tổng số trường hợp mổ lấy thai do nguyên nhân đường sinh dục của người mẹ chiếm 57,87%. Trong đó nguyên nhân do sẹo

mổ cũ ở tử cung là chủ yếu (chiếm 50,50%).

- Tổng số trường hợp mổ lấy thai vì bệnh lí của mẹ chiếm 7,79%, trong đó chủ yếu là do tiền sản giật – sản giật (5,53%).

- Tổng số trường hợp mổ lấy thai do yếu tố thai chiếm 20,69%, chủ yếu là do đa thai (9,88%)
- Tổng số trường hợp mổ lấy thai do phần phụ của thai 6,2%, chủ yếu là do bánh rau bất thường (chiếm 3,1%).
- Yếu tố xã hội chiếm 7,45%.

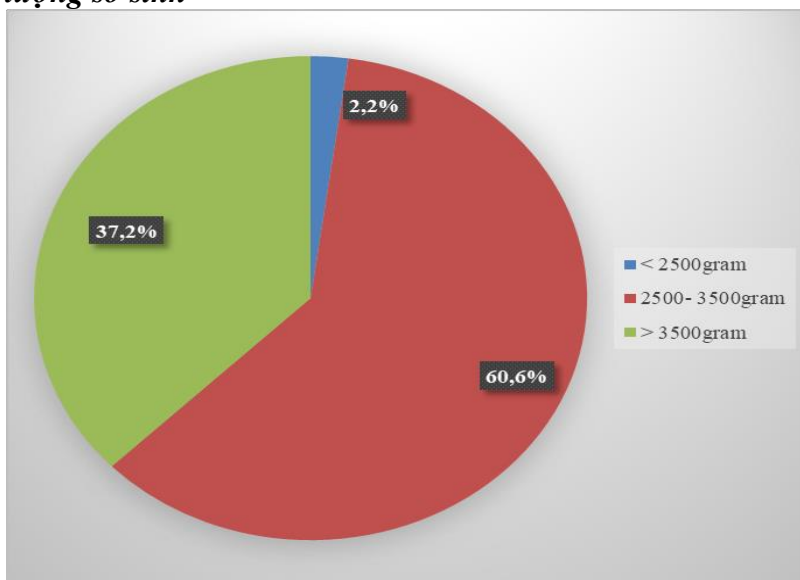
3.14. Đường phẫu thuật lấy thai

Bảng 3.14. Đường phẫu thuật lấy thai

Đường mổ lấy thai		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đường vào ổ bụng	Đường ngang trên vệ	1188	99,5
	Đường trắng giữa dưới rốn	6	0,5
Đường vào tử cung	Ngang đoạn dưới	1194	100
	Dọc thân tử cung	0	0

Nhận xét: Đường mổ ngang trên vệ và ngang đoạn dưới tử cung là đường mổ chủ yếu trong MLT tại Thanh Nhàn, chiếm 99,5% và 100%.

3.15. Trọng lượng sơ sinh



Biểu đồ 3.3: Trọng lượng sơ sinh

Nhận xét: Nhóm sơ sinh có cân nặng nằm trong cân nặng bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất 60,6% nhưng nhóm chiếm tỉ lệ cũng rất cao là nhóm thai to với trọng lượng > 3500gram thì nhóm này chiếm tới 37,2%.

3.16. Điểm Apgar sơ sinh phút thứ 5

Bảng 3.15. Điểm Apgar sơ sinh phút thứ 5

Điểm Apgar	Số lượng	Tỉ lệ (%)
≤ 5	1	0,08
6-7	40	3,05
8-10	1271	96,87
Tổng	1312	100

Nhận xét: Nhóm sơ sinh có Apgar bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất 96,87%, nhóm Apgar 5p từ 6-7 điểm có 40 trường hợp chiếm tỉ lệ 3,05% phần lớn là sơ sinh non tháng, 0 trường hợp có điểm Apgar 5 phút < 5. Có 1 thai đã lưu trước khi MLT vì rau tiền đạo trung tâm không tính điểm apgar.

V. KẾT LUẬN

4.1. Tỉ lệ mổ lấy thai

- Tỉ lệ MLT chiếm 54,97%.
- Trong số các trường hợp MLT có 55,53 % MLT chủ động.
- Thời điểm MLT : 51,34% tại thời điểm thai ≥ 39 tuần; 34,17% tại thời điểm thai 38 tuần và 14,49% tại thời điểm thai ≤ 37 tuần.
- Nhóm có tiền sử MLT phẫu thuật chủ động 64,51%, nhóm MLT lần đầu phẫu thuật chủ động 46,36%, nhóm hỗ trợ sinh sản phẫu thuật chủ động 27,03%, nhóm song thai phẫu thuật chủ động 62,71%.
- Những sản phụ HTSS mổ chủ động cao nhất thời điểm ≤ 37 tuần với 54,55 % và thấp nhất thời điểm ≥ 39 tuần với 7,41 %.

4.2. Yếu tố ảnh hưởng đến chỉ định mổ lấy thai

- Trong số các trường hợp mổ lấy thai, nguyên nhân sẹo mổ cũ, đặc biệt là sẹo mổ lấy thai cũ, chiếm đa số (50,50%).
- Trong yếu tố bệnh lý người mẹ, hội chứng TSG -SG chiếm tỉ lệ cao nhất (5,53%)
- Trong yếu tố của thai, thai to và đa thai là hai yếu tố chính, làm tăng tỉ lệ mổ lấy thai, lần lượt chiếm 9,05% và 9,88%.
- Trong yếu tố về phần phụ của thai, bệnh lý bánh rau là yếu tố chính (3,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Sản - Trường Đại học Y Hà Nội. Bài

Giảng Sản Phụ Khoa. Tập 1. Nhà xuất bản Y học; 2013.

2. **Nguyễn Thị Huệ**, Phạm Phước Vinh, Trương Thanh Thanh, Châu Hữu Hải. Tình hình mổ lấy thai tại bệnh viện sản nhi Ninh Bình năm 2012. In: ; 2014:72-79.
3. **Phạm Bá Nha**. Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai tại khoa sản bệnh viện Bạch Mai năm 2008. Nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Trường đại học Hà Nội. 2009.
4. **Nguyễn Thị Bình, Nguyễn Đức Hình, Nguyễn Việt Hùng**. Nhận xét tình hình mổ lấy thai tại bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2012. Y học thực hành. 2013;893(11):144-146.
5. **Nguyễn Thị Hồng Phượng**. Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 3/2016 đến tháng 5/2016. Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội. 2016:83.
6. **Quyết định số 315/QĐ-BYT** ngày 29/01/2015 của Bộ Y tế ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa”
7. **Vũ Công Khanh**. Tình hình chỉ định và một số yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ sơ sinh năm 1997. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 1998:56.
8. **Phạm Thu Xanh**. Nhận xét tình hình sản phụ có sẹo mổ cũ được xử trí tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong 2 năm 1995 và 2005. Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội. 2006:78.
9. **Nguyễn Hữu Thâm, Phùng Thị Hà, Nguyễn Thị Diệu Huyền**. Đánh giá biến chứng phẫu thuật mổ lấy thai theo thang điểm Clavien-Dindo tại Bệnh viện đa khoa khu vực Ngọc Hồi qua 2 năm (12/2014-12/2016). Đề tài khoa học công nghệ cấp tỉnh, Sở Y tế, Ủy ban nhân dân tỉnh Kon Tum. 2009.

10. **Đặng Thị Hà.** Tình hình mổ lấy thai tại Bệnh viện Đại học Y Dược cơ sở 2 Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2010;14(4):153-158.
11. **Bùi Quang Trung.** Nghiên cứu mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong sáu tháng cuối năm 2004 – 2009. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2010:91.
12. **Vũ Trọng Tấn.** Nghiên cứu một số chỉ định và kết quả mổ lấy thai tại Bệnh viện sản nhi tỉnh Bắc Ninh. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. 2018:94.
13. **Thân Thị Thắng.** Đánh giá kết quả xử trí rau tiền đạo tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. 2013:89.
14. **Mã Thanh Tùng, Nguyễn Văn Chùng.** Đánh giá mức độ an toàn và tai biến, biến chứng của Levobupivacaine phối hợp Sulfentanil trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai. Y học thực hành. 2013;864(3):62-66.
15. **Nguyễn Thị Nhiên.** Thực trạng mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Sản nhi Bắc Giang năm 2016. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. 2016:94.
16. **PGS.TS Nguyễn Văn Huy.** Giải Phẫu Người 2010
17. **GS.TS.BS Trịnh Văn Minh và cs 2010.** Giải phẫu người tập 2
18. **Rebelo F, da Rocha CMM, Cortes TR, Dutra CL, Kac G.** High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010;89(7):903-908. doi:10.3109/00016349.2010.484044
19. **Hafeez M, Yasin A, Badar N, Pasha MI, Akram N, Gulzar B.** Prevalence and indications of caesarean section in a teaching hospital. Journal International Medical Sciences Academy. 2014;27:15-16.
20. **Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M, Asl Amin Abad R.** Prevalence and Causes of Cesarean Section in Iran:

KHẢO SÁT TỈ LỆ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ MANG THAI ĐẾN KHÁM THAI TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2021

Đào Quang Minh*, Trần Quyết Thắng*, Nguyễn Thị Thu Thảo*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1.Xác định tỉ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ của thai phụ khám thai tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2021.2.Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ của các đối tượng nghiên cứu trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là bước đầu đánh giá tình trạng ĐTĐTK của thai phụ đến khám thai tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2021 và hình thành các giả thuyết về một số yếu tố liên quan đến ĐTĐTK, tiền đề cho các nghiên cứu phân tích đánh giá sâu hơn. Tỉ lệ mắc ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi (13,88%) thấp hơn các nghiên cứu gần đây trong nước, tuy nhiên vẫn còn cao hơn so với nghiên cứu của các nước khác trên thế giới và khu vực châu Á.

SUMMARY

**PREVALENCE OF GESTATIONAL
DIABETES AND RELATED FACTORS
OF PREGNANT WOMEN HAVING
PRENATAL CARE AT THANH NHAN
HOSPITAL IN 2021**

**Bệnh viện Thanh Nhàn*

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/05//2022

Ngày phản biện khoa học: 16/06/2022

Ngày duyệt bài:01/07/2022

Objectives: 1.To determine the prevalence of gestational diabetes of pregnant women having antenatal care at Thanh Nhan hospital in 2021. 2. To identify factors related to prevalence of gestational diabetes of researched pregnant women. Research object and method: Research method: Cross-sectional descriptive study. Sampling method: convenience sampling. **Results:** Our research results are the first step to assess the status of GDM of pregnant women having antenatal care at Thanh Nhan hospital in 2021 and form hypotheses about a number of factors related to GDM, the premise for more in-depth analytical studies. The prevalence of GDM in our study (13.88%) is lower than that of recent domestic studies, but still higher than that of other countries over the world and in Asia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện Thanh Nhàn là bệnh viện đa khoa hạng I thuộc Sở Y tế Hà Nội, khoa Sản hàng ngày tiếp đón nhiều sản phụ đến khám và theo dõi tình trạng thai nhi cũng như nhận tư vấn kiến thức về sản khoa trong đó có bệnh lý đái tháo đường thai kỳ từ đội ngũ nhân viên y tế. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Khảo sát tỉ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai đến khám thai tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2021.” Với 2 mục tiêu sau: “Xác định tỉ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ của thai phụ khám thai tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2021. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ của các đối tượng nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các sản phụ từ 18 tuổi trở lên mang thai từ 24-32 tuần (+2 tuần) đến khám thai tại Bệnh viện Thanh Nhân.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Thai phụ từ 18 tuổi trở lên mang thai từ tuần 24- 32 tuần (+2 tuần, nếu thai phụ đến khám thai tại tuần thai muộn ngoài 32 tuần, có yếu tố nguy cơ và chưa được làm nghiệm pháp đường huyết trước đó) đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tuần thai được tính theo kinh cuối cùng với thai phụ có kinh nguyệt đều chu kỳ 28-30 ngày hoặc theo dự kiến sinh của siêu âm tại thời điểm 11 tuần $\pm$ 6 ngày đến 13 tuần $\pm$ 6 ngày.

- Đối tượng nghiên cứu không có rối loạn nhận thức, không có vấn đề về sức khỏe tâm thần hay không đang điều trị bằng các thuốc tâm thần.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thai phụ đã mắc đái tháo đường typ I, II trước đó.

- Thai phụ có đường huyết quá cao.

- Thai phụ có bệnh lý cấp tính hoặc đang dùng các thuốc làm tăng đường huyết.

- Thai phụ không chịu được uống glucose.

- Thai phụ đã được chẩn đoán ĐTĐTK trong lần mang thai này.

- Thai phụ không nhịn ăn hoặc uống đồ uống có đường tối thiểu 8 giờ trước đó.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.**

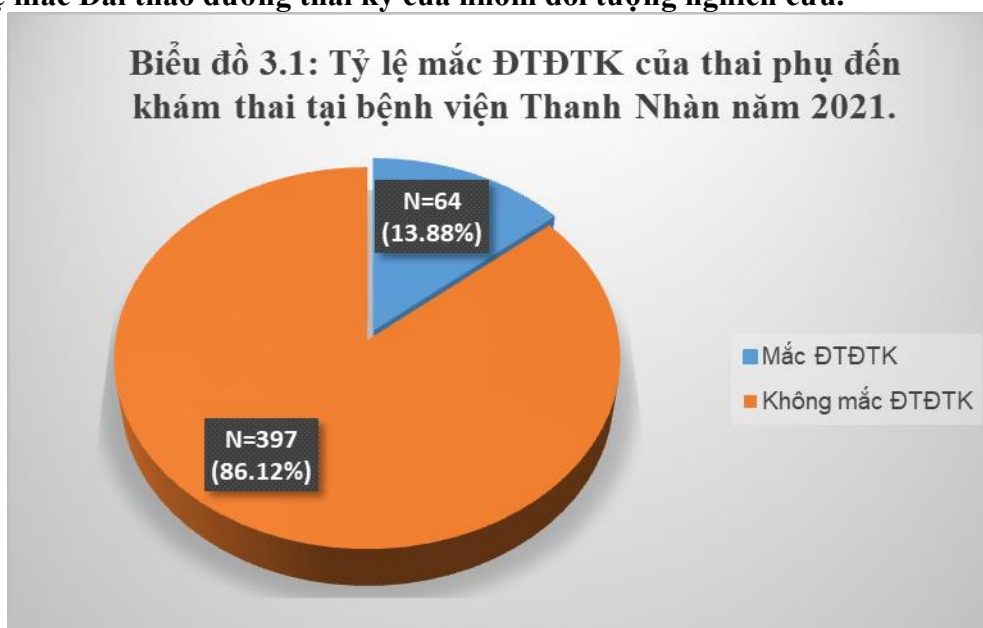
Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi của mẹ	18-19	8	1,74
	20-24	64	13,88
	25-29	218	47,29
	30-34	98	21,26
	35-39	59	12,80
	≥ 40	14	3,04
	Trung bình=28,94 ($\pm 4,92$)		
Trình độ học vấn	THCS	17	3,69
	THPT	126	27,33
	Cao đẳng-Đại học	233	50,54
	Sau Đại học	85	28,44
Nghề nghiệp	Công chức, viên chức	65	14,10
	Công nhân	96	20,82
	Kinh doanh, dịch vụ	112	24,30
	Nội trợ	76	16,49
	Nhóm nghề khác	112	24,30
Tuổi thai	Trung bình=28,33 tuần ($\pm 2,97$)		

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, nhóm từ 25-29 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (47,29%), thấp nhất là nhóm từ 18-19 tuổi (1,74%). Tuổi trung bình của mẹ là 28,94 ($\pm 4,92$) và tuổi thai trung bình là 28,33 tuần ($\pm 2,97$).

Tỉ lệ có trình độ học vấn Cao đẳng-Đại học cao nhất chiếm 50,54%, thấp nhất là nhóm THCS 3,69%. Đối tượng tham gia nghiên cứu thuộc nhóm nghề “Kinh doanh, dịch vụ” và “Nhóm nghề khác” chiếm tỷ lệ cao nhất đều là 24,30%, thấp nhất là nhóm “Công chức, viên chức” (14,10%).

Tỷ lệ mắc Đái tháo đường thai kỳ của nhóm đối tượng nghiên cứu.



Nhận xét: Trong tổng số 461 thai phụ tham gia nghiên cứu, có 64 đối tượng mắc ĐTĐTK chiếm 13,88%.

3.3. Một số yếu tố liên quan ĐTĐTK.

3.3.1. Tuổi

Bảng 3.3: Tỷ lệ mắc ĐTĐTK theo nhóm tuổi.

Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc ĐTDK theo nhóm tuổi.					
Đặc điểm		Số lượng	Số lượng mắc	Tỉ lệ TP mắc ĐTDK/ Tổng mắc (%)	Tỉ lệ TP mắc ĐTDK theo nhóm tuổi (%)
Tuổi	18-19	8	1	1,56	12,50
	20-24	64	9	14,06	14,06
	25-29	218	26	40,63	11,93
	30-34	98	14	21,88	14,29
	35-39	59	10	15,63	16,95
	40-44	14	4	6,25	28,57
	Tổng số	461	64	100	13,88

Nhận xét: “Tỉ lệ Sản phụ mắc ĐTĐTK/Tổng mắc” của nhóm tuổi từ 25-29 cũng chiếm tỉ lệ cao nhất 40,63%.

“Tỉ lệ TP mắc ĐTĐTK theo nhóm tuổi” của nhóm từ 25-29 tuổi thấp nhất (11,93%) và cao nhất ở nhóm đối tượng từ 40-44 tuổi (28,57%).

3.3.2 Nghề nghiệp

Bảng 3.4: Tỷ lệ mắc ĐTĐTK theo nhóm nghề nghiệp

Đặc điểm		Số lượng	Số lượng mắc	Tỉ lệ TP mắc ĐTĐTK theo nhóm nghề nghiệp (%)	Tỉ lệ TP mắc ĐTĐTK/ Tổng mắc (%)
Nghề nghiệp	Công chức, viên chức	65	12	18,46	18,75
	Công nhân	96	12	12,50	18,75
	Kinh doanh, dịch vụ	112	16	14,29	25,00
	Nội trợ	76	8	10,53	12,50
	Nhóm nghề khác	112	16	14,29	25,00
	Tổng số	461	64	13,88	100

Nhận xét: “Tỉ lệ TP mắc ĐTĐTK theo nhóm nghề nghiệp” không có sự chênh lệch nhiều giữa các nhóm, cao nhất là nhóm “Công chức, viên chức” (18,46%), thấp nhất là nhóm “Nội trợ 10,53%).

“Tỉ lệ TP mắc ĐTĐTK/Tổng mắc” có 2 nhóm nghề có tỉ lệ cao nhất là “Kinh doanh, dịch vụ” và “Nhóm nghề khác” (25%) và gấp 2 lần nhóm “Nội trợ” (12,50%).

3.3.3 Tiền sử gia đình bị ĐTĐ

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa ĐTĐTK và tiền sử gia đình bị ĐTĐ

Tiền sử gia đình bị ĐTĐ	Có	Không	Tổng	OR
Mắc ĐTĐTK	23 (20,35%)	41 (11,78%)	64 (13,88%)	5,24 (p=0,02)
Không mắc ĐTĐTK	90 (79,65%)	307 (88,22%)	397 (86,12%)	
Tổng	113 (100%)	348 (100%)	461 (100%)	

Nhận xét: Theo bảng 3.5 ta thấy nhóm đối tượng có tiền sử gia đình bị ĐTĐ có nguy cơ bị ĐTĐTK cao gấp 5,24 lần nhóm đối tượng không có tiền sử gia đình mắc ĐTĐTK. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.4. Tiền sử sản phụ đẻ con trên 4000 gram.**Bảng 3.6: Mối liên quan giữa ĐTĐTK và tiền sử đẻ con trên 4000 gram**

Tiền sử đẻ con trên 4000 gram	Có	Không	Tổng	OR
Mắc ĐTĐTK	7 (24,14%)	57 (13,19%)	64 (13,88%)	2,72 (p=0.10)
Không mắc ĐTĐTK	22 (75,86%)	375 (86,81%)	397 (86,12%)	
Tổng	29 (100%)	432 (100%)	461 (100%)	

Nhận xét: Thai phụ có tiền sử đẻ con trên 4000 gram có tỉ lệ mắc ĐTĐTK gấp 2,72 lần nhóm thai phụ còn lại. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.3.5 Tiền sử mắc ĐTĐTK trong những lần mang thai trước.**Bảng 3.7: Mối liên quan giữa ĐTĐTK và tiền sử ĐTĐTK trong những lần mang thai trước.**

Tiền sử ĐTĐTK	Có	Không	Tổng	OR
Mắc ĐTĐTK	8 (18,60%)	56 (13,40%)	64 (13,88%)	0,89 (p=0,15)
Không mắc ĐTĐTK	34 (81,40%)	362 (86,60%)	397 (86,12%)	
Tổng	43 (100%)	418 (100%)	461 (100%)	

Nhận xét: Từ bảng 3.7 cho biết nhóm phụ nữ mang thai có tiền sử từng bị ĐTĐ thai kì thì trong lần mang thai này nguy cơ tiếp tục mắc ĐTĐTK chỉ bằng 0,89 lần so với nhóm phụ nữ mang thai không có tiền sử ĐTĐTK trước đó. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.3.6. Chỉ số khối cơ thể trước khi mang thai (BMI).**Bảng 3.8: Mối liên quan giữa ĐTĐTK và BMI trước khi mang thai**

BMI trước khi mang thai	BMI ≥ 23	BMI < 23	Tổng	OR
Mắc ĐTĐTK	12 (24,00%)	52 (12,65%)	64 (13,88%)	4,80 (p=0,03)
Không mắc ĐTĐTK	38 (76,00%)	359 (87,35%)	397 (86,12%)	
Tổng	50 (100%)	411 (100%)	461 (100%)	

Nhận xét: Bảng 3.8 cho thấy thai phụ có tình trạng thừa cân, béo phì trước khi mang thai (BMI ≥ 23) có tỉ lệ ĐTĐTK cao gấp 4,8 lần so với nhóm còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

3.3.7. Tiền sử mắc Buồng trứng đa nang.**Bảng 3.9: Mối liên quan giữa ĐTĐTK và tiền sử Buồng trứng đa nang**

Tiền sử mắc Buồng trứng đa nang	Có	Không	Tổng	OR
Mắc ĐTĐTK	19 (21,35%)	45 (12,10%)	64 (13,88%)	5,14 (p=0,02)
Không mắc ĐTĐTK	70 (78,65%)	327 (87,90%)	397 (86,12%)	
Tổng	89 (100%)	372 (100%)	461 (100%)	

Nhận xét: Nhóm phụ nữ mang thai có tiền sử mắc Buồng trứng đa nang có nguy cơ bị ĐTĐTK cao gấp 5,14 lần so với nhóm còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

3.2. Một số yếu tố liên quan.**- Tuổi:**

Tỉ lệ mắc ĐTĐTK gia tăng theo nhóm tuổi của mẹ. Nhóm tuổi từ 25-29 tuổi có Tỉ lệ mắc ĐTĐTK/Tổng mắc cao (40,63%) là do nhóm đối tượng này tham gia nghiên cứu với số lượng lớn nhất nhưng khi tính tỉ lệ mắc phân theo nhóm tuổi thì nhóm từ 25-29 tuổi lại thấp nhất (11,93%). Ngược lại, nhóm thai phụ trên 40 tuổi có Tỉ lệ mắc/Tổng mắc thấp (6,25%) vì tỉ lệ tham gia nghiên cứu thấp, nhưng tỉ lệ mắc theo nhóm tuổi cao nhất (28,57%). Kết quả này cho thấy rõ ràng hơn mối quan hệ giữa độ tuổi và tỉ lệ mắc ĐTĐTK. Kết quả trên cũng phù hợp với kết quả của các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Cụ thể, nghiên cứu tại Ấn Độ năm 2019 và 2020 của ba tác giả Swaminathan G., Swaminathan A., và Corsi D.J với 31.746 phụ nữ mang thai tham gia nghiên cứu, tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ tăng theo tuổi, từ 1,0% (KTC 95%, 0,5% -1,5%) ở tuổi 15-19 tuổi lên 2,4% (KTC 95%, 1,0% -3,8%) ở tuổi 35 tuổi trở lên [16]. Tại Việt Nam, nghiên

cứu của Nguyễn Lê Hương tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012 cũng đưa ra kết luận “Tuổi của thai phụ càng cao nguy cơ bị ĐTĐTK càng tăng, đặc biệt nhóm đối tượng >40 tuổi [5].

- Nghề nghiệp: Kết quả nhóm “Kinh doanh, dịch vụ” và “Nhóm nghề khác” có tỉ lệ tham gia nghiên cứu nhiều nhất (cùng chiếm tỉ lệ 24,3%). Nhóm nghề “Công chức, viên chức” có tỉ lệ mắc ĐTĐTK theo nhóm nghề nghiệp cao nhất (18,46%), tiếp đó là hai nhóm “Kinh doanh, dịch vụ” và “Nhóm nghề khác” (14,29%) và thấp nhất là nhóm “Công nhân” (12,5%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo “Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của các thai phụ được quản lý thai tại khoa Sản Bệnh viện Bạch Mai năm 2007” với nhóm công nhân viên chức (35,5%) và kinh doanh tự do (42,3%) có tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao hơn các nhóm đối tượng khác [17]. Tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm nghề trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự chênh lệch

nhiều giữa các nhóm. Và trong các nghiên cứu về một số yếu tố liên quan tới ĐTĐTK gần đây yếu tố nghề nghiệp hầu như không được nghiên cứu và so sánh. Nguyên nhân có thể được đề cập đến là do sự chủ động của phụ nữ trước và trong khi mang thai đã có tìm hiểu về kiến thức chăm sóc mẹ và bé qua nhiều nguồn thông tin khác nhau đặc biệt là qua mạng xã hội dù mẹ có trình độ học vấn cao hay thấp hoặc ở nhóm ngành nghề nào nên yếu tố nghề nghiệp không có nhiều ý nghĩa với ĐTĐTK.

- Tiền sử gia đình bị ĐTD

Với yếu tố tiền sử ĐTD gia đình, thai phụ có tiền sử gia đình thể hệ thứ nhất chiếm 20,35% tăng gấp 5,24 lần so với nhóm thai phụ không có tiền sử gia đình ĐTD tỉ lệ bị ĐTĐTK chỉ chiếm 11,78%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,02<0,05$. So sánh với một nghiên cứu thống kê khác của Lee K.W và cộng sự năm 2017 trên 84 nghiên cứu với phụ nữ châu Á thì yếu tố tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường là yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ mắc ĐTĐTK lên gấp 2,77 lần (OR=2,77, 95%CI: 2,22-3,47) [10]. Kết quả này cũng thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên nguyên nhân chính cho sự khác biệt trong các kết quả nghiên cứu của các nước cũng được tác giả Lee K.W và cộng sự giải thích có thể là do tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK cũng như ĐTD của các nước là khác nhau.

- Tiền sử đẻ con trên 4000 gram:

Tỉ lệ thai phụ có tiền sử đẻ con trên 4000 gram trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm yếu tố có tỉ lệ thấp nhất 6,29%. Tuy nhiên, từ kết quả nghiên cứu bảng 3.6, kết luận được đưa ra là phụ nữ có tiền sử đẻ con

trên 4000 gram thì có tỉ lệ mắc ĐTĐTK trong lần mang thai tiếp theo cao gấp 2,72 lần so với nhóm phụ nữ không có tiền sử trên (sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$). Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu trong nước của tác giả Nguyễn Thị Mai Phương và Vũ Văn Tâm “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2015” với yếu tố tiền sử sinh con trên 4000 gram (OR=2,40, 95%CI: 1,31 - 4,41) [14]. Vì những kết quả trên, yếu tố tiền sử sinh con trên 4000 gram là yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ ĐTĐTK luôn được nhân viên y tế khoa sản và khoa dinh dưỡng chú ý tư vấn kỹ lưỡng cho các thai phụ đến khám thai tại các cơ sở y tế trong nhiều năm trở lại đây.

- Tiền sử ĐTĐTK trong những lần mang thai trước.

Từ bảng 3.7 chúng tôi kết luận rằng tỉ lệ phụ nữ có tiền sử ĐTĐTK trong những lần mang thai trước thì nguy cơ bị ĐTĐTK trong lần mang thai này chỉ bằng 0,89 lần so với nhóm thai phụ chưa có tiền sử ĐTĐTK trước đó. Hay tiền sử ĐTĐTK trong những lần mang thai trước là yếu tố bảo vệ, không phải yếu tố nguy cơ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi giống với nghiên cứu của Châu Hoàng Sinh và cộng sự năm 2018 “Tỉ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện quận Thủ Đức” cho rằng tiền sử ĐTĐTK trong những lần mang thai trước là yếu tố bảo vệ với kết quả tiền sử ĐTĐTK có OR=0,078 (KTC 95%: 0,01-0,36, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê) [13]. Tuy nhiên, kết quả trên lại trái ngược với nhiều kết quả nghiên cứu khác như “Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố

nguy cơ tại bệnh viện An Bình năm 2016” của Nguyễn Thị Lệ Hằng với kết quả thai phụ có tiền sử rối loạn dung nạp glucose tỉ lệ ĐTĐTK tăng gấp 15,7 lần so với không có tiền sử rối loạn dung nạp glucose [12]; và nghiên cứu tác giả Lee K.W và cộng sự năm 2017 kết luận được đưa ra trong nghiên cứu tổng quan này là: “Ba yếu tố nguy cơ phổ biến của phụ nữ châu Á làm tăng tỉ lệ mắc ĐTĐTK bao gồm tiền sử GDM trước đó (OR 8,42), dị tật bẩm sinh (OR 4,25) và tiền sử sinh con >4000g (OR 4,41)” [10]. Giải thích cho sự khác biệt này có thể là do tiêu chuẩn xác định yếu tố này khác nhau: “tiền sử rối loạn dung nạp glucose” có thể khác với “tiền sử ĐTĐTK trong những lần mang thai trước” và yếu tố nhiều về kiến thức của thai phụ với ĐTĐTK. Những phụ nữ đã từng mắc ĐTĐTK trước đó, trong lần mang thai tiếp theo sẽ chủ động hơn về kiến thức do một là tự bản thân họ đã có kinh nghiệm trong lần mang thai trước, đã có kiến thức được tìm hiểu qua sách báo, thông tin trên mạng xã hội, hai là được tư vấn từ bác sĩ sản khoa và bác sĩ dinh dưỡng trong những lần khám thai trước đó và cả trong những lần khám thai lần này giai đoạn trước 24 tuần khi làm nghiệm pháp đường huyết để tránh tình trạng mắc ĐTĐTK và những hậu quả do ĐTĐTK có thể gây ra cho mẹ và thai nhi. Vậy nên những thai phụ này được theo dõi kiểm tra và thực hiện chế độ ăn uống phù hợp theo tư vấn của bác sĩ nên sẽ có tình trạng mắc ĐTĐTK thấp hơn so với các thai phụ chưa mắc ĐTĐTK trong những lần mang thai trước.

- Chỉ số khối cơ thể trước khi mang thai:

Phụ nữ có chỉ số khối cơ thể ở mức thừa

cân hoặc béo phì trước khi mang thai ($BMI \geq 23$) thì có nguy cơ mắc ĐTĐTK khi mang thai cao gấp 4,8 lần so với phụ nữ có chỉ số khối cơ thể trước khi mang thai mức bình thường ($BMI < 23$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,028 < 0,05$. Đây là kết quả nghiên cứu của chúng tôi qua bảng 3.8 và kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu tổng quan trên 84 nghiên cứu của phụ nữ châu Á năm 2017 của Lê .K .W: “ $BMI \geq 25$ kg/m² làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK gấp 3,27 (KTC 95% 2,81-3,80)” [10], lý giải cho việc này là do tiêu chuẩn đánh giá thừa cân, béo phì của Việt Nam ($BMI \geq 23$) khác so với tiêu chuẩn của các nước khác trên thế giới (thừa cân, béo phì khi $BMI \geq 25$). Khi so sánh với các nghiên cứu trong nước có cùng tiêu chuẩn và chỉ số khối cơ thể, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo “Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của các thai phụ được quản lý thai tại khoa Sản Bệnh viện Bạch Mai năm 2007”: thai phụ có $BMI \geq 23$ trước khi có thai có nguy cơ bị ĐTĐTK tăng gấp 4,99 lần sản phụ có $BMI < 23$

- Tiền sử Buồng trứng đa nang:

Kết quả từ bảng 3.9 cho thấy nhóm phụ nữ mang thai có tiền sử mắc Buồng trứng đa nang có nguy cơ bị ĐTĐTK cao gấp 5,14 lần so với nhóm còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Yếu tố nguy cơ về tiền sử Buồng trứng đa nang của chúng tôi cao hơn so với kết quả của tác giả Vũ Văn Tâm nghiên cứu năm 2017 “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ có yếu tố nguy cao và mức độ ảnh hưởng tới thai phụ, thai nhi ở Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng”: thai phụ có

tiền sử mắc hội chứng buồng trứng đa nang có tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao gấp 2,29 lần phụ nữ không bị Buồng trứng đa nang(95%CI: 1,37 - 3,83) [19]. Kết quả chênh lệch này cũng có thể là do địa điểm và thời gian nghiên cứu của hai cuộc khảo sát là khác nhau, tỉ lệ thai phụ có tiền sử Buồng trứng đa nang cũng đang ngày càng tăng do yếu tố vệ sinh môi trường tác động xấu lên phụ nữ, mỗi địa phương khác nhau có lối sống sinh hoạt, ăn uống, quan hệ vợ chồng và đặc biệt có yếu tố di cư-nhập cư dân số khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ thai phụ mắc Đái tháo đường thai kỳ. So với các nước trên thế giới, tỉ lệ ĐTĐTK của nước ta vẫn còn cao. Tác giả Kai Wei Lee và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu hệ thống 84 nghiên cứu trên PubMed, Ovid, Scopus và ScienceDirect cho các nghiên cứu quan sát cắt ngang báo cáo tỷ lệ hiện mắc và các yếu tố nguy cơ của GDM ở châu Á năm 2017 và thu được kết quả là “Tỉ lệ chung của GDM ở Châu Á là 11,5% (CI 95% 10,9-12,1). Tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (13,88%). Tuy nhiên, tác giả Kai Wei Lee cũng kết luận rằng “Tỉ lệ hiện mắc GDM ở Châu Á có sự không đồng nhất đáng kể (CI> 95%), có thể do sự khác biệt về tiêu chuẩn chẩn đoán, phương pháp sàng lọc và bối cảnh nghiên cứu” [10].

Tỷ lệ mắc ĐTĐTK tại khoa sản bệnh viện Thanh Nhàn năm 2021 là 13,88% cao hơn so với nghiên cứu tại Hàn Quốc năm 2019 trên 7820 phụ nữ mang thai có tỉ lệ mắc ĐTĐTK là 5,1% [11]. Sự khác biệt này do nhóm đối tượng được lựa chọn được mở rộng hơn từ 24-28 tuần trong nghiên cứu tại Hàn Quốc

lên 24-34 tuần theo tiêu chuẩn ADA 2015 với nghiên cứu của chúng tôi. Cùng với đó là các yếu tố về kinh tế xã hội của Hàn Quốc cao hơn, chế độ chăm sóc dinh dưỡng phụ nữ mang thai được chú trọng hơn cũng như kiến thức, trình độ văn hóa và hiểu biết của bà mẹ Hàn Quốc về ĐTĐTK có thể là tốt hơn nên tỉ lệ mắc thấp hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ mắc ĐTĐTK là 13,88%, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lê Hương và cộng sự về “Tỷ lệ đái tháo đường thai nghén tại khoa khám theo yêu cầu bệnh viện phụ sản trung ương năm 2012 và một số yếu tố nguy cơ” là 11,4% [5]. Sự chênh lệch này có thể được giải thích bởi xu hướng chung về tỉ lệ mắc ĐTĐTK đang tăng dần trong thời gian gần đây với nhiều nguyên nhân được đưa ra như tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ trong khi mang thai, yếu tố môi trường thay đổi (ô nhiễm, đô thị hóa),... và quan trọng nhất là sự thay đổi trong tiêu chuẩn đánh giá ĐTĐTK. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lê Hương chẩn đoán ĐTĐTN theo tiêu chuẩn được khuyến cáo tại hội nghị quốc tế lần thứ 4 về đái tháo đường thai nghén khi có ít nhất 2 giá trị lớn hơn hoặc bằng dưới đây 1-Đường huyết khi đói: 95 mg/dl (5,3 mmol/l). 2-Đường huyết sau khi uống glucose 1 giờ: 180 mg/dl (10,0 mmol/l). 3-Đường huyết sau khi uống glucose 2 giờ: 155 mg/dl (8,6mmol/l). Trong khi nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn ADA 2015.

Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Châu Hoàng Sinh về “Tỉ lệ mắc ĐTĐTK ở bệnh viện quận Thủ Đức-Thành phố Hồ

Chí Minh năm 2018” với tỉ lệ mắc ĐTĐTK lên tới 30,3% [13] và nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Tâm tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2017 có tỉ lệ ĐTĐTK là 36,8% [19]. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể do một là tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu của hai tác giả trên là lựa chọn nhóm đối tượng có nguy cơ cao và tiêu chuẩn chẩn đoán là theo ADA 2010 nên có tỉ lệ mắc ĐTĐTK cao. Hai là các nghiên cứu trên được thực hiện tại các khu vực khác nhau, thai phụ có lối sống, sinh hoạt và kiến thức về ĐTĐTK khác nhau cũng như thời gian thực hiện các nghiên cứu là khác nhau nên dẫn đến kết quả nghiên cứu có sự chênh lệch so với nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Đẩy mạnh công tác Truyền thông-Giáo dục sức khỏe vấn đề ĐTĐTK và một số yếu tố liên quan đến tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ trên địa bàn khu vực quản lý của bệnh viện Thanh Nhàn-Hà Nội.

Cập nhật, phổ biến kiến thức về ĐTĐTK cũng như mở lớp bồi dưỡng chuyên sâu về bệnh lý này cho nhân viên y tế không chỉ trong khoa sản mà còn với tất cả nhân viên y tế trong bệnh viện-là nguồn cung cấp kiến thức đáng tin cậy nhất để có thể tư vấn cho người thân, bạn bè, phụ nữ có thai trong gia đình và các đối tượng cần quan tâm khác.

Tuyên truyền, hướng dẫn thai phụ sớm để loại bỏ các yếu tố khách quan và có thể khám đánh giá và sàng lọc ĐTĐTK cho tất cả phụ nữ mang thai.

Tiến hành thêm các nghiên cứu mô tả để xác định thêm các yếu tố liên quan khác, tiến hành nghiên cứu phân tích để xác định cụ thể các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ liên

quan đến ĐTĐTK cũng như hậu quả có thể xảy ra đối với thai phụ khi mắc bệnh. Từ đó có thể tư vấn chính xác và cụ thể hơn cho phụ nữ mang thai cũng như gia đình của đối tượng để có thể phòng bệnh, giảm tỉ lệ mắc.

Tiếp tục đẩy mạnh việc kết hợp giữ khoa sản và khoa dinh dưỡng của bệnh viện Thanh Nhàn trong công tác tư vấn dinh dưỡng cho nhóm đối tượng phụ nữ có yếu tố nguy cơ đến khám thai sản và tiền thai sản để đạt được những kết quả tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Basri N.I., Mahdy Z.A., Ahmad S. và cộng sự. (2018).** The World Health Organization (WHO) versus The International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group (IADPSG) diagnostic criteria of gestational diabetes mellitus (GDM) and their associated maternal and neonatal outcomes. *Horm Mol Biol Clin Investig*, **34**(1).
2. **Nguyễn Khoa Diệu Vân, Thái Thị Thanh Thúy (2014),** Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA 2011 và các yếu tố nguy cơ. Báo cáo khoa học. Hội nghị khoa học và chuyển hóa toàn quốc lần thứ VII.
3. **Chen P., Wang S., Ji J. và cộng sự. (2015).** Risk factors and management of gestational diabetes. *Cell Biochem Biophys*, **71**(2), 689–694.
4. **Jawad F. và Ejaz K. (2016).** Gestational diabetes mellitus in South Asia: Epidemiology. *J Pak Med Assoc*, **66**(9 Suppl 1), S5-7.
5. **Tỷ lệ đái tháo đường thai nghén tại khoa khám theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012 và một số yếu tố nguy cơ.** <<https://tailieu.vn/doc/ty-le-dai-thao-duong-thai-nghen-tai-khoa-kham-theo-yeu-cau-benh->

- vien-phu-san-trung-uong-nam-2012-va--2282838.html>, accessed: 10/01/2021.
6. **Nguyễn Khoa Diệu Vân (2020)** Đái Tháo Đường. Bệnh học nội khoa-Đại học Y Hà Nội. Tr 322-341., .
 7. **American Diabetes Association.** Classification and diagnosis of diabetes. Sec. 2. In Standards of Medical Care in Diabetes 2015. Diabetes Care 2015;38(Suppl. 1):S8-S16. .
 8. **Đái tháo đường thai kỳ.** Kiến thức về bệnh đái tháo đường, <<http://daithaoduong.kcb.vn/dai-thao-duong-thai-ky/>>, accessed: 23/01/2021.
 9. **Hartling L., Dryden D.M., Guthrie A. và cộng sự. (2012).** Screening and diagnosing gestational diabetes mellitus. Evid Rep Technol Assess (Full Rep), (210), 1–327.
 10. **Lee K.W., Ching S.M., Ramachandran V. và cộng sự. (2018).** Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth, **18**(1), 494.
 11. **Kim W., Park S.K., và Kim Y.L. (2019).** Gestational diabetes mellitus diagnosed at 24 to 28 weeks of gestation in older and obese Women: Is it too late?. PLoS One, **14**(12), e0225955.
 12. **Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố nguy cơ tại Bệnh viện An Bình.** <<https://tailieu.vn/doc/nguyen-cuu-ty-le-dai-thao-duong-thai-ky-va-cac-yeu-to-nguy-co-tai-benh-vien-an-binh-2172089.html>>, accessed: 23/01/2021.
 13. **Sinh C.H. và Phương N.T.T** "Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện quận Thủ Đức năm 2018"- Tài liệu text. <<https://text.123doc.net/document/5318968-ty-le-dai-thao-duong-trong-thai-ky-va-cac-yeu-to-lien-quan-tai-benh-vien-quan-thu-duc-nam-2018.htm>>, accessed: 24/01/2021.
 14. **Phương N.T.M. và Tâm V.V. (2016).** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2015. 1, **13**(4), 34–38.
 15. **Hod M., Kapur A., McIntyre H.D. và cộng sự. (2019).** Evidence in support of the International Association of Diabetes in Pregnancy study groups' criteria for diagnosing gestational diabetes mellitus worldwide in 2019. Am J Obstet Gynecol, **221**(2), 109–116.
 16. **Swaminathan G., Swaminathan A., và Corsi D.J. (2020).** Prevalence of Gestational Diabetes in India by Individual Socioeconomic, Demographic, and Clinical Factors. JAMA Netw Open, **3**(11), e2025074.
 17. **Nguyễn Thị Kim Liên.** Nghiên cứu về đái tháo đường thai kỳ ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao tại bệnh viện phụ sản Trung Ương. Sản phụ khoa. Đại học Y Hà Nội. 2010. .
 18. **Nguyễn Thị Phương Thảo.** Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của các thai phụ được quản lý thai tại khoa Sản Bệnh viện Bạch Mai. Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội. 2007;22-31. .
 19. **Tâm V.V. và Dũng L.V. (2017).** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ có yếu tố nguy cơ cao và mức độ ảnh hưởng tới thai phụ, thai nhi ở Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. 1, **14**(4), 41–46.

KHẢO SÁT TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thị Lan Hương¹, Lại Thanh Hà¹,
Nguyễn Huy Bình², Trần Thị Nhị Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ của tiền đái tháo đường (ĐTĐ) ở nhóm bệnh nhân (BN) nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 182 BN có 1 hoặc nhiều các yếu tố nguy cơ tiền ĐTĐ, khám tại bệnh viện Thanh Nhân. Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn theo mẫu bệnh án thống nhất, hướng dẫn chẩn đoán tiền ĐTĐ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ 2020 (ADA 2020). **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $63,48 \pm 10,08$ tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 1,46. Tỷ lệ tiền ĐTĐ trong nhóm nghiên cứu là 64,8% (118 BN). Trong nghiên cứu này những yếu tố sau làm tăng nguy cơ mắc tiền ĐTĐ: Tiền sử người thân đời thứ nhất (bố mẹ, anh chị em ruột, con đẻ) mắc ĐTĐ typ 2 (OR= 9,26; 95% CI = 1,19 - 71,66), rối loạn lipid (RLLP) máu (OR = 3,17; 95% CI = 1,05- 9,60), không hoặc ít hoạt động thể lực (OR = 3,5; 95% CI = 1,02-12,23). **Kết luận:** Nghiên cứu mong muốn tập trung vào các yếu tố nguy cơ của tiền ĐTĐ từ đó giúp hạn chế được nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ.

Từ khóa: tiền đái tháo đường, yếu tố nguy cơ, bệnh viện Thanh Nhân

SUMMARY

THE SURVEY OF PRE-DIABETES PATIENTS EXAMINED IN THANH NHAN HOSPITAL

Objectives: To find some risk of pre-diabetes in this studied patients group. **Subjects and methods:** cross sectional study on 182 patients having a risk of pre-diabetes examined in Thanh Nhan hospital. Study used the prediabetes questionnaire and clinical guideline issued by American Diabetes Association 2020. **Results:** The average age was 63.48 ± 10.08 , Female/Male was 1.46. The percentage of prediabetes was 64.8% (118/182 patients). The risk of prediabetes: Having a parent, brother, or sister with type 2 diabetes (OR= 9.26; 95% CI = 1.19- 71.66), lipid disorder (OR = 3.17; 95% CI = 1.05- 9.60), lack of physical activities (OR = 3.5; 95% CI = 1.02-12.23). **Conclusions:** Research should focus on these aspects to minimize the risk of developing a preventable condition.

Key Words: pre-diabetes, risk, Thanh Nhan hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền ĐTĐ là tình trạng bệnh lý khi nồng độ glucose máu cao hơn bình thường nhưng chưa đạt tiêu chí chẩn đoán ĐTĐ, bao gồm những người rối loạn glucose máu lúc đói (impaired fasting glucose: IFG), hoặc rối

¹Bệnh viện Thanh Nhân

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Sở Y tế Hà Nội

Người chịu trách nhiệm: Lại Thanh Hà

Email: laithanhhabvtn@gmail.com,

Điện thoại: 0904516365

Ngày nhận bài: 26/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 16/06/2022

Ngày duyệt bài: 01/07/2022

loạn dung nạp glucose (impaired glucose tolerance: IGT), hoặc tăng HbA1c. Tiền ĐTĐ là giai đoạn trung gian giữa người bình thường và ĐTĐ type 2 [1]. Khoảng 5-10% người tiền ĐTĐ sẽ trở thành ĐTĐ hàng năm, 15-30% người tiền ĐTĐ có thể tiến triển thành ĐTĐ trong vòng 5 năm và tổng cộng 70% người tiền ĐTĐ cuối cùng sẽ tiến triển thành ĐTĐ thực sự [2].

Tiền ĐTĐ liên quan với các yếu tố nguy cơ giống như bệnh ĐTĐ: thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, ít hoạt động thể lực... Cơ chế bệnh sinh: gồm nhiều yếu tố tác động bao gồm các gen nguy cơ, kháng insulin, tăng nhu cầu tiết insulin, ngộ độc glucose, ngộ độc lipid, rối loạn tiết/giảm hoạt động incretin, tích lũy amylin, giảm khối lượng tế bào bê-ta tuyến tụy... kết cục làm giảm chức năng tế bào bê-ta tiến triển. Mức độ giảm tiết insulin và đề kháng insulin xuất hiện từ rất sớm, trước khi được chẩn đoán ĐTĐ khoảng 13 năm, và tăng dần theo thời gian. Do đó việc phát hiện sớm và can thiệp điều trị tích cực người mắc tiền ĐTĐ sẽ giúp giảm tỉ lệ mắc ĐTĐ type 2 và dự phòng các biến chứng tim mạch và biến chứng khác do tăng glucose máu (cả tăng lúc đói và sau ăn).

Theo Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế (IDF) năm 2019 toàn thế giới có 373,9 triệu người trong độ tuổi từ 20-79 có rối loạn dung nạp glucose (tương ứng với 7,5%). Dự báo đến năm 2045, con số này sẽ tăng lên 548,4 triệu (8,6%), trong đó gần một nửa (48,1%) dưới 50 tuổi. Ở Việt Nam, theo báo cáo của IDF 2019, tỉ lệ người bị rối loạn dung nạp glucose chiếm 8,6%, tương đương 5,3 triệu người, gấp 1,4 lần so với bệnh nhân ĐTĐ [3].

Khoa Khám bệnh Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội mỗi ngày khám và điều trị cho hơn

1.000 lượt bệnh nhân. Để phát hiện tiền ĐTĐ và đánh giá các yếu tố nguy cơ giúp có biện pháp tư vấn và điều trị cho người bệnh chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Khảo sát tiền đái tháo đường ở bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Thanh Nhàn”. Nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ tiền ĐTĐ ở những người có yếu tố nguy cơ đến khám tại bệnh viện Thanh Nhàn và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ của tiền ĐTĐ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 182 BN có yếu tố nguy cơ tiền ĐTĐ khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 01/2021 đến tháng 10/2021.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh có 1 hoặc nhiều yếu tố nguy cơ sau :

a. Người trưởng thành ở bất kỳ tuổi nào có thừa cân hoặc béo phì ($BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$) và có kèm một trong số các yếu tố nguy cơ sau:

- Có người thân đời thứ nhất (bố mẹ, anh chị em ruột, con đẻ) bị ĐTĐ

- Tiền sử bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch (BTMXV)

- Tăng huyết áp ($HA \geq 140/90 \text{ mmHg}$, hoặc đang điều trị THA)

- HDL cholesterol $< 35 \text{ mg/dL}$ ($0,9 \text{ mmol/l}$) và/hoặc triglyceride $> 250 \text{ mg/dL}$ ($2,8 \text{ mmol/l}$)

- Phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang

- Ít hoạt động thể lực (HĐTL).

- Các tình trạng lâm sàng khác liên quan với kháng insulin (như béo phì nặng, dấu gai đen (acanthosis nigricans)

b. Phụ nữ đã được chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ cần theo dõi

c. Tất cả mọi người từ tuổi 45 trở lên

d. Người có đường máu lúc đói $\geq 5,6$ mmol/l và/hoặc HbA1c: 5,7 – 6,4%

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN đang mắc các bệnh lý cấp tính : nhiễm khuẩn; đột quỵ não...

- BN đang sử dụng các thuốc làm tăng glucose huyết : glucocorticoids, lợi tiểu thiazide, chẹn beta giao cảm...

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. Quá trình thăm khám được tiến hành theo mẫu bệnh án thống nhất. Các biến số nghiên cứu: Kết quả nghiệm pháp tăng đường huyết, chẩn đoán xác định tiền ĐTĐ (theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ 2020) [4]; Chẩn đoán rối loạn lipid máu (theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội nội tiết và đái tháo đường Việt Nam 2018) [1]; Đánh giá tình trạng hoạt động thể lực sử dụng bảng giá trị MET (metabolic equivalent of task) theo hướng dẫn hoạt động

thể chất của Phòng chăm sóc sức khỏe và dịch vụ con người Hoa Kỳ [5]; Các yếu tố liên quan: tuổi; giới tính; chỉ số khối cơ thể (Body mass index - BMI), bệnh lý đi kèm : tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, tiền sử (TS) người thân cùng huyết thống bị ĐTĐ, tiền sử hút thuốc lá (HTL)

2.3. Xử lý số liệu:

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình. Sử dụng test χ^2 để phân tích mối liên quan giữa các biến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu trên 182 BN có yếu tố nguy cơ tiền ĐTĐ đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 10/2020 đến tháng 9/2021 như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 182)

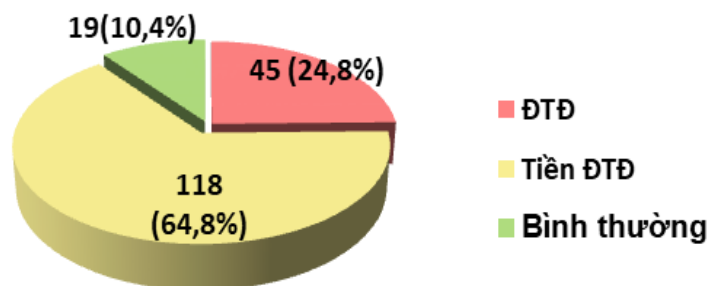
	Biến số	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	74	40,7
	Nữ	108	59,3
Nhóm tuổi	≥ 45	177	97,2
	< 45	5	2,8
Trình độ học vấn	Dưới phổ thông trung học (PTTH)	55	30,2
	Phổ thông trung học	68	37,4
	Đại học (ĐH) và sau đại học (SĐH)	59	33,4
BMI	Thiếu cân ($< 18,5$)	4	2,2
	Bình thường ($18,5-22,9$)	82	45,0
	Thừa cân (≥ 23)	54	29,7
	Béo phì (≥ 25)	42	23,1
Tuổi trung bình (Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)		63,48 $\pm$ 10,08	

Trong tổng số 182 đối tượng nghiên cứu có 108 BN nữ chiếm 59,3 %, cao hơn so với BN nam chiếm 40,7% (74BN), tỷ lệ nữ/nam là 1,46, tuổi trung bình của các BN là 63,48 $\pm$ 10,08,

thấp nhất là 23 tuổi và cao nhất là 87 tuổi. Nhóm tuổi ≥ 45 chiếm tỷ lệ 97,2 %, nhóm < 45 tuổi chiếm tỷ lệ 2,8 %. Tỷ lệ BN có thừa cân, béo phì là 52,8%.

3.2. Tỷ lệ tiền đái tháo đường của nhóm nghiên cứu

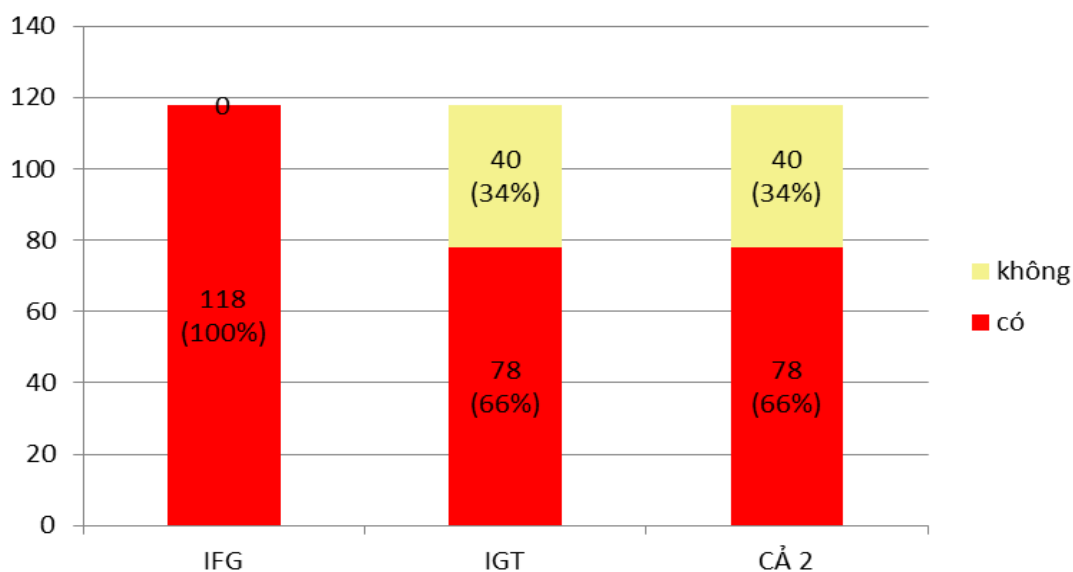
3.2.1. Kết quả nghiệm pháp tăng đường huyết



Biểu đồ 1: Tỷ lệ tiền ĐTĐ của nhóm nghiên cứu

Trong nhóm BN nghiên cứu, tỷ lệ BN tiền ĐTĐ là 64,8% (118 BN), ĐTĐ là 24,8% (45BN); bình thường là 10,4% (19 BN).

3.2.2. Đặc điểm rối loạn glucose máu của nhóm tiền đái tháo đường:



Biểu đồ 2: Tỷ lệ BN rối loạn glucose máu của nhóm tiền ĐTĐ

Trong nhóm BN tiền ĐTĐ có 118 BN có rối loạn glucose lúc đói (IFG : $G0 \geq 5,6 - 6,9$ mmol/l), 78 BN có rối loạn dung nạp glucose (IGT: $G2 \geq 7,8-11$ mmol/l), 78 BN có cả rối loạn glucose lúc đói và rối loạn dung nạp glucose.

3.3. Liên quan giữa tiền ĐTĐ với một số yếu tố liên quan

Bảng 3. Liên quan giữa tiền ĐTĐ với một số yếu tố liên quan

Đặc điểm chung		Tiền ĐTĐ		Bình thường		p	OR	(95%CI)
		n	%	n	%			
Tuổi	≥ 45	114	86,4	18	13,6	0,68	1,58	0,16 - 14,97
	< 45	4	80,0	1	20,0			
Giới	Nam	43	81,1	10	18,9	0,18	0,51	0,19 - 1,37
	Nữ	75	89,3	9	10,7			
Trình độ học vấn	Dưới PTTH	33	89,2	4	10,8	0,54	1,88	0,52 - 6,85
	PTTH	50	87,7	7	12,3		1,63	0,54 - 4,91
	TC/ĐH/SĐH	35	81,4	8	18,6		1,00	
BMI	≥ 25	25	96,2	1	3,8	0,10	4,83	0,62-38,02
	< 25	93	83,8	18	16,2			
RLLP	Có	103	88,8	13	11,2	0,03	3,17	1,05 - 9,60
	Không	15	71,4	6	28,6			
THA	Có	78	84,8	14	15,2	0,51	0,69	0,23 - 2,07
	Không	40	88,9	5	11,1			
HĐTL	Ít, nhẹ	49	90,7	5	9,3	0,21	1,99	0,67 - 5,88
	Vừa, nặng	69	83,1	14	16,9			
TS HTL	Có	22	91,7	2	8,3	0,39	1,95	0,42 - 9,06
	Không	96	85,0	17	15,0			
TS gia đình	Có	40	97,6	1	2,4	0,01	9,26	1,19 - 71,66
	Không	78	81,2	18	18,8			

Nhóm BN có tiền sử người thân (bố, mẹ, anh chị em ruột, con đẻ) bị bệnh ĐTĐ, BN bị rối loạn lipid máu có tỷ lệ bị mắc tiền ĐTĐ cao hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4. Hồi quy đa biến các yếu tố liên quan với tiền đái tháo đường.

Bảng 4. Hồi quy đa biến các yếu tố liên quan tiền ĐTĐ

Đặc điểm	OR	Khoảng tin cậy	p
Tuổi ≥ 45	11,036	0,67 - 182,15	0,093
BMI ≥ 25	6,908	0,59 - 81,01	0,124
Ít hoặc HĐTL nhẹ	3,531	1,02 - 12,23	0,047
Tiền sử người thân bị ĐTĐ	23,914	2,09 - 273,57	0,011
Hút thuốc lá	6,593	0,72 - 60,77	0,096
THA	0,259	0,07 - 1,01	0,051
RLLP máu	4,071	1,05 - 15,84	0,043

Tiền sử người thân bị ĐTĐ, rối loạn lipid máu, ít hoạt động thể lực yếu tố nguy cơ độc lập của tiền ĐTĐ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này thực hiện trên 182 BN có yếu tố nguy cơ tiền ĐTĐ khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $63,48 \pm 10,08$, thấp nhất là 23 tuổi và cao nhất là 87 tuổi. Nhóm tuổi ≥ 45 chiếm tỷ lệ 97,2%, nhóm < 45 tuổi chiếm tỷ lệ 2,8% (Bảng 1). Độ tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Lê Thanh Bình và cộng sự năm 2014 tại bệnh viện Bạch Mai, tuổi trung bình của nhóm tiền ĐTĐ là $61,36 \pm 11,93$ tuổi [6].

Tỷ lệ bệnh nhân có thừa cân 29,7%, béo phì là 23,1% (Bảng 1). Tỷ lệ này có thể cho thấy thực trạng hiện tại, tỷ lệ thừa cân béo phì ngày càng gia tăng có thể là do chất lượng cuộc sống đã được cải thiện nhiều và do thói quen sinh hoạt hàng ngày. Tình trạng thừa cân béo phì cũng là một yếu tố nguy cơ hàng đầu của ĐTĐ và tiền ĐTĐ. Theo nghiên cứu của Lê Thanh Bình và cộng sự 2014 cho thấy, trong nhóm nghiên cứu có đến 55,9% tỷ lệ BN thừa cân, béo phì.

Trong số 182 BN có yếu tố nguy cơ được làm nghiệm pháp tăng đường huyết kết quả thu được tỷ lệ BN tiền ĐTĐ là 64,8% (118 BN), ĐTĐ là 24,8% (45 BN); bình thường là 10,4% (19 BN) (Biểu đồ 1). Trong 118 BN tiền ĐTĐ có 40 BN chỉ có rối loạn glucose máu lúc đói, 78 BN vừa có rối loạn glucose máu lúc đói vừa có rối loạn dung nạp glucose (Biểu đồ 2). Nghiên cứu của chúng tôi phân loại tiền ĐTĐ theo tiêu chuẩn của ADA 2020 [4]. Nghiên cứu này có kết quả tương tự nghiên cứu của Munkhaugen J và cộng sự tại

Nauy 2018 trên 1083 BN nhồi máu cơ tim và/hoặc được thực hiện thủ thuật tái thông mạch vành. Chẩn đoán theo ADA: bình thường khi HbA1c $< 5,7\%$, tiền ĐTĐ (HbA1c 5,7-6,4%) và bệnh ĐTĐ tuy 2. Kết quả: 23% mắc bệnh ĐTĐ typ 2, 44% bị tiền ĐTĐ và 33% có đường huyết bình thường [7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy yếu tố tiền sử người thân bị ĐTĐ, RLLP máu, ít HĐTL hoặc HĐTL cường độ nhẹ là yếu tố nguy cơ độc lập của tiền ĐTĐ. Nhóm BN có tiền sử người thân đời thứ nhất mắc ĐTĐ có nguy cơ mắc tiền ĐTĐ cao gấp 9 lần nhóm không có người thân bị ĐTĐ với 95%CI là 1,19 – 71,66 ($p < 0,05$). Nhóm có RLLP máu có nguy cơ mắc tiền ĐTĐ cao gấp 3 lần nhóm không có RLLP máu với 95%CI là 1,05 – 9,60 ($p < 0,05$), (Bảng 4) nhóm ít HĐTL có nguy cơ mắc tiền ĐTĐ cao gấp 2 lần nhóm HĐTL cường độ vừa và nặng với 95%CI là 1,02 – 12,23 ($p < 0,05$) (Bảng 5)

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tiền ĐTĐ trong nhóm BN nghiên cứu là 64,8% (118 BN). Các yếu tố nguy cơ của tiền ĐTĐ là ít hoặc HĐTL nhẹ với OR = 3,53 (95% CI = 1,02 - 12,23; $p = 0,047$), RLLP máu với OR = 3,17 (95% CI = 1,05 - 9,60; $p = 0,03$), tiền sử người thân bị ĐTĐ với OR = 9,26 (95%CI = 1,19 - 71,66; $p = 0,01$). Hồi quy đa biến cho thấy: ít hoặc HĐTL nhẹ, tiền sử người thân đời thứ nhất bị ĐTĐ, rối loạn lipid máu là những yếu tố nguy cơ độc lập của tiền ĐTĐ. Nghiên cứu mong muốn tập trung vào các yếu tố nguy cơ của tiền ĐTĐ từ đó giúp hạn chế được nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Nội tiết – ĐTĐ Việt Nam (2018)**, Khuyến cáo về bệnh nội tiết và chuyển hóa. Nhà xuất bản Y học. Tiền ĐTĐ, đề phòng hoặc làm chậm xuất hiện bệnh ĐTĐ. 259-282.
2. **CDC** - National diabetes statistics report 2017.
3. **IDF (2019)** Diabetes Atlas Nineth edition 2019.
4. **Classification and Diagnosis of Diabetes:** Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care 2020 Jan; 43(Supplement 1): S14-S31. <https://doi.org/10.2337/dc20-S002>
5. **Departement of health and human service USA :** “Physical Activity Guidelines for Americans 2nd edition” 2018; Chapter 4.
6. **Lê Thanh Bình*, Đinh Đức Long*, Lê Đức Quyền** *Bệnh viện Bạch Mai, ** Bệnh viện 175 :** Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tăng huyết áp có tiền đái tháo đường; Tạp chí y học thực hành- số 2/2014
7. **Munkhaugen J, Hjelmæsæth J, Otterstad JE, Helseth R, Sollid ST, Gjertsen E, Gullestad L, Perk J, Moum T, Husebye E, Dammen T:** Managing patients with prediabetes and type 2 diabetes after coronary events: individual tailoring needed - a cross-sectional study; BMC Cardiovasc Disord. 2018 Aug 3;18(1):160. doi: 10.1186/s12872-018-0896-z.

ĐÁNH GIÁ SUY GIẢM HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG HÀNG NGÀY VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Lại Thanh Hà*, Nguyễn Thị Kim Anh*, Lương Thị Minh Thu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ, nhận xét đặc điểm suy giảm hoạt động chức năng hàng ngày và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 cao tuổi điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 240 bệnh nhân (BN) đái tháo đường (ĐTĐ) type 2, tuổi ≥ 60 , khám và điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng** nghiên cứu được phỏng vấn theo mẫu bệnh án thống nhất, bảng đánh giá hoạt động chức năng (HĐCN) cơ bản (Basic Activity Daily Living/ADL), bảng đánh giá HĐCN sinh hoạt (Instrumental Activity Daily Living/IADL). **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $73,59 \pm 6,57$ tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 1,6. Tỷ lệ BN có suy giảm HĐCN cơ bản theo ADL là 22,1%, tỷ lệ BN có suy giảm HĐCN sinh hoạt theo IADL là 41,25%. Tuổi và thời gian mắc ĐTĐ càng cao có liên quan đến suy giảm HĐCN cơ bản và HĐCN sinh hoạt ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tuổi càng cao và thời gian mắc ĐTĐ càng dài mức độ suy giảm HĐCN cơ bản và HĐCN sinh hoạt càng tăng. Do đó, cần tiến hành đánh giá HĐCN cơ bản và HĐCN sinh hoạt cho người bệnh nhằm mục đích nhận biết mức độ suy giảm

để đưa ra kế hoạch theo dõi, chăm sóc và điều trị lâu dài.

Từ khóa: đái tháo đường type 2, hoạt động chức năng cơ bản, hoạt động chức năng sinh hoạt.

SUMMARY

ASSESSMENT OF DAILY FUNCTIONAL ACTIVITIES IMPAIRMENT AND SOME RELATED FACTORS IN THE ELDERLY TYPE 2 DIABETES OUTPATIENTS AT THANH NHAN HOSPITAL

Objectives: To assess prevalence of daily functional activities impairment, features of daily functional activities impairment and its related factors in the elderly type 2 diabetes patients at Thanh Nhan Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was performed in 240 diabetes patients aged over 60 years, treated at Thanh Nhan Hospital. Basic Activity Daily Living/ADL and Instrumental Activity Daily Living/IADL were used to interview. **Results:** The average age was 73.59 ± 6.57 , the ratio of female/male was 1.6, the prevalence of basic activity daily living impairment was 22.1%, the prevalence of instrumental activity daily living impairment was 41.25%. The higher the age and duration of diabetes is associated with the decline in basic and daily functional activities.

Conclusions: The daily functional activities impairment in the elderly diabetes type 2 patients treated in Thanh Nhan hospital was popular. There should be a program evaluate the daily

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Kim Anh

Email: kimanhthanhnhan@gmail.com,

Điện thoại: 0942568856

Ngày nhận bài: 26/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 16/06/2022

Ngày duyệt bài: 01/07/2022

functional activities impairment of patient.

Key Words: type 2 diabetes, Basic Activity Daily Living, Instrumental Activity Daily Living.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ĐTĐ type 2 là một trong những bệnh mãn tính phổ biến nhất ở người cao tuổi và số người cao tuổi mắc bệnh ĐTĐ đang gia tăng trên toàn thế giới. Theo dữ liệu giám sát gần đây nhất, tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ ở người Mỹ ở độ tuổi ≥ 65 thay đổi từ 22 đến 33%, tùy thuộc vào các tiêu chuẩn chẩn đoán được áp dụng [1]. Theo thống kê tại Anh năm 2001 trong số 2,6 triệu người mắc bệnh ĐTĐ, ít nhất một nửa là trên 65 tuổi [2], tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ ở người cao tuổi tại Anh năm 2010 là hơn 10% so với 4,1% ở người lớn nói chung [3]. Ở Việt Nam theo nghiên cứu của Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2012 cho thấy tỷ lệ hiện mắc trên toàn quốc ở người trưởng thành là 5,4%, còn ở người 60-69 tuổi chiếm 9,9% [4].

BN cao tuổi bị ĐTĐ là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất liên quan đến suy giảm HĐCN ở người cao tuổi. Ngoài các biến chứng vi mạch và mạch máu lớn, thì người cao tuổi mắc ĐTĐ cũng có thể phải chịu các ảnh hưởng xấu khác như trầm cảm, suy giảm nhận thức, teo cơ, ngã và gãy xương...[5]. Trong điều trị và chăm sóc BN ĐTĐ cao tuổi thì các hội chứng lão khoa nên được ưu tiên xem xét đồng thời cùng mục tiêu đường huyết. Vì vậy, vấn đề đánh giá lão khoa toàn diện (Comprehensive Geriatric Assessment) ở người cao tuổi mắc ĐTĐ type 2 là rất cần thiết và quan trọng trong chiến lược điều trị và chăm sóc cá thể hóa bệnh nhân cao tuổi mắc ĐTĐ type 2. Đánh giá HĐCN cơ bản hàng ngày (ADL) và HĐCN sinh hoạt (IADL) là một phần quan trọng trong đánh giá lão khoa toàn diện giúp sàng lọc lão khoa

đa chiều ở người cao tuổi ĐTĐ với mục tiêu cải thiện quá trình chăm sóc, cải thiện độ chính xác chẩn đoán, cải thiện điều trị y tế, sắp xếp quản lý dài hạn, cải thiện tình trạng chức năng cũng như chất lượng cuộc sống tốt hơn.

Khoa Khám bệnh Bệnh viện Thanh Nhàn hiện đang theo dõi và điều trị cho hơn 5.000 bệnh nhân ĐTĐ trong đó bệnh nhân cao tuổi chiếm 60%. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về suy giảm HĐCN trên người cao tuổi tuy nhiên ở Việt Nam nghiên cứu trên người cao tuổi còn ít. Để phát hiện và đánh giá các yếu tố nguy cơ giúp có biện pháp hỗ trợ cho người bệnh ĐTĐ cao tuổi nhằm tránh các biến chứng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Nhận xét đặc điểm suy giảm hoạt động chức năng hàng ngày trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 cao tuổi đang điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn” nhằm xác định tỷ lệ, nhận xét đặc điểm suy giảm HĐCN hàng ngày và tìm hiểu một số yếu tố liên quan trên BN ĐTĐ type 2 cao tuổi điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 240 BN cao tuổi mắc ĐTĐ type 2 khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2020.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN ĐTĐ type 2 từ 60 tuổi trở lên khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thanh Nhàn.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN ĐTĐ ngoại trú không đủ khả năng trả lời phỏng vấn hoặc BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. Quá trình phỏng vấn được tiến hành theo mẫu bệnh án thống nhất. Các biến

số nghiên cứu: Các biến số về đánh giá suy giảm HDCN hàng ngày: Chỉ số đánh giá chức năng tổng thể bằng thang điểm ADL [6] và IADL [7]; Các yếu tố liên quan: tuổi; giới tính; nghề nghiệp trước đây; Các biến số liên quan đến tình trạng kiểm soát bệnh đái tháo đường type 2 như: Thời gian mắc ĐTĐ, glucose máu, HbA1c, cân nặng, chiều cao, BMI, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương; Một số biến số về tiền sử bệnh tật như: tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, tiền sử tai biến mạch não cũ.

2.3. Xử lý số liệu:

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình. Sử dụng test χ^2 để phân tích mối liên quan giữa các biến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Qua nghiên cứu 240 BN ĐTĐ type 2 cao tuổi khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2020, chúng tôi thu được kết quả sau:

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 240)

Đặc điểm nhân trắc - xã hội học		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	91	37,9%
	Nữ	149	62,1%
Nhóm tuổi (năm)	60-69	63	26,25%
	70-79	135	56,25%
	≥ 80	42	17,5%
Tình trạng chung sống	Cùng gia đình (vợ/chồng/con)	237	99%
	Sống với người chăm sóc	0	0
	Sống một mình	3	1%
Trình độ học vấn	<PTTH	168	70%
	PTTH	42	17,5%
	>PTTH	30	12,5%
BMI (kg/m ²)	Thiếu cân (<18,5)	9	3,75%
	Bình thường (18,5-22,9)	89	37%
	Thừa cân và béo phì (≥ 23)	142	59,25%
Tuổi trung bình (Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)		73,59 $\pm$ 6,57	
BMI trung bình		23.2 $\pm$ 2,71	

Trong tổng số 240 đối tượng nghiên cứu có 149 BN nữ chiếm tỷ lệ 62,1%, cao hơn so với nam giới chiếm 37,9%. Tỷ lệ nữ/nam là 1,6. Tuổi trung bình của các BN là 73,59 $\pm$ 6,57, thấp nhất là 60 tuổi và cao nhất là 93 tuổi. Nhóm tuổi từ 60- 69 chiếm tỷ lệ 26,25%. Tỷ lệ BN có trình độ học vấn dưới PTTH chiếm tỷ lệ cao nhất là 70%. Tỷ lệ BN đang sống cùng với gia đình là 99%. Tỷ lệ BN thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất 59,16%, BN thiếu cân chiếm tỷ lệ thấp 3,75%.

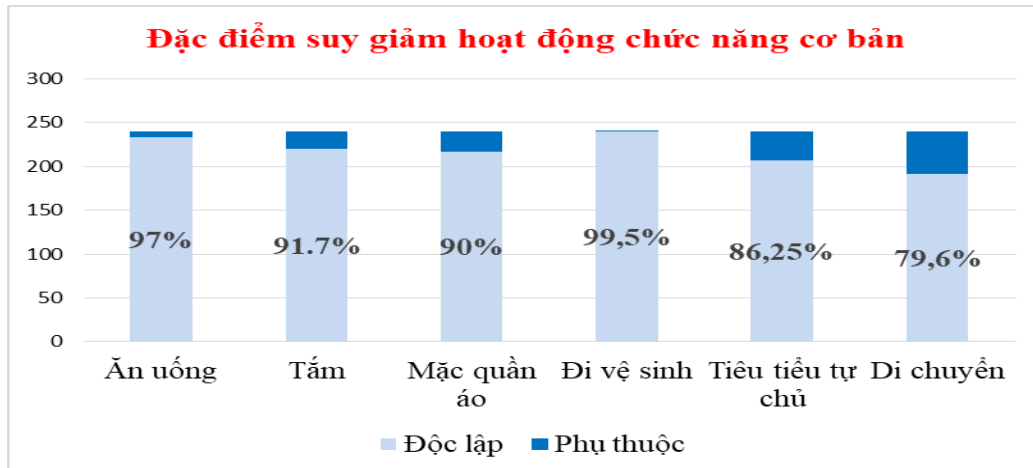
3.2. Đặc điểm ĐTĐ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:**Bảng 2: Đặc điểm ĐTĐ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm của bệnh nhân	Số lượng	Tỷ lệ %
Thời gian mắc bệnh ĐTĐ type 2 (giá trị trung bình: 12.3± 8.36 năm)		
1-9 năm	96	40%
10 -19 năm	86	35.8%
≥20 năm	58	24.2%
Glucose máu lúc đói (giá trị trung bình: 8.16 mmol/l)		
> 7,2 mmol/l	126	52,5%
≤ 7,2 mmol/l	114	47,5%
HbA1c (giá trị trung bình: 8.06%)		
≥7,5 %	143	59,6%
< 7,5 %	97	40,4%
Tăng huyết áp		
Có	174	72,5%
Không	66	27,5%
Rối loạn lipid máu		
Có	220	91,6%
Không	20	8,4%

Thời gian mắc bệnh ĐTĐ trung bình của nhóm BN nghiên cứu là $12,3 \pm 8,36$ năm, trong đó BN mắc ĐTĐ type 2 từ 1-9 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 40%, tỷ lệ kiểm soát HbA1c < 7,5 % là 40,4%, tỷ lệ BN tăng huyết áp là 72,7% và 91,6% là tỷ lệ BN có rối loạn lipid máu.

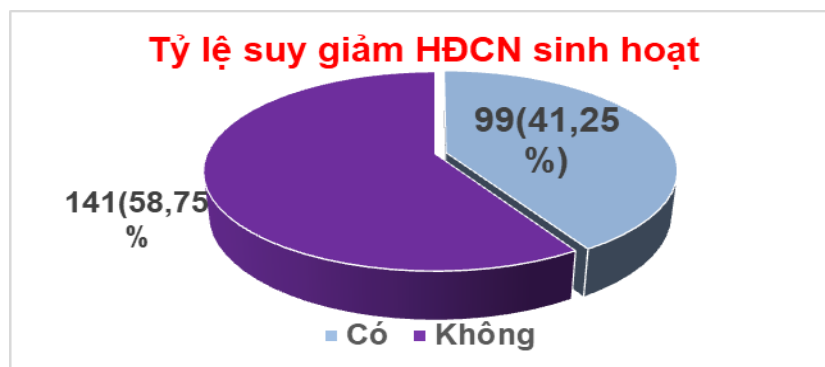
3.3. Đặc điểm suy giảm hoạt động chức năng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

Biểu đồ 1: Tỷ lệ suy giảm HĐCN cơ bản trong nhóm BN nghiên cứu (n= 240)
Số lượng BN có suy giảm bất kỳ từ 1 yếu tố theo ADL là 53 BN chiếm tỷ lệ 22,1%.



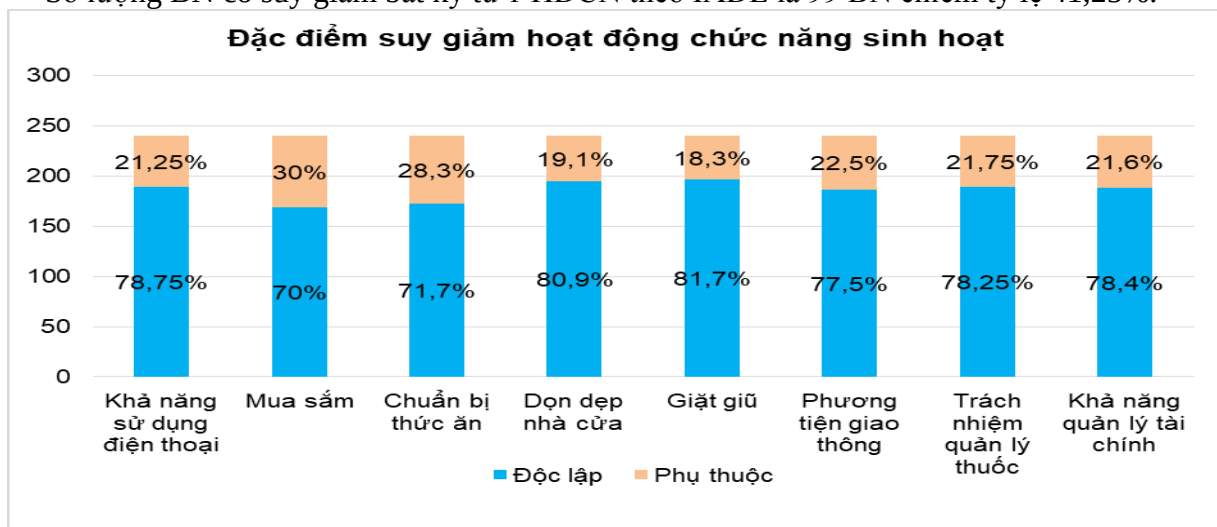
Biểu đồ 2: Đặc điểm suy giảm hoạt động CNCB của nhóm nghiên cứu (n= 240)

Những HĐCN cơ bản có tỷ lệ suy giảm cao trong nhóm đó là hoạt động tiểu không tự chủ chiếm 13,75%, di chuyển khó khăn chiếm tỷ lệ cao nhất trong các hoạt động chức năng cơ bản 20,4%.



Biểu đồ 3: Tỷ lệ suy giảm HĐCN sinh hoạt trong nhóm nghiên cứu (n= 240)

Số lượng BN có suy giảm bất kỳ từ 1 HĐCN theo IADL là 99 BN chiếm tỷ lệ 41,25%.



Biểu đồ 4: Đặc điểm suy giảm HĐCN sinh hoạt trong nhóm nghiên cứu (n= 240)

Những HĐCN sinh hoạt có tỷ lệ suy giảm nhiều nhất là mua sắm chiếm 30%, chuẩn bị thức ăn chiếm tỷ lệ 28,3%.

3.4 Liên quan tuổi; giới; HbA1c; thời gian ĐTĐ với suy giảm hoạt động chức năng

Bảng 3. Đặc điểm tuổi, giới, HbA1c, thời gian mắc ĐTĐ với suy giảm HĐCN cơ bản (n = 240)

Đặc điểm \ ADL		Có		Không		P
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Giới	Nam	21	23,08%	70	76,92%	0,77
	Nữ	23	16,42%	117	83,58%	
Tuổi	60-69	3	4,79%	60	95,24%	0,00
	70-79	25	18,52%	110	81,48%	
	≥ 80	25	59,52%	17	40,48%	
HbA1c (%)	<7,5	22	22,68%	75	77,32%	0,8
	≥ 7,5	31	21,68%	112	78,32%	
Thời gian mắc ĐTĐ	1-9	18	18,75%	78	81,25%	0,032
	10-19	15	17,44%	71	82,56%	
	≥ 20	20	34,48%	38	65,52%	

Tuổi càng cao tỷ lệ suy giảm HĐCN cơ bản càng cao; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,00$. Thời gian mắc bệnh ĐTĐ càng dài tỷ lệ suy giảm HĐCN cơ bản càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,032$).

Bảng 4. Đặc điểm tuổi, giới, HbA1c, thời gian mắc ĐTĐ với suy giảm HĐCN sinh hoạt

Đặc điểm \ IADL		Có		Không		P
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Giới	Nam	39	42,86%	52	57,14%	0,77
	Nữ	59	39,6%	90	60,4%	
Tuổi	60-69	9	14,28%	54	85,72%	0,00
	70-79	55	40,74%	80	59,26%	
	≥ 80	34	80,95%	8	19,05%	
HbA1c (%)	<7,5	47	48,45%	50	51,55%	0,17
	≥ 7,5	51	35,92%	91	64,08%	
Thời gian mắc ĐTĐ	1-9	36	37,5%	60	62,5%	0,044
	10-19	31	36,05%	55	63,95%	
	≥ 20	32	55,17%	26	44,83%	

Tuổi càng cao tỷ lệ suy giảm HĐCN sinh hoạt càng cao; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,00$. Thời gian mắc bệnh ĐTĐ càng dài tỷ lệ suy giảm HĐCN sinh hoạt càng cao; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,044$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này thực hiện trên 240 BN ĐTĐ type 2 cao tuổi khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thanh Nhân cho thấy kết quả sau: Độ tuổi trung bình của BN ĐTĐ type 2 trong nghiên cứu là $73,59 \pm 6,57$ (tuổi), nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 57,4% là nhóm từ 70-79. Độ tuổi trung bình của BN cao tương đương với thời gian mắc bệnh lâu, do đó làm tăng nguy cơ suy giảm HĐCN cơ bản và HĐCN sinh hoạt. Số BN ĐTĐ type 2 là nữ giới chiếm tỷ lệ cao 61,2%. Tỷ lệ BN thừa cân, béo phì BMI chiếm tỷ lệ cao nhất 59,16% (Bảng 1). BMI có thể không phải là một yếu tố dự đoán chính xác về mức độ của tỷ lệ mỡ ở một số người cao tuổi do sự thay đổi thành phần cơ thể với sự lão hóa nhưng nó cũng làm trầm trọng thêm sự suy giảm chức năng thể chất do lão hóa và làm tăng thêm nguy cơ mắc bệnh. Trình độ học vấn có liên quan đến mức độ hiểu biết và chăm sóc theo dõi bệnh ĐTĐ, biết sử dụng thuốc đúng, biết phòng các biến chứng gây suy giảm HĐCN hàng ngày và HĐCN sinh hoạt. Tỷ lệ BN có trình độ học vấn dưới PTTH chiếm tỷ lệ 70% (168 BN). Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ nghiên cứu của Vũ Thu Thủy (2014), cấp 1,2 chiếm 58,5% [8]. Trong nghiên cứu này, phần lớn BN đều sống chung với vợ, chồng, con, cái chiếm tỷ lệ 99%. Đối với BN sống một mình cần tư vấn kỹ hơn về chế độ dinh dưỡng, luyện tập cũng như các yếu tố nguy cơ để nhận biết mình có suy giảm HĐCN cơ bản hay HĐCN sinh hoạt hay không. Thời gian mắc bệnh ĐTĐ từ 1-9 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 40%. Nồng độ glucose lúc đói: Tỷ lệ kiểm soát

đường huyết $\leq 7,2$ mmol/l là 47,5% và tỷ lệ kiểm soát HbA1c $< 7,5$ % là 40,4%. Lão hóa và ĐTĐ đều là những yếu tố nguy cơ gây suy giảm HĐCN. Ngoài yếu tố tuổi tác, những người mắc bệnh ĐTĐ ít hoạt động thể chất và suy giảm HĐCN hơn so với những người không mắc bệnh ĐTĐ. Nguyên nhân của suy giảm HĐCN trong bệnh ĐTĐ có thể bao gồm cả sự tương tác giữa các điều kiện y tế. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu chứng minh mối liên quan hai chiều giữa suy giảm HĐCN và ĐTĐ, cũng như kết quả của chúng tôi cho thấy số lượng BN có suy giảm bất kỳ từ 1 yếu tố theo ADL và IADL lần lượt là 53 BN chiếm tỷ lệ 22,1% và 99 BN chiếm tỷ lệ 41,25%.

Tìm hiểu các mối liên quan ảnh hưởng đến suy giảm HĐCN hàng ngày và HĐCN sinh hoạt chúng tôi thấy rằng: BN có độ tuổi càng cao thì suy giảm HĐCN ADL và IADL càng lớn ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Anh Tú [9] cho thấy nhóm tuổi ≥ 80 có tỷ lệ suy giảm HĐCN ADL và IADL cao hơn so với hai nhóm tuổi còn lại là 60 - 69 tuổi và 70- 79 tuổi. Kết quả nghiên cứu này không có mối liên quan giữa hai giới nam và nữ với suy giảm HĐCN ADL, IADL ($p > 0,05$). Tương đồng với kết quả của Susumo Sato và cộng sự nghiên cứu trên 568 BN ≥ 60 tuổi sống trong các cơ sở phúc lợi tại Nhật Bản có kết quả cho thấy HĐCN hàng ngày không liên quan đến giới [10]. Thời gian mắc bệnh ĐTĐ đã được chứng minh là có liên quan đến suy giảm HĐCN sinh hoạt và cơ bản ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 cao tuổi $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy giảm HDCN ở nhóm BN nghiên cứu còn cao: HDCN cơ bản là: 22,1%, HDCN sinh hoạt là: 41,25%. Tuổi càng cao mức độ suy giảm HDCN càng tăng. BN ĐTĐ có thời gian mắc bệnh càng dài thì tỷ lệ suy giảm HDCN càng cao. Nhân viên y tế cần tiến hành đánh giá HDCN hàng ngày ở các bệnh nhân ĐTĐ type 2 cao tuổi khi BN đến khám bệnh ngoại trú và nằm viện nội trú tại bệnh viện Thanh Nhàn nhằm mục đích nhận biết mức độ các đặc điểm suy giảm HDCN hàng ngày để đưa ra kế hoạch theo dõi, chăm sóc và điều trị lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Centers for Disease Control and Prevention (2011).** National Diabetes Fact Sheet: General Information and National Estimates on Diabetes in the United States. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Sinclair AJ GR et al (2001),** Prevalence of diabetes in care home residents. Diabetes care; 24:2.
- Diabetes, UK (2010).** Diabetes in the UK 2010: key statistics on diabetes. London:Diabetes UK.
- Bệnh viện Nội tiết trung ương (2013)** Báo cáo kết quả đề tài nghiên cứu dịch tễ học đái tháo đường toàn quốc năm 2012.
- Meneilly GS (2006),** "Diabetes in the Elderly", Medical clinics of North America - Geriatric medicine, Vol.90, tr. 909-923.
- Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. (1970)** Progress in the development of the index of ADL. The Gerontologist,10(1), 20-30.
- Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969).** Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist, 9(3), 179-186.
- Vũ Thu Thủy (2014),** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hạ đường huyết ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị insulin- Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 34-49.
- Lê Anh Tú (2016),** Đánh giá lão khoa toàn diện ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cao tuổi tại bệnh viện Lão khoa trung ương, Luận văn thạc sỹ y học Trường Đại học Y Hà Nội : p. tr 36-53.
- Susumu Sato, Shinichi Demura, Kiyoji Tanaka và các cộng sự. (2001),** "ADL ability characteristics of partially dependent older people: Gender and age differences in ADL ability", Environmental Health and Preventive Medicine, 6: 92-96.

SÓNG CAO TẦN XUNG (PRF) TÁC ĐỘNG HẠCH RỄ LƯNG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ĐAU KIỂU RỄ THẮT LƯNG CÙNG

Phan Minh Trung*, Lê Thanh Sơn*, Hà Văn Linh*, Nghiêm Việt Dũng*

TÓM TẮT¹³

Đặt vấn đề: Khoảng 20% các bệnh nhân có hội chứng đau kiểu rễ thần kinh thắt lưng cùng mạn tính không đáp ứng với các phương pháp điều trị bảo tồn kinh điển (thuốc, vật lý trị liệu...) hoặc tiêm ngoài màng cứng. Tác động sóng cao tần xung (PRF) vào hạch rễ lưng (DRG) là một lựa chọn điều trị hiệu quả cho các bệnh nhân này.

Mục đích: Đánh giá hiệu quả giảm đau của phương pháp sử dụng sóng cao tần xung tác động hạch rễ lưng để điều trị hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng cùng mạn tính và khảo sát một số yếu tố liên quan ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 58 bệnh nhân đau kiểu rễ thần kinh thắt lưng cùng mạn tính đã được điều trị sóng cao tần xung tác động hạch rễ lưng tại khoa Ngoại CTCH Bệnh viện Thanh Nhàn từ 6/2021 đến 12/2021. Các bệnh nhân đều được chọc kim đầu đốt cao tần tới vị trí hạch rễ lưng dưới hướng dẫn của màn tăng sáng trong phòng mổ và phát xung PRF với thời gian 4 phút, điện thế 45 v và nhiệt độ tại đầu đốt 42 độ C. Hiệu quả giảm đau được đánh giá bằng thang điểm NRS tại các thời điểm trước can thiệp, ngay sau can thiệp, 1 tháng và 6 tháng sau can thiệp. Kết quả tốt được ghi nhận ở các bệnh nhân có mức giảm đau 50% so với trước can thiệp ở thời điểm 6 tháng. Thang điểm ODI được

sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống tại các thời điểm trên.

Kết quả: Điểm NRS trước can thiệp trung bình là $6,62 \pm 1,15$ giảm xuống còn $1,41 \pm 1,09$ ngay sau can thiệp ($p < 0,01$). Tại thời điểm 1 tháng là $1,41 \pm 1,09$ và 6 tháng sau can thiệp là $2,59 \pm 2,08$. Tại thời điểm 6 tháng có 65% bệnh nhân đạt mức giảm đau $> 50\%$ so với trước can thiệp. Điểm ODI giảm từ $3,31 \pm 0,8$ trước can thiệp còn $1,22 \pm 0,5$ tại thời điểm 1 tháng và $1,5 \pm 0,8$ tại 6 tháng sau can thiệp ($p < 0,01$)

Kết luận: Tác động hạch rễ lưng DRG là phương pháp chống đau can thiệp ít xâm lấn, có hiệu quả có ý nghĩa thống kê trong giảm đau và nâng cao chất lượng cuộc sống cho các bệnh nhân đau kiểu rễ thắt lưng cùng mạn tính. Không có biến chứng nào được ghi nhận trong nghiên cứu. Khảo sát các yếu tố liên quan cho thấy kết quả điều trị kém gặp ở nhóm bệnh nhân có tổn thương hẹp ngách bên và đường ra trên phim cộng hưởng từ cột sống.

Từ khóa: Sóng cao tần xung, đau kiểu rễ, hạch rễ lưng

SUMMARY

PULSED RADIOFREQUENCY OF THE DORSAL ROOT GANGLION FOR CHRONIC LUMBOSACRAL RADICULAR SYNDROME

Introduction: Approximately 20% of patients with chronic lumbosacral radicular syndrome do not respond to non-invasive treatment based on different pharmacological regimens physiotherapy and epidural steroid injections. Pulsed radiofrequency of the dorsal root ganglion (DRG) is proposed as an alternative treatment.

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Trung

Email: drphanspine72@gmail.com

ĐT:0913345111

Ngày nhận bài: 27/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 17/06/2022

Ngày duyệt bài:01/07/2022

Objective: To evaluate the pain release effect of pulsed radiofrequency of the DRG in patients with chronic lumbosacral radicular syndrome and survey related factors affecting the results of treatment.

Patients and method: 58 patients with chronic lumbosacral radicular syndrome received pulsed radiofrequency of the DRG, utilizing two cycles of 120 seconds, 45 V and 42 °C. Evaluation was carried out before and just after intervention, 1 month and 6 month later. NRS and ODI were applied. A reduction > 50% points in the numeric ranking scale (NRS) assessed at 6 month follow up was considered a satisfactory analgesic response. Oswestry Disability Index were calculated.

Results: The NRS decreased from $6,62 \pm 1,15$ before treatment to $1,41 \pm 1,09$ just after intervention ($p < 0.01$). And It was $1,88 \pm 1,88$ và $2,59 \pm 2,08$ at the 1 month and 6 months follow up. 65,5 % patients has pain release > 50% at six month follow up. The ODI were reduced from $3,31 \pm 0,8$ before intervention to $1,22 \pm 0,5$ at the 1 month and $1,5 \pm 0,8$ at the 6 month ($p < 0.01$).

Conclusions: DRG pulsed radiofrequency is less invasive proceduce but statistically significant reduction in NRS and improve quality of life in patients with chronic lumbosacral radicular syndrome. The poor outcomes were observed in patients with lateral stenosis on MRI.

Key word: Pulse radio frequency (PRF), Radicular pain, Dorsal root ganglion (DRG)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng cùng có đặc điểm là đau thắt lưng lan đến một hoặc nhiều vùng chi phối cảm giác da của các rễ thần kinh thắt lưng hoặc cùng cụt, hay còn gọi đau thần kinh toạ. Sinh bệnh học của loại đau này là do viêm hoặc chèn ép cơ học vào các rễ thần kinh liên quan [2,6]. Nguyên nhân thường do thoát vị đĩa đệm ở tuổi dưới 50 và các nguyên nhân do thoái hoá như hẹp ống

sống hoặc hẹp lỗ tiếp hợp ở tuổi trên 50. Tuy nhiên tới 90% các trường hợp đau lưng có kèm theo hội chứng rễ không tìm thấy nguyên nhân đặc hiệu [2,6].

Khi các biện pháp điều trị bảo tồn (thuốc, vật lý trị liệu...) thất bại thì các biện pháp chống đau can thiệp sẽ được cân nhắc. Tiêm corticoid ngoài màng cứng là một biện pháp đã được sử dụng rộng rãi và thường xuyên dựa trên tác dụng chống viêm tại xung đột đĩa – rễ. Tuy nhiên khoảng 20% bệnh nhân đau rễ không đáp ứng với phương pháp điều trị này [1], nguyên nhân thường do các chèn ép cơ học nặng nề hoặc các tiến triển rối loạn mạn tính của dẫn truyền thần kinh tại hạch rễ.

Chỉ định phẫu thuật được đặt ra khi điều trị bảo tồn thất bại hoặc có các dấu hiệu thiếu hụt thần kinh tiến triển. Tuy nhiên phẫu thuật cũng có những hạn chế như tuổi, tình trạng bệnh lý toàn thân của bệnh nhân, thậm chí là sự e ngại của bệnh nhân với phẫu thuật. Trong những trường hợp không có chỉ định phẫu thuật tuyệt đối thì có một sự lựa chọn thay thế là sử dụng sóng cao tần xung PRF tác động vào hạch rễ lưng để điều trị hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng cùng. Rất nhiều báo cáo về ứng dụng này đã được công bố trên thế giới cả ở cổ và thắt lưng cũng như các kiểu đau khác. Dựa vào các bằng chứng y học đã công bố, tỷ lệ giảm đau và cải thiện chức năng đạt từ 50-60% và không có biến chứng [1,3]

Tại bệnh viện Thanh Nhàn chúng tôi đã triển khai kỹ thuật này từ năm 2020 và nhận thấy các kết quả khả quan trên lâm sàng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích:

Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng đau kiểu rễ thắt lưng cùng bằng sóng cao tần xung (PRF) tác động vào hạch rễ lưng và

khảo sát một số yếu tố liên quan ảnh hưởng đến kết quả điều trị

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng cùng được điều trị bằng phương pháp sóng cao tần xung ngắt quãng qua da (PRF) tại khoa CTCH BV Thanh Nhàn từ tháng 6 /2021 đến tháng 12/2021

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng cùng mạn tính (> 3 tháng)

- Các bệnh nhân này được thăm khám lâm sàng có hình ảnh học: Xquang, cắt lớp vi tính và hoặc cộng hưởng từ hạt nhân, có các xét nghiệm tiền phẫu, bệnh án và cách thức phẫu thuật đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Rối loạn đông, chảy máu.
- Đang có nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân.
- BN có bệnh lý đau cột sống và cơ xương khớp cấp tính (< 3 tháng).
- BN đau do tổn thương viêm thần kinh, đĩa đệm và tổ chức phần mềm lân cận đặc hiệu hoặc không đặc hiệu.
- BN đau do các tổn thương U thần kinh, tủy sống nguyên phát hoặc thứ phát.
- BN có các dấu hiệu thần kinh tiến triển như hội chứng đuôi ngựa, liệt rễ...

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, không nhóm chứng, theo dõi dọc.

Kỹ thuật:

- Thủ thuật được thực hiện tại phòng mổ, bệnh nhân ở tư thế nằm sấp
- Đường truyền tĩnh mạch và đặt máy theo dõi các chỉ số sinh tồn cơ bản
- Máy C-Arm (màn tăng sáng trong phòng mổ) được sử dụng ở các tư thế trước-sau,

bên-bên và chếch để xác định vị trí hạch rễ sau tại lỗ liên hợp dựa vào các mốc giải phẫu xương trên màn tăng sáng

- Máy phát sóng cao tần Top Neuropole SC xuất xứ Nhật Bản

- Kim chọc loại tích hợp đầu phát sóng cao tần với kênh tiêm thuốc dài 15 - 20 cm được sử dụng tùy theo size của bệnh nhân

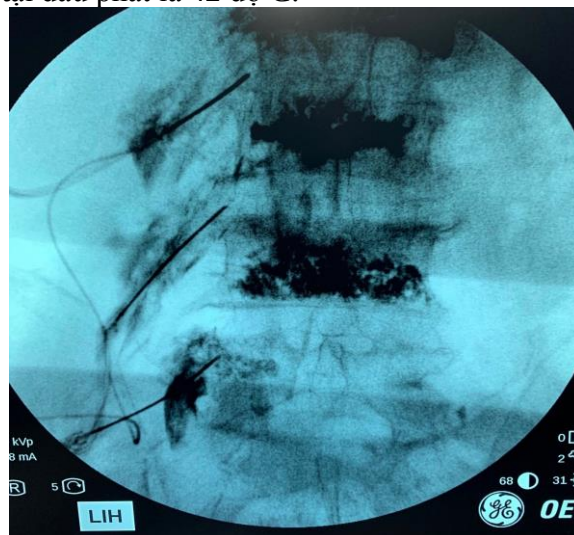
- Điểm đích của đầu kim chọc là vị trí trước trên của hạch rễ lưng tại lỗ liên hợp lựa chọn

- Đối với rễ hạch rễ S1, kim sẽ chọc vào lỗ cùng thứ nhất, độ sâu của kim thường đạt tới mức đường giữa bề dày của xương cùng nhìn ở tư thế C – Arm bên - bên.

- Kiểm tra đáp ứng của hạch rễ bằng chế độ kích thích cảm giác (đạt khi đáp ứng dương tính ở mức 0,3 đến 0,6 V) và kích thích vận động nên đáp ứng âm tính ở hiệu điện thế ít nhất gấp đôi kích thích cảm giác (1,2 – 1,5 V)

- Tiêm khoảng 1 ml dung dịch nước muối sinh lý để giảm bớt trở kháng tổ chức.

- Liệu trình phát xung PRF được thực hiện trong 4 phút ở hiệu điện thế 45 V và nhiệt độ tại đầu phát là 42 độ C.



Ảnh 1: Can thiệp PRF hạch rễ 3 tầng L2,L3,L4 tại Bv Thanh Nhàn

Đánh giá kết quả điều trị

- Sử dụng thang điểm Numeric ranking scale (NRS): 0 – 10 (0: Không đau, 10: Cảm giác đau nhất). Để đánh giá mức độ đau tại các thời điểm trước can thiệp, ngay sau can thiệp, 1 tháng và 6 tháng sau can thiệp.

- Sử dụng thang điểm Oswestry Disability Index (ODI) score (chia 5 độ từ 0 – 100%) để đánh giá chỉ tiêu về chất lượng cuộc sống tại các thời điểm: Trước can thiệp, sau can thiệp 1 và 6 tháng

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

- 58 bệnh nhân, Nam 20 (34,5%), Nữ 38 (65,5%). Tuổi TB $58,07 \pm 14,421$ (cao nhất 89, nhỏ nhất 27).

- Thời gian đau TB: $6,38 \pm 3,25$ (tháng). Cao nhất 18 tháng, nhỏ nhất 2 tháng

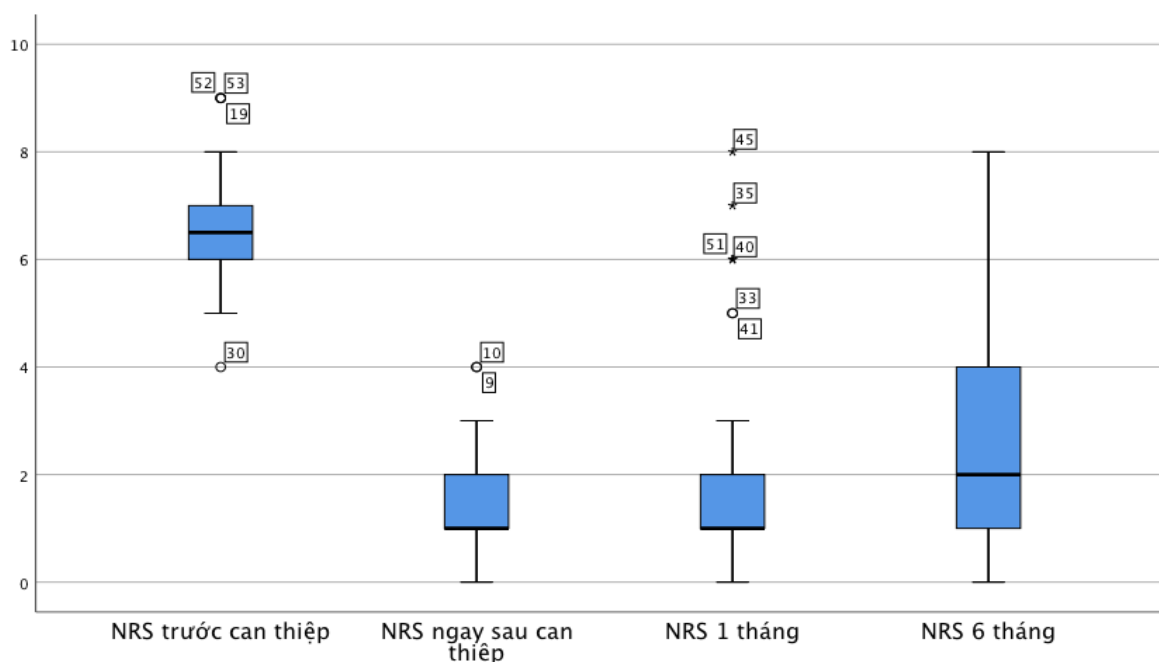
- 43 BN can thiệp 1 hạch rỗ, 11 BN can thiệp 2 hạch rỗ và 4 Bn can thiệp 3 hạch rỗ.

- Không có biến chứng nào được ghi nhận

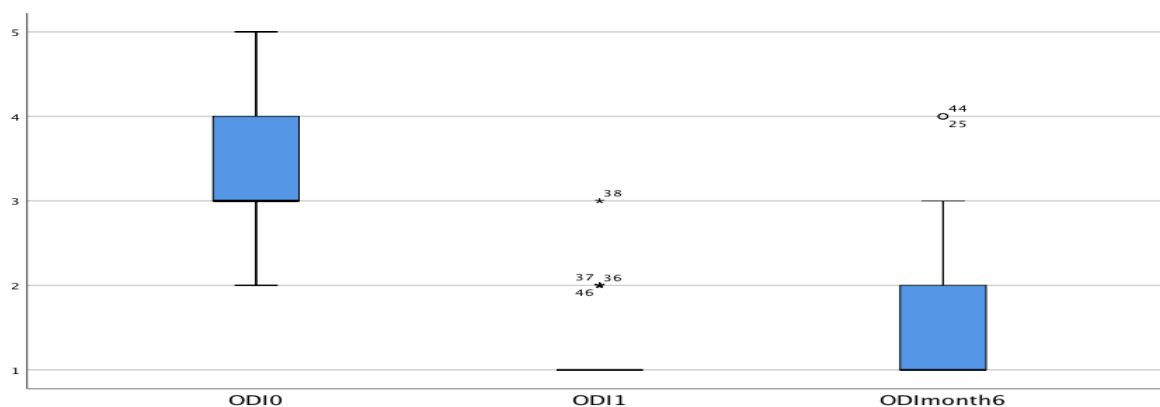
- Kết quả điều trị:

Điểm NRS trung bình trước can thiệp là $6,62 \pm 1,152$, giảm mạnh ngay sau can thiệp $1,41 \pm 1,093$. Tăng tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng ($1,88 \pm 1,883$ và $2,59 \pm 2,078$) (Biểu đồ 1). Có thể nhận thấy ngay sau can thiệp hiệu quả giảm đau đạt rất nhanh, điều đó cho thấy hiệu quả giảm đau tức thời của tác động PRF lên hạch thần kinh là thực tế đáng ghi nhận. Dù giá trị trung bình như nhau nhưng tại thời điểm 1 tháng đã có một số bn đau lại. Tuy nhiên đến thời điểm 6 tháng, số bệnh nhân giảm đau từ 50% trở lên vẫn đạt 65,5%.

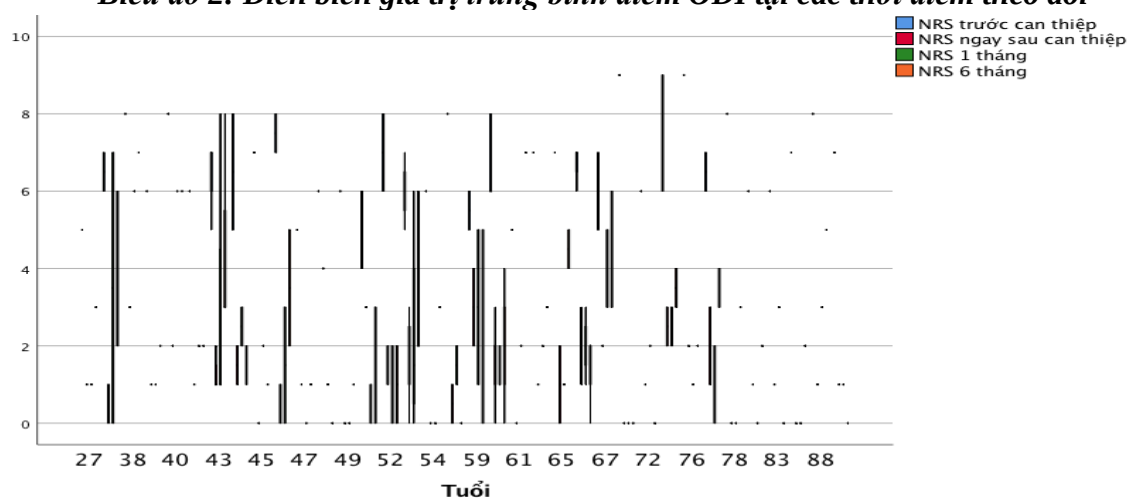
Đánh giá theo thang điểm ODI cũng cho thấy có sự cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống, nhất là ở thời điểm can thiệp sau 1 tháng (Biểu đồ 2). Điểm ODI trung bình trước can thiệp là $3,31 \pm 0,82$, thời điểm 1 tháng sau can thiệp là $1,22 \pm 0,46$ và 6 tháng sau can thiệp là $1,50 \pm 0,80$.



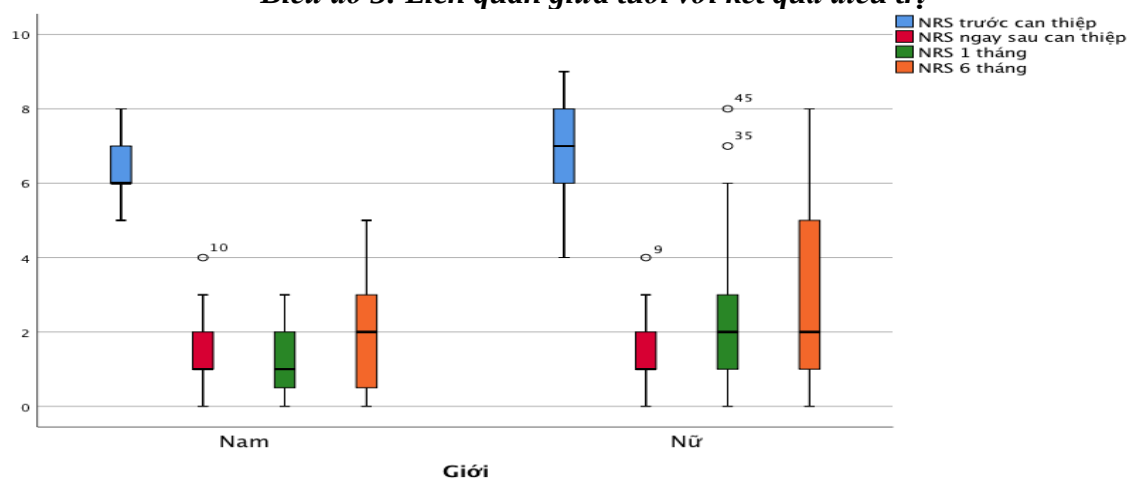
Biểu đồ 1: Diễn biến giá trị trung bình điểm NRS tại các thời điểm theo dõi



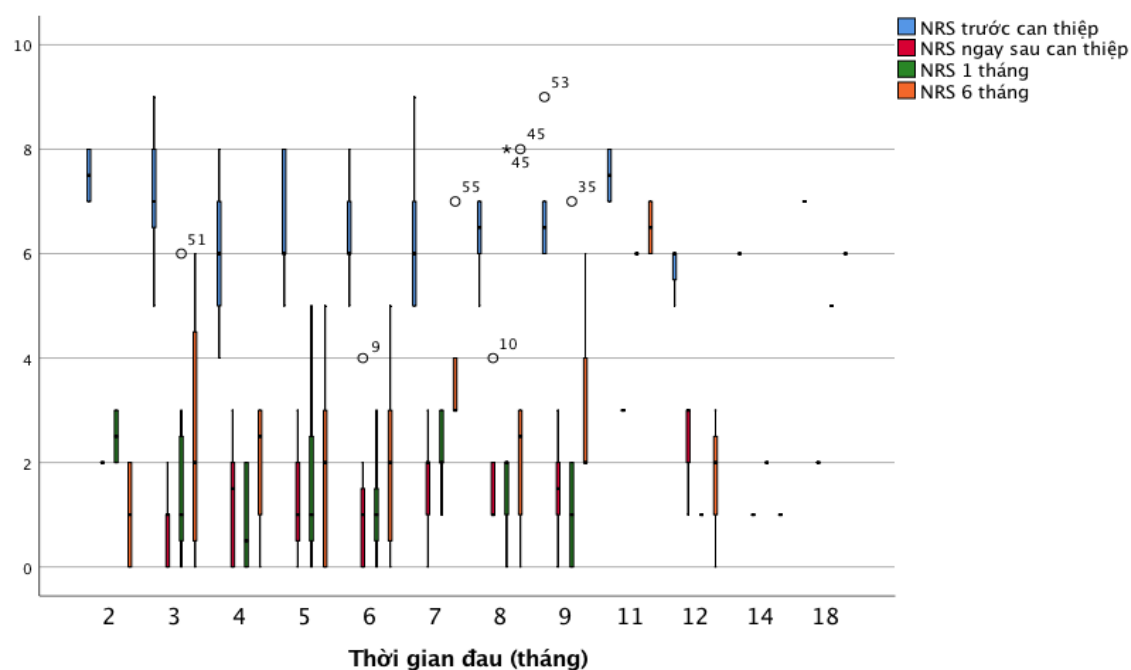
Biểu đồ 2: Diễn biến giá trị trung bình điểm ODI tại các thời điểm theo dõi



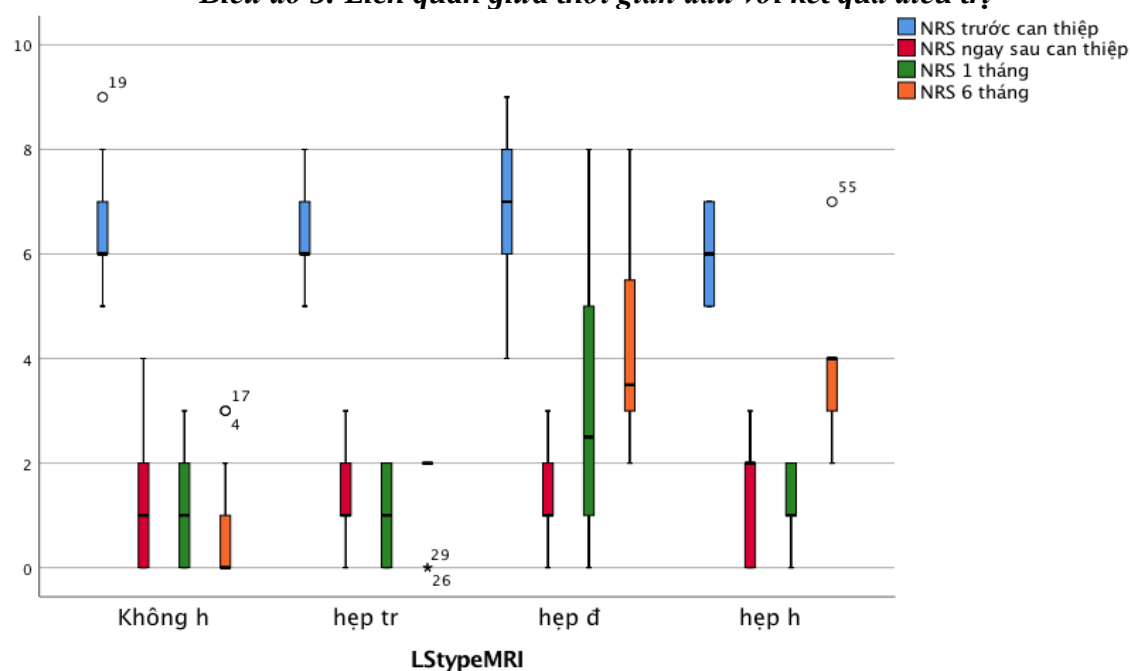
Biểu đồ 3: Liên quan giữa tuổi với kết quả điều trị



Biểu đồ 4: Liên quan giữa giới với kết quả điều trị



Biểu đồ 5: Liên quan giữa thời gian đau với kết quả điều trị



Biểu đồ 6: Liên quan giữa kiểu hẹp ống sống trên MRI với kết quả điều trị

Phân tích một số yếu tố liên quan: Khi khảo sát các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị, chúng tôi nhận thấy các yếu tố tuổi, giới, thời gian mắc không có liên quan rõ ràng đến kết quả điều trị (Biểu đồ 3). Tuy nhiên khi khảo sát mối liên quan giữa mức độ và kiểu hẹp ống sống trên phim MRI với kết quả điều trị thì thấy các nhóm có diễn biến điểm NRS trung bình tương đối đồng nhất, tuy nhiên chỉ có nhóm hẹp đường ra là điểm NRS tăng mạnh ở thời điểm 1 tháng và 6 tháng (Biểu đồ 4). Như vậy, trong các kiểu hẹp trên MRI, nhóm không có hẹp có kết quả tốt nhất, nhóm hẹp đường ra (ngách bên và lỗ liên hợp) có kết quả kém nhất và 3 trường hợp trong nhóm này phải chỉ định phẫu thuật giải ép và có kết quả sau phẫu thuật tốt.

Cho tới nay, có 23 nghiên cứu được công bố về hiệu quả giảm đau của PRF tác động vào hạch rễ lưng (DRG) khi điều trị hội chứng đau rễ thắt lưng cùng bao gồm các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm, hẹp ống sống và đau sau phẫu thuật (FBSS). Trong đó có 5 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng, 6 nghiên cứu quan sát, mô tả tiền cứu 10 nghiên cứu mô tả hồi cứu và 2 báo cáo ca lâm sàng. Trong các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, Simopoulos và cộng sự (2008) đã đánh giá hiệu quả của liệu pháp can thiệp phối hợp PRF và CRF, cả hai nhóm can thiệp PRF (37 bệnh nhân) và nhóm phối hợp (39 bệnh nhân) đều có kết quả giảm đau tốt và không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Tuy nhiên ở nhóm có phối hợp thêm CRF có kết quả thời gian giảm đau trung bình kéo dài hơn 3,2 – 4,4 tháng. Shanthana và cộng sự (2014) ghi nhận kết quả giảm đau tốt hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp PRF (14

bệnh nhân) so với nhóm chứng (15 bệnh nhân). Koh và cộng sự (2015) đã nhận thấy nếu kết hợp PRF và TFESI có kết quả tốt hơn nếu TFESI đơn thuần ghi nhận ở thời điểm 3 tháng sau can thiệp. Lee và cộng sự (2016) đã thông báo ở cả hai nhóm can thiệp PRF vào hạch rễ (9 bệnh nhân) và TFESI (11 bệnh nhân) đều có kết quả giảm đau tốt tại các thời điểm 2,4,8 và 12 tuần sau can thiệp với cùng mức độ giảm đau ở hai nhóm. Chang và cộng sự (2017) đã so sánh hiệu quả của PRF đơn cực và PRF lưỡng cực ở 40 bệnh nhân tác động vào hạch rễ nhận thấy hiệu quả giảm đau ở nhóm sử dụng PRF lưỡng cực tốt hơn có ý nghĩa thống kê.

6 nghiên cứu mô tả tiền cứu cũng đưa ra kết quả PRF có hiệu quả giảm đau tốt cho hội chứng rễ thắt lưng cùng (37,39,45,46,49,50). Lee và cộng sự thực hiện can thiệp PRF lưỡng cực vào hạch rễ trên 23 bệnh nhân có hội chứng đau kiểu rễ thắt lưng cùng nhưng không đáp ứng điều trị với PRF đơn cực và tiêm ngoài màng cứng. Kết quả là điểm NRS trung bình giảm từ 6 xuống 3,4 tại 3 tháng sau can thiệp, 12 bệnh nhân (52,2%) phản hồi mức độ giảm đau tốt (>50%).

10 nghiên cứu mô tả hồi cứu và 2 báo cáo ca lâm sàng cũng đưa ra các kết quả khả quan. Abejon và cộng sự (2007) thông báo kích thích PRF có hiệu quả trong giảm đau rễ thắt lưng cùng do nguyên nhân thoát vị đĩa đệm. Tuy nhiên kết quả đáp ứng với PRF không tốt ở nhóm bệnh nhân đau sau phẫu thuật. Park và Lee (2019) đã đánh giá kết quả điều trị 82 bệnh nhân đau kiểu rễ sau phẫu thuật và ghi nhận PRF có hiệu quả giảm đau kém ở các bệnh nhân này. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 bệnh nhân đau sau

phẫu thuật giải ép và hàn liên thân đốt CSTL trước đó và cả hai bệnh nhân này đều có kết quả kém sau can thiệp.

Mặc dù phần lớn các nghiên cứu đánh giá kết quả giảm đau của PRF với hội chứng rễ thắt lưng cùng là rất khả quan ngoại trừ có 2 báo cáo của Shantana và cộng sự (2014) và Abejon (2007) ở nhóm bệnh nhân đau sau mổ (FBSS) là có kết quả hạn chế. Dù vậy, có thể kết luận rằng kích thích PRF mang lại lợi ích trong điều trị hội chứng đau rễ thắt lưng cùng, tuy nhiên cần nhiều nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng có nhóm chứng nữa để khẳng định vai trò của PRF và các nghiên cứu trong tương lai cũng nên nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị của PRF trên lâm sàng.

VI. KẾT LUẬN

Phương pháp sử dụng sóng cao tần dạng xung PRF tác động hạch rễ lưng trong điều trị hội chứng đau rễ thắt lưng cùng có hiệu quả giảm đau tốt ngay sau điều trị và duy trì kéo dài. Đây là một giải pháp điều trị ít xâm lấn, thời gian nằm viện ngắn, an toàn, tránh được các tác dụng phụ khi dùng thuốc kéo dài. Tuy nhiên các bệnh nhân có hẹp ống sống ở đường ra của rễ (ngách bên và lỗ liên hợp) có đáp ứng giảm đau kém với phương

pháp này. Không có biến chứng nào được ghi nhận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Van Boxem K, van Bilsen J, de Meij N, et al.** Pulsed radiofrequency treatment adjacent to the lumbar dorsal root ganglion for the management of lumbosacral radicular syndrome: a clinical audit. *Pain Med.* 2011;12(9):1322–1330.
2. **Koes BW, Van Tulder M, Thomas S.** Diagnosis and treatment of low back pain. *Bmj.* 2006;332(7555):1430–1434.
3. **Abejón D, Garcia-del-Valle S, Fuentes ML, et al.** Pulsed radiofrequency in lumbar radicular pain: clinical effects in various etiologic groups. *Pain Pract.* 2007;7(1):21–26.
4. **Valat JP, Genevay S, Marty M, et al.** Sciatica. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010;24(2):241–252.
5. **National Institute for Health and Care Excellence.** Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management; 2016. (NICE QS No. 155). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs155>
6. **Bronfort G, Hondras MA, Schulz CA, et al.** Spinal manipulation and home exercise with advice for subacute and chronic back-related leg pain: a trial with adaptive allocation. *Ann Intern Med.* 2014;161 (6):381–391.

PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN SỚM: BÁO CÁO NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Thị Ngọc Bích*, Kiều Tiên Quyết*, Đặng Thuỳ Trang*

TÓM TẮT

Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đang trở thành một lựa chọn phổ biến hơn cho nhiều ca phẫu thuật phụ khoa, nó giảm mất máu trong phẫu thuật và thời gian nằm viện sau phẫu thuật cũng như thời gian phục hồi nhanh hơn. Điều đó thúc các nhà ung thư phụ khoa tìm cách thực hiện các ca mổ mở truyền thống thông qua nội soi. Vì những lợi ích trên mà phẫu thuật cắt tử cung nội soi ngày càng được nhiều nhà ung thư phụ khoa sử dụng.

Từ khoá: ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm, phẫu thuật nội soi, cắt tử cung, phẫu thuật mổ mở,...

SUMMARY

LAPAROSCOPIC RADICAL HYSTERECTOMY FOR EARLY STAGE CERVICAL CANCER: A CASE REPORT

Minimally invasive surgery is becoming a more popular option for many gynecological surgeries, because of its decrease in operative blood loss and length of stay after surgery as well as faster recovery time. Gynecologic oncologists have sought to perform traditionally open cases through laparoscopy. Because of benefits like these, laparoscopic radical hysterectomy is

becoming a more popular option in treatment early stage cervical cancer by Gynecologic oncologists because of its advantages.

Keyword: early stage cervical cancer, laparoscopic, hysterectomy, laparotomy,...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là ung thư phổ biến thứ 3 trong các ung thư phụ khoa và thứ 8 trong các loại ung thư tại Mỹ. Tại Việt Nam, ung thư cổ tử cung là một trong năm ung thư thường gặp ở phụ nữ và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Hiện nay nhờ sự phát triển của khoa học, kinh tế, trình độ dân trí, các phương pháp sàng lọc ung thư cổ tử cung như: PAP smear, tế bào nhúng dịch, thin – prep, đặc biệt là kết hợp sàng lọc HPV – DNA, soi cổ tử cung ngày càng được sử dụng phổ biến đã giúp phát hiện và chẩn đoán ra rất nhiều ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm. Vào đầu những năm 90, phương pháp mổ mở cắt tử cung triệt để kết hợp với nạo vét hạch vùng chậu đã được phát triển để điều trị ung thư cổ tử cung nhưng vì còn nhiều biến chứng nên chưa được áp dụng phổ biến. Cùng với sự phát triển của kháng sinh, truyền máu, và gây mê, phẫu thuật đã trở nên phổ biến trong ung thư cổ tử cung giai đoạn đầu và được sử dụng phổ biến ở 115 quốc gia trên thế giới. Đến những năm 1990 các nhà ung thư phụ khoa bắt đầu đưa kỹ thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn và vét hạch chậu vào trong điều trị ung thư, phải

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Kiều Tiên Quyết

Email: quyet.hmu@gmail.com

ĐT: 0981468129

Ngày nhận bài: 20/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 14/06/2022

Ngày duyệt bài: 28/06/2022

đến năm 2004 với những phát triển của kỹ thuật nội soi và công nghệ cho thấy sự khả thi và an toàn thì phẫu thuật nội trong điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm mới được áp dụng và đưa vào các khuyến cáo. Từ đó đến nay qua tổng kết người ta đã thấy rằng việc phẫu thuật nội soi cắt tử cung triệt để kèm nạo vét hạch chậu trong giai đoạn sớm của UTCTC mang lại nhiều ưu điểm vượt trội như thời gian phẫu thuật, lượng máu mất ít hơn, thời gian hồi phục nhanh hơn, nằm viện ngắn hơn, ít tai biến hơn phẫu thuật mở ổ bụng ngày càng được áp dụng rộng rãi.

Tại Việt Nam khi mà các bệnh viện chuyên khoa đầu ngành đã áp dụng nội soi trong điều trị ung thư phụ khoa và có các báo cáo chất lượng thì các khoa sản trong bệnh viện đa khoa như khoa sản bệnh viện Thanh Nhàn mới từng bước áp dụng và nắm vững kỹ thuật nội soi để điều trị cho các bệnh nhân ung thư phụ khoa giai đoạn sớm. Đặc biệt với phẫu thuật nội soi cắt tử cung và vét hạch chậu không nhiều khoa sản trong các viện đa khoa có thể làm được. Nhân đây chúng tôi xin trình bày một trường hợp ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm được điều trị tại khoa Sản của Bệnh viện Thanh Nhàn bằng kỹ thuật nội soi cắt tử cung và vét hạch chậu.

II. MÔ TẢ CA BỆNH

Bệnh nhân 65 tuổi, PARA 2022, mãn kinh 10 năm, BMI 22.6. Tiền sử: tăng huyết áp phát hiện 6 năm, điều trị thường xuyên bằng amlordipin 5mg/ng. Bệnh nhân ra máu âm đạo 1 ngày đi khám.

Khám bằng mỏ vịt: âm đạo nhẵn, không có khối. Cổ tử cung kích thước bình thường, cứng, vị trí 12 giờ có hình ảnh tăng sinh mạch kt 0.5x1cm, tử cung kích thước bình

thường, di động tốt. 2 phần phụ không có khối bất thường. Cùng đồ mềm, không thâm nhiễm.

Bệnh nhân được làm PAP smear: kết quả tổn thương tế bào vảy mức độ cao (HSIL). Bệnh nhân được soi cổ tử cung và sinh thiết cổ tử cung kết quả: ung thư biểu mô vảy kém biệt hoá.

Siêu âm vùng chậu: tử cung kích thước bình thường, phần phụ 2 bên bình thường, niêm mạc tử cung dày 3mm, cổ tử cung dài 34mm, không có khối bất thường. MRI tiểu khung: Thành trước cổ tử cung có nốt giảm tín hiệu trên T1W kích thước 10x20mm, ngấm mạnh thuốc đối quang từ sau tiêm, không xâm lấn dây chằng rộng, không xâm lấn 1/3 trên âm đạo, cùng đồ, bàng quang, trực tràng bình thường, không thấy hình ảnh hạch tiểu khung

Chẩn đoán trước phẫu thuật: Ung thư cổ tử cung giai đoạn IB1/ Tăng huyết áp.

Bệnh nhân được chỉ định cắt tử cung hoàn toàn, 2 phần phụ và vét hạch chậu 2 bên.

Thực hiện phẫu thuật: Đầu tiên, cắt dây chằng tròn bên phải tại vị trí sát thành chậu, bóc tách phúc mạc bộc lộ niệu quản bên phải, bóc tách bạch huyết bên phải theo thứ tự: hạch quanh động mạch chậu chung, quanh động mạch chậu ngoài, hạch hố bịt, hạch quanh mạch chậu trong, thất động mạch tử cung phải. Quy trình được lặp lại tương tự với bên trái tử cung. Bóc tách bàng quang và trực tràng. Cắt tử cung, lấy bệnh phẩm qua đường âm đạo, đóng móm cắt qua nội soi.

Tổng lượng máu mất 100ml.

Tổng thời gian phẫu thuật 195 phút.

Kết quả giải phẫu bệnh: Ung thư biểu mô tế bào vảy xâm nhập $\frac{1}{2}$ lớp cơ cổ tử cung,

bên phải có 1/8 hạch có ung thư biểu mô tế bào vảy di căn, bên trái có 7/7 hạch không có tế bào ác tính.

Bệnh nhân được theo dõi và điều trị kháng sinh tại viện 5 ngày, và khám lại sau 30 ngày không có biến chứng.

IV. BÀN LUẬN

Cắt tử cung triệt để vẫn là phương pháp được lựa chọn trong điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn đầu [1] trong đó phương pháp xâm lấn tối thiểu để cắt tử cung triệt để trở thành lựa chọn ngày càng phổ biến hơn vì giảm mất máu trong phẫu thuật và thời gian lưu lại sau phẫu thuật cũng như thời gian phục hồi nhanh hơn[2].

Khi đánh giá số lượng hạch vét được qua nội soi người ta thấy rằng không có sự khác biệt về số lượng hạch vét được ở hai hố chậu và di căn hạch vi thể. Thật vậy trong nghiên cứu của Michael Frumovitz và cộng sự báo cáo so sánh giữa mổ nội soi và mổ bụng ở bệnh nhân UTCTC giai đoạn sớm thì số hạch vét được qua nội soi trung bình là 15.3 hạch, trung bình hạch bên phải là 6.3 hạch, bên trái 7.2 hạch thì không thấy sự khác biệt về số lượng hạch vét được ở hai hố chậu và tỉ lệ di căn trên vi thể (14%). Trong nghiên cứu này cũng cho thấy không có sự khác biệt trong các mẫu bệnh phẩm thu được từ tổ chức lấy giữa hai nhóm phẫu thuật mổ mở và mổ nội soi, thêm vào đó cũng không có sự khác biệt tỉ lệ phát hiện ung thư ở hạch vét được[3]. Hiện nay khi với sự xuất hiện của công nghệ ICG (Indocyanine Green) trong phẫu thuật ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm giúp xác định hạch tiền tiêu (hạch cửa), qua sinh thiết

hạch cửa chúng ta đánh giá được mức độ, giai đoạn ung thư từ đó giúp giảm thời gian phẫu thuật, giảm biến cố, giảm can thiệp không cần thiết cho bệnh nhân.

Tổng thời gian phẫu thuật nội soi trong nhiều nghiên cứu thấp hơn nhiều hoặc ngang bằng thời gian mổ mở [4] điều này rất có ý nghĩa đặc biệt ở nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi

Theo ghi nhận từ các kết quả nghiên cứu, mất máu trong phẫu thuật nội soi xu hướng ít hơn so với mổ bụng truyền thống. Đây cũng là lý do khiến nhiều bác sỹ phẫu thuật bắt đầu chuyển sang sử dụng mổ nội soi, nó cũng cho thấy phẫu thuật nội soi ổ bụng là phương pháp thay thế an toàn. Khi đánh giá lượng máu mất, Taylor và CS thấy rằng trung bình trong mổ nội soi mất khoảng 161,11ml thấp hơn nhiều so với 394 ml của mổ bụng, không có trường hợp nào phải truyền máu[4], trong nghiên cứu của Frumovitz, Yan X cũng cho kết quả tương tự[5][6].

Các nghiên cứu cũng không ghi nhận các trường hợp xuất hiện di căn tại chân trocar. Các biến chứng sau phẫu thuật thường được nhắc đến như sốt, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng đường niệu, viêm phổi, abscess ổ bụng.. đều thấp hơn ở nhóm mổ nội soi.

Phương pháp nội soi giúp giảm thời gian nằm viện, mức độ đau giảm, cải thiện kiểm soát đau sau mổ tốt hơn so với mổ bụng truyền thống[7]

V. KẾT LUẬN

Kết quả của nhiều nghiên cứu và kinh nghiệm của các nhà ung thư phụ khoa đã chỉ

ra rằng nội soi ổ bụng là phương pháp thay thế khả thi cho phẫu thuật mở bụng cắt tử cung triệt để, vét hạch chậu trong điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm. Phương pháp này nên được xem xét để điều trị cho bất kỳ phụ nữ nào bị ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wright JD, Herzog TJ, Neugut AI, et al.** Comparative effectiveness of minimally invasive and abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *Gynecologic oncology*. 2012;127(1):11–17.
2. **Nam JH, Park JY, Kim DY, et al.** Laparoscopic versus open radical hysterectomy in early-stage cervical cancer: long-term survival outcomes in a matched cohort study. *Ann Oncol*. 2012;23(4):903–911.
3. **Taylor SE, McBee WC Jr, Richard SD, et al.** Radical hysterectomy for early stage cervical cancer: laparoscopy versus laparotomy. *JSL*. 2011;15(2):213–217.
4. **Vũ Bá Quyết et al.** Phẫu thuật nội soi trong ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm, Tạp chí phụ sản – 15(02), 152-157, 2017
5. **Frumovitz M, dos Reis R, Sun CC, et al.** Comparison of total laparoscopic and abdominal radical hysterectomy for patients with early-stage cervical cancer. *Obstet Gynecol*. 2007;110:96–102
6. **Yan X, Li G, Shang H, Wang G, Chen L, Han Y.** Complications of laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy—experience of 117 patients. *Int J Gynecol Cancer*. 2009. July;19(5):963–967
7. **Wright JD, Herzog TJ, Neugut AI, et al.** Comparative effectiveness of minimally invasive and abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *Gynecologic oncology*. 2012;127(1):11–17.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA THUỐC SORAFENIB TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT GIAI ĐOẠN TIẾN XA

Nguyễn Thành Vinh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị, một số tác dụng không mong muốn của sorafenib trên bệnh nhân ung thư gan nguyên phát giai đoạn tiến xa.

Đối tượng và phương pháp: 35 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư gan giai đoạn tiến xa điều trị bằng sorafenib tại khoa ung bướu Bệnh viện Thanh Nhàn từ 1/2018 đến 12/2021.

Kết quả: Thời gian sống toàn bộ trung vị là 7,2 tháng. Thời gian sống bệnh không tiến triển trung vị 5,4 tháng. Tỷ lệ đáp ứng khối u một phần: 17,1%, bệnh giữ nguyên: 60,0%, bệnh tiến triển: 22,9%. Các độc tính thường gặp: phản ứng da tay chân (34,2%), mệt mỏi (28,6%), tăng men gan (28,5%).

Kết luận: Sorafenib có hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân ung thư gan giai đoạn tiến xa.

Từ khóa: Sorafenib, ung thư gan nguyên phát.

SUMMARY

ASSESSMENT OF TREATMENT EFFICACY OF ADVANCED HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS TREATED WITH SORAFENIB

Objectives: Assessing the efficacy and adverse events of sorafenib treatment in

advanced hepatocellular carcinoma patients.

Methods: 35 patients of advanced hepatocellular carcinoma treated by sorafenib at Thanh Nhan hospital from 1/2018 to 12/2021.

Results: The median overall survival was 7.2 months. The median progression free survival (PFS) was 5.4 months. The partial response: 17,1%, stable disease: 60,0 %, progressive disease: 22,9%.. Common toxicities includes hand-foot skin reaction (34.2%), fatigue (28.6%) and elevated liver enzymes (28.5%).

Conclusion: Sorafenib has approved efficacy and safety for advanced hepatocellular carcinoma.

Keywords: Sorafenib, hepatocellular carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan nguyên phát hay ung thư biểu mô tế bào gan, đứng thứ 6 về tỷ lệ mắc, đứng thứ 2 về tỷ lệ tử vong trên toàn cầu. Theo Globocan 2018 mỗi năm trên thế giới có 841.080 ca mắc mới, tiên lượng bệnh xấu, tỷ lệ tử vong gần tương đương với tỷ lệ mắc [1]. Tại Việt Nam, ung thư biểu mô tế bào gan nằm trong ba loại ung thư phổ biến nhất, có tỷ lệ tử vong cao nhất.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị với ung thư gan giai đoạn sớm. Đối với giai đoạn trung gian không mổ được, điều trị tại chỗ bằng TACE, RFA... Hóa trị ung thư tế bào gan đến nay chưa cho thấy hiệu quả rõ rệt. Các nghiên cứu để tìm ra phương pháp điều trị mới dựa trên đặc điểm sinh học phân tử

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Vinh

Email: dr.ntvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2022

Ngày duyệt bài: 25/6/2022

được thực hiện từ những năm 1970. Đến năm 2007, sorafenib đã chứng minh được lợi ích làm tăng tỷ lệ đáp ứng và kéo dài thời gian sống thêm qua hai nghiên cứu SHARP và AP [2][3]. Tại Việt Nam, sorafenib với tên thương mại là Nexavar do công ty Bayer sản xuất, được Bộ Y Tế cấp phép nhập khẩu và sử dụng cho những bệnh nhân ung thư tế bào gan từ 2009. Tuy nhiên cho đến nay có ít nghiên cứu về hiệu quả của thuốc. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá kết quả điều trị của thuốc sorafenib trên bệnh nhân ung thư gan nguyên phát” tại khoa ung bướu, Bệnh viện Thanh Nhàn, với hai mục tiêu nghiên cứu sau:

1. *Đánh giá kết quả điều trị của sorafenib trên bệnh nhân ung thư gan giai đoạn tiến xa tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2018 đến 12/2021.*

2. *Nhận xét một số tác dụng không mong muốn của thuốc.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

35 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư gan nguyên phát giai đoạn tiến xa điều trị bằng sorafenib tại khoa ung bướu Bệnh viện Thanh Nhàn từ 1/2018 đến 12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Được chẩn đoán ung thư gan theo hướng dẫn chẩn đoán của Bộ Y Tế Việt Nam [4]

+ Không còn chỉ định phẫu thuật hoặc sử dụng các phương pháp điều trị tại chỗ như nút mạch, đốt sóng cao tần.

+ Chức năng gan Child-Pugh A hoặc Child-Pugh B

+ Thể trạng chung còn tốt (chỉ số toàn trạng từ 0-2 điểm theo ECOG)

+ Chưa điều trị toàn thân trước đó

+ Có đầy đủ thông tin lâm sàng, cận lâm sàng (công thức máu, sinh hóa máu, chẩn đoán mô bệnh học, chẩn đoán hình ảnh)

+ Chức năng hệ tạo máu, chức năng gan trong giới hạn cho phép

✓ Hemoglobin > 90 g/l, số lượng bạch cầu hạt >1,0 G/l, số lượng tiểu cầu >75 G/l.

✓ Bilirubin toàn phần ≤ 2 lần giới hạn trên của mức bình thường.

✓ ALT và AST ≤ 5 lần giới hạn trên của mức bình thường

+ Có hồ sơ nghiên cứu đầy đủ, được theo dõi sau điều trị đến khi bệnh nhân tử vong hoặc hết thời gian nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

+ Khối u di căn từ nơi khác đến

+ Thể trạng chung yếu (chỉ số toàn trạng từ 3- 4 điểm theo ECOG)

+ Bệnh nhân bỏ dở điều trị hoặc mất theo dõi trong thời gian trước khi nghiên cứu kết thúc

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

Phương pháp chọn mẫu

Lấy mẫu thuận tiện

Kết quả điều trị:

✓ Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

+ Đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT): Tümör thương tích biến mất hoàn toàn sau điều trị.

+ Đáp ứng một phần (ĐUMP): Giảm trên 30% tổng đường kính lớn nhất của các tổn thương đích so với tổng đường kính lớn nhất các tổn thương ban đầu.

+ Bệnh giữ nguyên (BGN): Không có đủ

tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng một phần và cũng không đủ tiêu chuẩn đánh giá bệnh tiến triển so với tổng đường kính lớn nhất ở mức thấp nhất từ lúc bắt đầu điều trị.

+ Bệnh tiến triển (BTT): Tăng ít nhất 20% tổng đường kính lớn nhất của các tổn thương

đích so với tổng đường kính lớn nhất các tổn thương được ghi nhận từ lúc bắt đầu điều trị.

✓ Đánh giá thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS)

✓ Đánh giá thời gian sống toàn bộ (OS).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Phân bố tuổi và giới tính

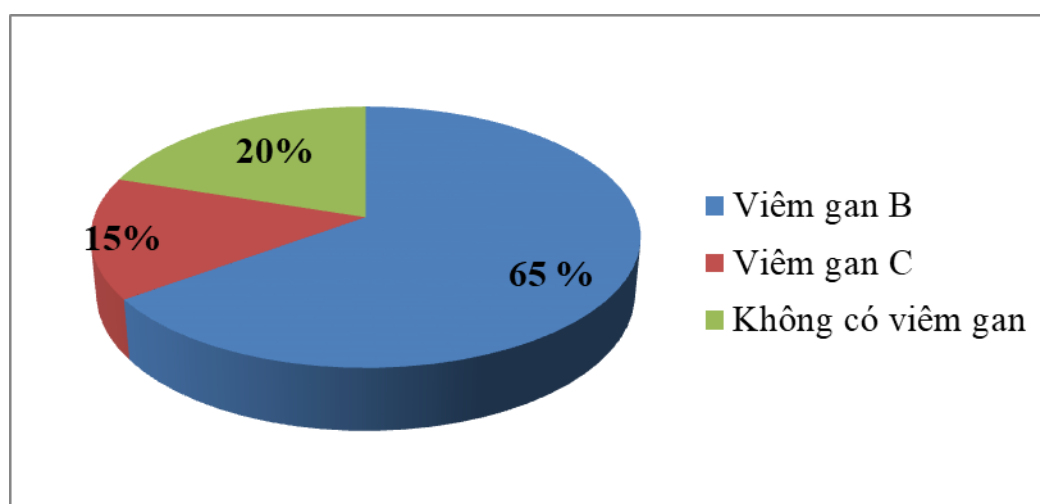
Tuổi, giới	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 60	7	20,0
≥ 60	28	80,0
Nam	27	77,1
Nữ	8	22,9
Tổng	35	100

Nhận xét: Tuổi mắc bệnh nhiều nhất là ≥60 tuổi với tỷ lệ 80,0 %. Tuổi trung bình: 58,3 ± 11,8 tuổi, tuổi thấp nhất: 46 tuổi, cao nhất: 79 tuổi, tỷ lệ nam/ nữ :3,4 /1.

Bảng 2: Phân bố bệnh theo phân độ Child-Pugh

Child-Pugh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
A	14	40,0
B	21	60,0
Tổng	35	100

Nhận xét: Bệnh nhân có Child-Pugh B nhiều hơn, chiếm tỷ lệ 60,0%.



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh theo tình trạng viêm gan

Nhận xét: 80% bệnh nhân có viêm gan, đa số là viêm gan B. 20% bệnh nhân không có viêm gan.

Bảng 3: Nồng độ AFP

AFP (ng/ml)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<400	13	37,1
≥400	22	62,9
Tổng	35	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có nồng độ AFP từ 400 ng/ml trở lên (62,9%).

Bảng 4: Kích thước u

Kích thước u (cm)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<5	11	31,4
≥5	24	68,6
Tổng	35	100

Nhận xét: Bệnh nhân u to chiếm tỷ lệ nhiều hơn. Có 68,6 % bệnh nhân u ≥5 cm

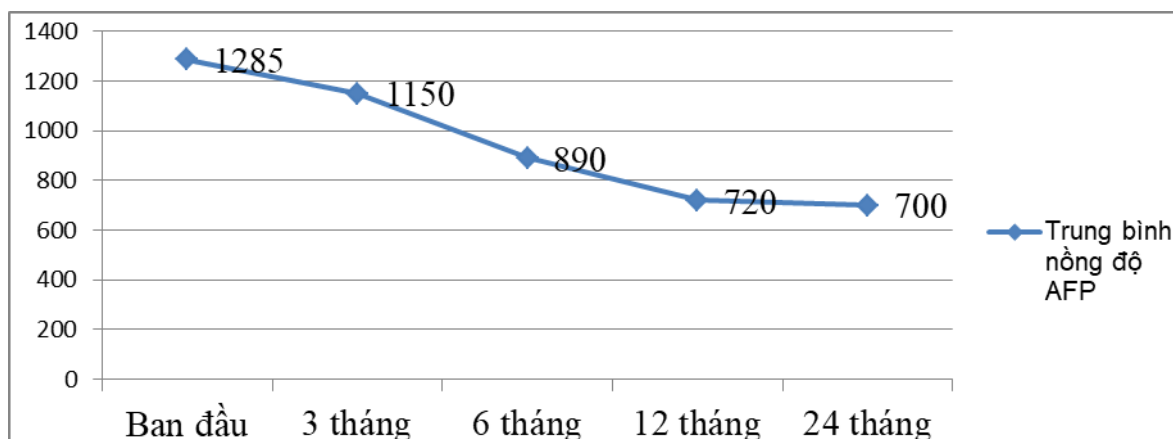
2. Kết quả điều trị

Bảng 5: Tỷ lệ đáp ứng khối u sau điều trị theo Recist 1.1

Đáp ứng (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
Hoàn toàn	0	0
Một phần	6	17,1
Bệnh giữ nguyên	21	60,0
Bệnh tiến triển	8	22,9
Tỷ lệ kiểm soát bệnh	27	77,1
Tổng	100	100

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào đáp ứng điều trị hoàn toàn sau điều trị. Có 17,1 % bệnh nhân đáp ứng một phần.

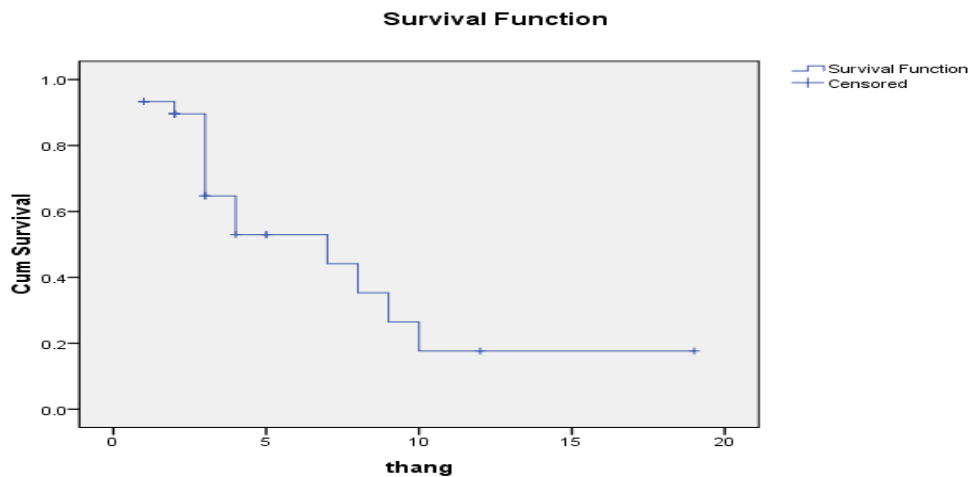
Bệnh giữ nguyên chiếm đa số (60,0%). Tỷ lệ bệnh tiến triển là 22,9%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh cao (77,1%).

**Biểu đồ 2: Thay đổi nồng độ AFP**

Nhận xét: Nồng độ AFP trung bình giảm dần qua các tháng. Thời điểm ban đầu điều trị nồng độ AFP là 1285 ng/ml. Kết thúc điều trị nồng độ AFP trung bình là 700 ng/ml.

Bảng 6: Thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS)

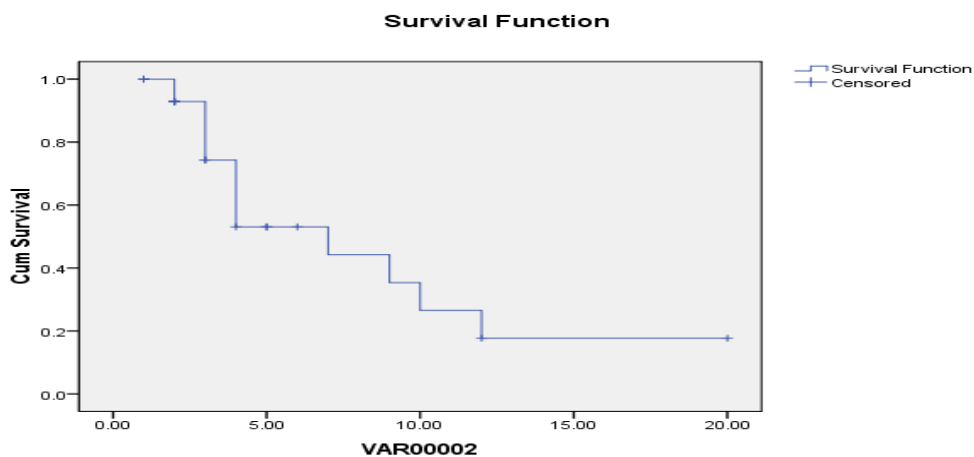
Thời gian sống bệnh không tiến triển						
Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	3 tháng (%)	6 tháng (%)	12 tháng (%)	24 tháng (%)
5,4	1	24	71,4	57,1	22,8	20,0

**Biểu đồ 3: Thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS)**

Nhận xét: PFS trung vị là 5,4 tháng (ngắn nhất 1 tháng, dài nhất 24 tháng). Tỷ lệ PFS tại các thời điểm 3 tháng là 71,4%, 6 tháng là 57,1 %, 12 tháng là 22,8 % và 18 tháng là 20%.

Bảng 7: Thời gian sống toàn bộ (OS)

Thời gian sống toàn bộ						
Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	3 tháng (%)	6 tháng (%)	12 tháng (%)	24 tháng (%)
7,2	2	25	76,6	60,0	28,6	20

**Biểu đồ 4: Thời gian sống toàn bộ (OS)**

Nhận xét: OS trung vị là 7,2 tháng (ngắn nhất 2 tháng, dài nhất 25 tháng). Tỷ lệ OS tại các thời điểm 3 tháng là 76,6%, 6 tháng là 60,0%, 12 tháng là 28,6% và 24 tháng là 20%.

3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 8: Độc tính trên toàn thân

Triệu chứng	Mọi mức độ		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mệt mỏi	10	28,6	7	20,0	3	8,5	0	0	0	0
Sút cân	4	11,4	2	5,7	2	5,7	0	0	0	0
Tăng huyết áp	2	5,7	2	5,7	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Độc tính toàn thân gặp nhiều nhất là mệt mỏi (28,6%), tiếp đến là sút cân (11,4%), tăng huyết áp (5,7%). Các độc tính gặp ở mức độ 1, độ 2. Không gặp độc tính độ 3, độ 4.

Bảng 9: Độc tính trên da

Độc tính	Mọi mức độ		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Khô da	2	5,7	2	5,7	1	2,8	0	0	0	0
Phản ứng da tay chân	12	34,2	8	22,8	3	8,5	1	2,8	0	0
Ngứa, rát da, nổi mụn	3	8,5	3	8,5	0	0	0	0	0	0
Ban đỏ	1	2,8	1	2,8	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Phản ứng da tay chân chiếm tỷ lệ cao nhất với 34,2 %, gặp chủ yếu độ 1 và độ 2, tỷ lệ gặp độc tính độ 3 thấp 2,8 %, không có độc tính độ 4. Các độc tính trên da khác ít gặp.

Bảng 10: Độc tính trên hệ tiêu hoá

Độc tính	Mọi mức độ		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Viêm miệng	4	11,4	3	8,5	1	2,8	0	0	0	0
Chán ăn	3	8,5	3	8,5	0	0	0	0	0	0
Ỉa chảy	2	5,7	0	0	2	5,7	0	0	0	0
Tăng men gan	10	28,5	5	14,2	3	8,5	2	5,7	0	0

Nhận xét: Độc tính trên hệ tiêu hoá gặp nhiều nhất là tăng men gan (28,5%), tiếp đến là viêm miệng (11,8%), chán ăn (8,5 %). Độc tính chủ yếu độ 1, 2, độc tính độ 3 gặp 5,7 % BN tăng men gan.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư gan thường lớn tuổi, gặp nhiều hơn ở nam giới. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 35 bệnh nhân, trong đó 77,1% là nam giới; 22,9% là nữ

giới. Phần lớn các bệnh nhân đều ≥ 60 tuổi (80,0%), tuổi trung bình $58,3 \pm 11,8$ tuổi, tuổi thấp nhất: 46 tuổi, cao nhất: 79 tuổi. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó trên thế giới và ở Việt Nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân Child-Pugh B chiếm tỷ lệ nhiều hơn (60,0%). Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã bước sang giai đoạn muộn, chức năng gan giảm. Có 65% bệnh nhân có tình trạng viêm gan B kèm theo. Nghiên cứu của Võ Văn Kha Child-Pugh B chiếm 50%, tỷ lệ bệnh nhân viêm gan B là 65% [5]. Viêm gan virus B chiếm ưu thế trong hầu hết các nghiên cứu về ung thư gan. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị My có 86,5% bệnh nhân có viêm gan B, 29% bệnh nhân sử dụng rượu thường xuyên [6]. Nghiên cứu của tác giả Thái Doãn Kỳ có tỉ lệ nhiễm viêm gan B rất cao 90,5% . Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự nghiên cứu AP ở quần thể châu Á, tỷ lệ viêm gan B là 73% [3], cao hơn nghiên cứu SHARP ở quần thể châu Âu, tỷ lệ viêm gan B là 18% .

AFP có giá trị trong chẩn đoán ung thư gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có nồng độ AFP tăng cao. Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ AFP ≥ 400 ng/ml là 62,9%. Kết quả này cũng tương tự như tác giả Nguyễn Thị Thu Hường trong nghiên cứu trên 110 bệnh nhân ung thư gan điều trị bằng sorafenib, có 78,2% tỷ lệ bệnh nhân có AFP tăng cao [7]. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả Võ Văn Kha đánh giá ở các bệnh nhân ung thư gan giai đoạn tiến xa bằng sorafenib cũng có nồng độ AFP tăng cao, chiếm 60% [5].

Kết quả điều trị

Kết quả đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1:

Sorafenib là thuốc đầu tiên chứng minh hiệu quả làm tăng thời gian sống thêm toàn bộ cho bệnh nhân ung thư gan.

Yếu tố quan trọng nhất để đánh giá hiệu quả điều trị là thời gian sống toàn bộ, tuy nhiên đáp ứng khối u và thời gian đến khi bệnh tiến triển cũng được xem như yếu tố nòng cốt đánh giá hiệu quả. Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn RECIST 1.1 để đánh giá đáp ứng. Kết quả thu được 6 trường hợp bệnh đáp ứng 1 phần (17,1%), 21 trường hợp bệnh giữ nguyên (60,0%), 8 trường hợp bệnh tiến triển (22,9%), tỷ lệ kiểm soát bệnh là 77,1% (Bảng 5). Kết quả về tỷ lệ kiểm soát bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả trong nghiên cứu SHARP (71%), cao hơn so với nghiên cứu AP (58,3%) [2],[3]. Đa số các nghiên cứu trên thế giới tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cực kỳ hiếm gần như bằng 0%, từ năm 2008 đến nay chỉ có 15 trường hợp đạt đáp ứng hoàn toàn trong các ca lâm sàng được báo cáo [8]. Tỷ lệ đáp ứng một phần cũng rất thấp (dưới 5%) [2],[3].

Tỷ lệ đáp ứng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hường (đáp ứng một phần 4,5%, bệnh giữ nguyên 54,5%, bệnh tiến triển 41%) [7], Võ Văn Kha (sau 6 tháng đáp ứng một phần 10%, bệnh giữ nguyên 40%, bệnh tiến triển 20%) [5].

Thay đổi nồng độ AFP:

AFP là một glycoprotein được tạo ra trong thời kỳ mang thai bởi gan thai nhi và túi noãn hoàng, nồng độ AFP không liên quan đến các đặc điểm lâm sàng của ung thư biểu

mô tế bào gan như kích thước, giai đoạn. Hiện nay việc sử dụng AFP trong sàng lọc dần trở nên ít quan trọng, tuy nhiên vẫn có vai trò trong chẩn đoán, đặc biệt có giá trị tiên lượng trên những bệnh nhân phẫu thuật cắt gan và những người được xem xét để ghép gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm ban đầu nồng độ AFP là 1285 ng/ml. Nồng độ AFP trung bình giảm dần qua các tháng. Trong nghiên cứu của Sherma đánh giá về vai trò AFP so sánh với tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh theo WHO, đáp ứng AFP được đánh giá khi giảm trên 50% so với ban đầu; kết quả cho thấy 65% có đáp ứng AFP (ở nhóm TACE 55%, RFA 70%, $p=0,01$). Đáp ứng WHO gặp 53% ở nhóm có AFP đáp ứng, 24% ở nhóm AFP không đáp ứng, $p=0,002$. Tác giả gợi ý sử dụng đáp ứng AFP khi điều trị các biện pháp tại chỗ như một phương tiện đánh giá đáp ứng và sống thêm, cũng như là tiêu chuẩn đánh giá sớm đáp ứng khách quan trên hình ảnh [9].

Thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS):

Như đã nói ở trên, thời gian sống bệnh không tiến triển PFS không phải là yếu tố quan trọng nhất để đánh giá hiệu quả điều trị, song nó là tiêu chí quan trọng. Trung vị thời gian sống bệnh không tiến triển là 5,4 tháng. Thời gian ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất là 24 tháng. Tỷ lệ PFS tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng lần lượt là 76,6%, 60,0%, 28,6% và 20,0% (bảng 6).

Thời gian đến khi bệnh tiến triển rất khác nhau trong các nghiên cứu trên toàn cầu, ví dụ trong nghiên cứu SHARP là 5,5 tháng, trong nghiên cứu AP là 2,8 tháng [2],[3]. Ngay cả khi so sánh với các nghiên cứu

trong nước, kết quả PFS của chúng tôi cao hơn với kết quả Phạm Xuân Dũng (2011) là 4,2 tháng, Nguyễn Thị Thu Hương (2020) là 4,57 tháng [7], thấp hơn nghiên cứu của Võ Văn Kha (2016) trên 10 bệnh nhân là 7,2 tháng [5], tuy nhiên các nghiên cứu đánh giá hiệu quả sorafenib tại Việt Nam đa phần trên số lượng nhỏ nên kết quả dao động đáng kể. Sự khác nhau về kết quả PFS trong các nghiên cứu có thể do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu.

Như vậy có thể nhận thấy đa số bệnh nhân tiến triển sau 6 -12 tháng khi điều trị với sorafenib.

Thời gian sống toàn bộ (OS):

Trung vị thời gian thêm toàn bộ là 7,2 tháng. Thời gian ngắn nhất là 2 tháng, dài nhất là 25 tháng. Tỷ lệ OS tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng lần lượt là 76,6%, 60,0%, 28,6% và 20,0% (bảng 7).

So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với kết quả 2 nghiên cứu nền tảng SHARP và AP, chúng tôi nhận thấy OS trung vị của chúng tôi cao hơn nghiên cứu AP (7,2 tháng so với 6,5 tháng), thấp hơn nghiên cứu SHARP (7,2 tháng so với 10,7 tháng). So sánh với một số nghiên cứu trong nước, kết quả OS trung vị của chúng tôi cao hơn kết quả công bố của Nguyễn Tuyết Mai 2012 (7,2 tháng so với 5 tháng), thấp hơn Võ Văn Kha năm 2016 (7,2 tháng so với 9,5 tháng) [5]. Sự khác nhau về kết quả OS qua các nghiên cứu đã đặt ra nhiều câu hỏi. Câu hỏi quan trọng chưa có sự trả lời đó là liệu có sự khác nhau về đáp ứng trong các quần thể khác nhau, có liên quan gì đến nguyên nhân gây bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi mặc dù có sự khác nhau nhưng không chênh

lệch nhiều so với kết quả nghiên cứu AP thực hiện tại Châu Á, tuy nhiên đều thấp hơn nhiều so với nghiên cứu SHARP thực hiện tại Châu Âu. Những bệnh nhân Châu Á có tỷ lệ nhiễm viêm gan B cao hơn dân số Châu Âu, ngược lại viêm gan C chiếm tỷ lệ cao hơn ở dân số Châu Âu. Một số phân tích gợi ý rằng những bệnh nhân viêm gan C có thể đáp ứng tốt hơn với sorafenib so với những bệnh nhân ung thư gan do các nguyên nhân khác.

Tác dụng không mong muốn của sorafenib

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỷ lệ xuất hiện tác dụng không mong muốn khá cao, tuy nhiên hầu hết các độc tính ở mức độ nhẹ, không có bệnh nhân nào phải ngừng điều trị do độc tính.

Độc tính gặp nhiều nhất khi điều trị sorafenib là phản ứng da tay chân (34,2%), tiếp đến là tăng men gan (28,5%), mệt mỏi (28,6%). Các độc tính khác gặp tỷ lệ ít hơn bao gồm: viêm miệng (11,4%), chán ăn (8,5%), tăng huyết áp (5,7%), ỉa chảy (5,7%)... Đa số các tác dụng phụ ở độ 1, độ 2, riêng phản ứng da tay chân độ 3 gặp trên 1 bệnh nhân (2,8%), tăng men gan độ 3 gặp trên 2 BN (5,7%). Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào gặp tác dụng không mong muốn nghiêm trọng như nhồi máu cơ tim, thiếu máu cục bộ, thủng đường tiêu hóa, xuất huyết... Như vậy, độc tính khi điều trị sorafenib đa số trên da, toàn thân, đường tiêu hóa, rất ít gặp trên hệ tạo huyết, điều này đúng với tất cả các thuốc điều trị đích áp dụng trong lĩnh vực ung thư nói chung.

Tỷ lệ gặp độc tính cao cũng đã được báo

cáo trong các nghiên cứu khác trên toàn cầu. Trong nghiên cứu GIDEON 83% BN xuất hiện độc tính trong đó 64% liên quan tới thuốc, đa số các độc tính gặp độ 1-2, chỉ 9% độc tính nghiêm trọng, các độc tính hay gặp là ỉa chảy, phản ứng da tay chân và mệt mỏi [10]. Đối với SHARP, 80% bệnh nhân xuất hiện tác dụng phụ ở mọi mức độ, tỷ lệ BN ỉa chảy chiếm 43,8%, phản ứng da tay chân 26,3%, mệt mỏi 21,9%, nổi mụn 17,5%, tăng huyết áp 19%; độc tính độ 3, độ 4 chiếm tỷ lệ dưới 10% [2]. Trong thử nghiệm AP (2009) độc tính hay gặp nhất là phản ứng da tay chân (45%), tiếp đến là tiêu chảy (26%), mệt mỏi (20%), nổi mụn (20%) [4].

Qua các nghiên cứu nhận thấy rằng, độc tính và các tác dụng không mong muốn có nhiều nhưng ở mức độ chấp nhận được.

V. KẾT LUẬN

Như vậy có thể thấy hiệu quả của sorafenib không cho tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn nhưng giúp duy trì, bệnh ổn định cao, giúp kéo dài thời gian sống thêm. Tuy thuốc có nhiều độc tính, tác dụng phụ nhưng có thể chấp nhận. Sorafenib giúp mang lại cơ hội sống thêm cho rất nhiều người bệnh ung thư gan giai đoạn cuối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I et al (2018), Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, CA Cancer J Clin, 68(6), 394–424.
2. Raoul JL, Sherman M, Nadel A, et al (2010), “Efficacy and safety of sorafenib in patients with advanced hepatocellular carcinoma: subgroup analyses of the SHARP

- trial by baseline transaminase, Alpha Fetoprotein and Bilitubin levels”, I Clin Oncol 2010; 28(suppl) Abstractt 4051.
3. **Chang A-L, Guan Z, Chen Z, et al (2012)**, “Efficacy and safety of sorafenib in patients with advanced hepatocellular carcinoma according to the baseline status: subset analyses of the phase III sorafenib Asia-Pacific trial”, European Journal of cancer 2012; xxx10: pp 1-14.
 4. **Bộ Y tế Việt Nam (2012)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát, Quyết định số 5250/QĐ-BYT.
 5. **Võ Văn Kha (2016)**, Đánh giá kết quả điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát giai đoạn tiến xa bằng Sorafenib, Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 11, 133-142.
 6. **Lê Thị My (2014)**, Nghiên cứu hiệu quả bước đầu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng
đốt sóng cao tần tại khoa chẩn đoán hình ảnh
 7. **Nguyễn Thị Thu Hương (2020)**, Đánh giá kết quả điều trị của thuốc Sorafenib trên bệnh nhân ung thư gan nguyên phát, Luận án Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
 8. **Edeline J, Boucher E, Rolland Y et al (2012)**, Comparison of tumor response by Response Evaluation Criteria in Solid Tumors (RECIST) and modified RECIST in patients treated with sorafenib for hepatocellular carcinoma, Cancer, 118(1), 147–156.
 9. **Sherman M. (2010)**, The resurrection of alphafetoprotein, J Hepatol, 52(6), 939–940.
 10. **Lencioni R, Kudo M, Ye S.L et al (2014)**, GIDEON (Global Investigation of therapeutic Decisions in hepatocellular carcinoma and of its treatment with sorafenib): second interim analysis, Int J Clin Pract, 68(5), 609–617.

TÌM HIỂU MỘT SỐ CHỈ SỐ SINH HÓA BỊ BẢO HIỂM Y TẾ TỪ CHỐI THANH TOÁN TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2019, 2020

Nguyễn Minh Hiền*, Nguyễn Thị Thu Lê*,
Phùng Quốc Anh*, Trần Thị Nhị Hà**

TÓM TẮT¹⁶

Xét nghiệm hóa sinh bị từ chối thanh toán (xuất toán) bảo hiểm y tế (BHYT) hay gặp ở tất cả các cơ sở khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT, nghiên cứu tìm hiểu một số nguyên nhân hay gặp dẫn đến xuất toán các xét nghiệm hóa sinh. **Mục tiêu:** Đánh giá một số chỉ số sinh hóa bị bảo hiểm y tế từ chối thanh toán tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2019, 2020 và tìm hiểu một số nguyên nhân xuất toán những chỉ số này. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu 302.050 hồ sơ bị xuất toán các xét nghiệm: HbA1C, acid Uric, cholesterol, Triglycerid, ProBNP, NT-ProBNP, Procalcitonin (PCT). **Kết quả:** Tỷ lệ bị xuất toán các chỉ số xét nghiệm sinh hóa: năm 2019 cao nhất là HbA1C chiếm 3,2%; năm 2020 cao nhất là định lượng acid Uric chiếm 7,67%. Tỷ lệ bị xuất toán các chỉ số xét nghiệm miễn dịch: Năm 2019 cao nhất là định lượng BNP chiếm tỷ lệ 4,4%, năm 2020 cao nhất là định lượng PCT chiếm tỷ lệ 7,03%. Các nguyên nhân hay gặp năm 2019 là không đúng quy định về khoảng cách thực hiện xét nghiệm, năm 2020 là không có chẩn đoán phù hợp theo thông tư bộ Y tế. **Kết luận:** Tỷ lệ xuất toán BHYT các xét nghiệm Hóa sinh vẫn còn cao

nguyên nhân chủ yếu là do không đủ điều kiện thanh toán theo thông tư TT35/2016/TT-BYT và 50/2017/TT-BYT.

Từ khóa: Bảo hiểm y tế, từ chối thanh toán, xét nghiệm hóa sinh, miễn dịch.

SUMMARY

FIND OUT SOME BIOLOGICAL INDICATORS WHO DEPENDED PAYING AT THANH NHAN HOSPITAL IN 2019, 2020

Objective: To evaluate a number of biochemical indicators that are refused to be paid by health insurance at Thanh Nhan hospital in 2019, 2020 and find out some reasons for the payment of these indicators. **Objects and methods:** research Retrospectively, 302,050 records were lost for the following tests: HbA1C, Uric acid, cholesterol, Triglyceride, ProBNP, NT-ProBNP, Procalcitonin (PCT). **Results:** The rate of missing out on biochemical tests: in 2019 the highest was HbA1C, accounting for 3.2%; In 2020, the highest amount is Uric acid, accounting for 7.67%. The rate of missing out on immunoassay indicators: In 2019, the highest percentage was for BNP quantification, accounting for 4.4%, in 2020 the highest rate was for PCT quantification, accounting for 7.03%. The most common causes in 2019 are not following the regulations on testing distance, in 2020 there is no suitable diagnosis according to the Circular of the Ministry of Health. **Conclusion:** The rate of payment of health insurance premiums for Biochemistry tests is still

*Bệnh viện Thanh Nhàn

**Sở Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Quốc Anh

Email: phungquocanhbvt@gmail.com

ĐT: 0919856699

Ngày nhận bài: 16/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 11/6/2022

Ngày duyệt bài: 25/6/2022

high, mainly due to ineligibility for payment according to Circulars TT35/2016/TT-BYT and 50/2017/TT-BYT.

Keywords: Health insurance, payment refusal, biochemical testing, immunity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời gian gần đây số lượng trường hợp bị bảo hiểm y tế xuất toán gia tăng, gây ảnh hưởng đến nguồn thu của các bệnh viện nói chung và bệnh viện Thanh Nhàn nói riêng.

Theo BHXH tỉnh Bà Rịa Vũng Tàu, từ tháng 2-2018, qua hệ thống thông tin giám định BHYT, BHXH Việt Nam đã thống kê và gửi về cơ quan BHXH tỉnh những trường hợp chỉ định sử dụng dịch vụ kỹ thuật quá mức cần thiết, không đúng quy trình chuyên môn, đầu thầu và sử dụng thuốc có hàm lượng ít cạnh tranh với giá cao bất hợp lý tại các cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh. Cụ thể, quá trình giám định phát hiện 3.761 xét nghiệm axit uric tại 21 cơ sở KCB có chỉ định rộng rãi, không hợp lý với số tiền chi trả hơn 80,2 triệu đồng; 3 cơ sở chỉ định xét nghiệm HbA1C không đúng quy định Thông tư 35 của Bộ Y tế với số tiền là 121 triệu đồng¹. Tại bệnh viện Thanh Nhàn trong hai năm 2019, 2020 bệnh viện đã bị xuất toán hơn 6 tỷ đồng trong đó số tiền bị xuất toán về xét nghiệm hóa sinh là hơn 1 tỷ đồng. Trong các chỉ số sinh hóa đã bị xuất toán thường gặp nhất là các chỉ số về xét nghiệm HbA1C, acid uric, cholesterol, triglyceride, Procalcitonin, Pro BNP, BNP, vì vậy với mong muốn tìm hiểu rõ hơn thực trạng xuất toán bảo hiểm y tế tại bệnh viện Thanh Nhàn để từ đó có những giải pháp phù hợp, chúng

tôi tiến hành nghiên cứu “Tìm hiểu một số chỉ số sinh hóa bị bảo hiểm y tế từ chối thanh toán tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2019, 2020” với mục tiêu: Đánh giá một số chỉ số sinh hóa bị bảo hiểm y tế từ chối thanh toán tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2019, 2020 và tìm hiểu một số nguyên nhân xuất toán những chỉ số này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu các bệnh án năm 2019, 2020

Thời gian nghiên cứu: 1/6/2020 – 31/5/2021

Đối tượng nghiên cứu:

- **Đối tượng nghiên cứu:** Hồ sơ bệnh án nội trú, phiếu tổng kết khám chữa bệnh ngoại trú có thực hiện các xét nghiệm HbA1C, acid Uric, cholesterol, Triglycerid, NT-ProBNP, PCT.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Toàn bộ các hồ sơ có thực hiện các xét nghiệm HbA1C, acid Uric, cholesterol, Triglycerid, NT-ProBNP, PCT đã thanh toán ra viện. Các xét nghiệm BHYT có biên bản thẩm định của giám định BHYT về thanh toán hoặc xuất toán.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** các hồ sơ không đủ dữ liệu hoặc xuất toán trên hệ thống nhưng chưa tìm thấy hồ sơ gốc đối chiếu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong năm 2019 tổng số tiền BHYT từ chối thanh toán cho bệnh viện Thanh Nhàn là 1.877, 9 triệu đồng trong đó xét nghiệm của khoa Hóa sinh là 429,5 triệu đồng chiếm tỷ lệ 22.9%. năm 2020 tổng số tiền BHYT từ chối thanh toán là 4.677,1 triệu đồng trong đó xét nghiệm của khoa Hóa sinh là 595,5 triệu đồng chiếm tỷ lệ 12.73%.

Đánh giá một số chỉ số sinh hóa bị bảo hiểm y tế từ chối thanh toán tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2019, 2020

Bảng 3.1: Số lượng XN hóa sinh BVTN được BHYT chi trả 2019-2020

Thứ tự	Loại XN	Năm 2019			Năm 2020		
		Số lượng (n)		(%)	Số lượng (n)		BHYT/Tổng số (%)
		BHYT	Tổng		BHYT	Tổng	
1	Acid Uric	23074	27209	84.8%	22112	26493	83.4%
2	Cholesterol	51162	58451	87.5%	45993	53180	86.5%
3	Triglycerid	50756	58013	87.5%	45763	52932	86.4%
4	HbA1C	14574	16052	90.7%	16274	17756	91.6%
5	Pro BNP	5658	6611	85.6%	6422	7407	86.7%
6	PCT	8269	9475	87.3%	10008	11420	87.6%

Nhận xét: Theo kết quả số liệu thống kê được phân lớn các xét nghiệm được khảo sát đều chủ yếu là xét nghiệm được thanh toán BHYT với tỷ lệ thấp nhất là 83.4% và tỷ lệ cao nhất là 91.6%.

Bảng 3.2: Tỷ lệ bị từ chối thanh toán BHYT khi sử dụng các XN sinh hóa

Thứ tự	Năm	Loại XN	Tổng xét nghiệm đã được BHYT thanh toán(VNĐ)	Số tiền xuất toán (VNĐ)	Tỷ lệ %
1	2019	Sinh hóa	30.851.121.500	305.083.900	0.99%
2		Miễn dịch	14.420.057.000	124.464.600	0.86%
		Tổng cộng	45.271.178.500	429.548.500	0.95%
3	2020	Sinh hóa	29.180.425.500	199.925.400	0.68%
4		Miễn dịch	13.353.452.000	395.728.000	2.96%
		Tổng cộng	42.533.877.500	595.653.400	1.40%

Nhận xét: Năm 2019, tỷ lệ bị xuất toán bảo hiểm y tế của xét nghiệm hóa sinh là 0.99%, tỷ lệ xuất toán của xét nghiệm miễn dịch là 0.86% và tỷ lệ xuất toán chung là 0.95%. Năm 2020, tỷ lệ bị xuất toán bảo hiểm y tế của xét nghiệm hóa sinh là 0.68%, Tỷ lệ xuất toán của xét nghiệm miễn dịch là 2.96% và tỷ lệ bị xuất toán chung là 1.40% so với số được thanh toán.

Bảng 3.3: Phân tích các xét nghiệm bị xuất toán

Loại XN	Năm	Nơi thực hiện	Số lượng XN bị xuất toán	Tổng số thực hiện	Tỷ lệ (%)
Axit Uric	2019	Nội trú	51	23.074	0.88%
		Ngoại trú	153		
	2020	Nội trú	349	22112	7.67%
		Ngoại trú	1347		

Cholesterol	2019	Nội trú	116	51162	0.57%
		Ngoại trú	175		
	2020	Nội trú	160	45993	0.81%
		Ngoại trú	215		
Triglycerid	2019	Nội trú	117	50756	0.58%
		Ngoại trú	176		
	2020	Nội trú	163	45763	0.82%
		Ngoại trú	213		
HbA1C	2019	Nội trú	116	14574	3.20%
		Ngoại trú	351		
	2020	Nội trú	125	16274	2.10%
		Ngoại trú	224		
Pro BNP	2019	Nội trú	153	5658	2.70%
		Ngoại trú	0		
	2020	Nội trú	153	6422	2.40%
		Ngoại trú	0		
PCT	2019	Nội trú	10	8269	0.12%
		Ngoại trú	0		
	2020	Nội trú	701	10008	7.03%
		Ngoại trú	3		

Nhận xét: Năm 2019, số lượng xét nghiệm Acid Uric, cholesterol, triglycerid bị từ chối thanh toán chiếm tỷ lệ 0.88%, 0,57%, 0,58% số lượng xét nghiệm thực hiện. Năm 2020 tỷ lệ đã tăng lên 7.67%, 0.81%, 0.82%. Riêng xét nghiệm HbA1C tỷ lệ bị từ chối đã giảm từ 3.2 % năm 2019 xuống còn 2.10% năm 2020. Tỷ lệ từ chối thanh toán BHYT cũng tăng với xét nghiệm miễn dịch PCT từ 0.12% năm 2019 lên 7.03% năm 2020.

2. Tìm hiểu một số nguyên nhân xuất toán

Bảng 3.4: Phân tích các nguyên nhân bị xuất toán

Loại XN	Năm	Nơi thực hiện	Các nguyên nhân bị xuất toán BHYT		
			Hồ sơ không đủ điều kiện thanh toán theo TT 35/2016/TT-BYT và 50/2017/TT-BYT	Chỉ định không phù hợp với chẩn đoán theo QĐ 320/QĐ-BYT	Khoảng cách giữa các lần xét nghiệm không phù hợp
	2019	Nội trú	0	0	51
		Ngoại trú	0	0	153

Acid Uric	2020	Nội trú	0	286	63
		Ngoại trú	0	1045	302
Cholesterol	2019	Nội trú	0	0	116
		Ngoại trú	0	0	175
	2020	Nội trú	0	93	67
		Ngoại trú	0	182	33
Triglycerid	2019	Nội trú	0	0	117
		Ngoại trú	0	0	176
	2020	Nội trú	0	91	72
		Ngoại trú	0	180	33
HbA1C	2019	Nội trú	84	0	32
		Ngoại trú	248	0	103
	2020	Nội trú	48	0	75
		Ngoại trú	97	0	128
Pro BNP	2019	Nội trú	153	0	0
		Ngoại trú	0	0	0
	2020	Nội trú	153	0	0
		Ngoại trú	0	0	0
Loại XN	Năm	Nơi thực hiện	Các nguyên nhân bị xuất toán BHYT		
			Hồ sơ không đủ điều kiện thanh toán theo TT 35/2016/TT-BYT	Hồ sơ không đủ điều kiện thanh toán theo TT 50/2017/TT-BYT	Khoảng cách giữa các lần xét nghiệm không phù hợp
PCT	2019	Nội trú	10	0	0
		Ngoại trú	0	0	0
	2020	Nội trú	0	792	0
		Ngoại trú	0	3	0

Nhận xét: Năm 2019, nguyên nhân xuất toán BHYT của các xét nghiệm Acid uric, cholesterol, triglycerid chỉ do khoảng cách giữa các lần xét nghiệm không phù hợp. Năm 2020, nguyên nhân xuất toán các xét nghiệm này lại chủ yếu là do chỉ định không phù hợp với chẩn đoán theo QĐ 320/QĐ-BYT. Tương tự xét nghiệm PCT nguyên nhân xuất toán năm 2019 là do không đủ điều kiện thanh toán theo thông tư 35/2016/TT-BYT. Năm 2020 nguyên nhân xuất toán là do không đủ điều kiện thanh

toán theo thông tư 50/2017/TT-BYT.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả số liệu thống kê được phân lớn các xét nghiệm được khảo sát đều chủ yếu là xét nghiệm được thanh toán BHYT với tỷ lệ thấp nhất là 83.4% và tỷ lệ cao nhất là 91.6%. Như vậy theo số liệu phần lớn bệnh nhân của bệnh viện Thanh Nhân là nguồn bảo hiểm y tế. Về tỷ lệ bị từ chối BHYT, năm 2019, tỷ lệ bị xuất toán bảo hiểm y tế của xét nghiệm hóa sinh là 0.99%,

tỷ lệ xuất toán của xét nghiệm miễn dịch là 0.86% và tỷ lệ xuất toán chung là 0.95%. Năm 2020, tỷ lệ bị xuất toán bảo hiểm y tế của xét nghiệm hóa sinh là 0.68%, Tỷ lệ xuất toán của xét nghiệm miễn dịch là 2.96% và tỷ lệ bị xuất toán chung là 1.40%. Như vậy, tỷ lệ bị xuất toán năm sau cao hơn năm trước. So sánh với các bệnh viện khác trên cả nước cũng có sự tương đồng. Ví dụ tại tỉnh Quảng Trị, năm 2016 qua quá trình giám định, cơ quan BHXH đã từ chối thanh toán số tiền 19.041.937.279 đồng (trong đó: ngoại trú 3.417.158.506 đồng; nội trú 15.624.778.773 đồng). Năm 2017 cũng tại tỉnh này, qua quá trình giám định, cơ quan BHXH đã từ chối thanh toán số tiền 69.282.517.747 đồng (trong đó: ngoại trú 5.460.787.138 đồng; nội trú 63.821.730.608 đồng). Báo cáo tình hình thực hiện Hệ thống thông tin giám định BHYT của Trung tâm giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc cũng cho thấy trong quý I/2017, qua công tác giám định BHYT, đã từ chối thanh toán và xuất toán số tiền 274 tỷ đồng.

Phân tích các xét nghiệm bị xuất toán, so sánh sau hai năm từ số liệu trên cho thấy từ HbA1C có số lượng xuất toán giảm, các xét nghiệm hóa sinh bị xuất toán BHYT tăng năm sau cao hơn năm trước gồm: acid uric, cholesterol, triglycerid. So sánh số liệu xuất toán BHYT trong hai năm 2019, 2020 cũng cho thấy số lượng bị xuất toán các xét nghiệm miễn dịch năm 2020 đã tăng cao so với năm 2019 đặc biệt là xét nghiệm PCT.

Phân tích các nguyên nhân chủ yếu gây xuất toán xét nghiệm chúng tôi thấy: Năm 2019, BHYT xuất toán xét nghiệm acid uric do nguyên nhân duy nhất là khoảng cách giữa các lần xét nghiệm không đúng với số lượng 204 trường hợp. Năm 2020, xét

nh nghiệm này lại bị từ chối chủ yếu do chỉ định không phù hợp với chẩn đoán theo QĐ 320/QĐ-BYT với số lượng là 1331 trường hợp trong đó có 1045 trường hợp ngoại trú. Số còn lại là 365 trường hợp bị từ chối do khoảng cách xét nghiệm. Như vậy năm 2020 số lượng xét nghiệm acid uric bị xuất toán đã tăng cao nhiều so với năm 2019. Nguyên nhân là do năm 2019 chỉ áp dụng tiêu chí khoảng cách xét nghiệm để giám định xét nghiệm này. Tuy nhiên năm 2020 BHYT đã áp dụng thêm một tiêu chí mới để xuất toán xét nghiệm này. Đó là căn cứ theo QĐ 320/QĐ-BYT để xuất toán những trường hợp xét nghiệm acid uric không đúng chỉ định. Theo công văn 213/BHXH-GD1 ngày 26/01/2018 của BHXH Hà Nội quy định mức sử dụng DVKT cận lâm sàng trong điều trị đái tháo đường và tăng huyết áp ngoại trú, khoảng cách xét nghiệm acid uric là lớn hơn 3 tháng. Ngoài ra theo QĐ320/QĐ-BYT ngày 23/01/2014 thì xét nghiệm acid uric được chỉ định trong các trường hợp: bệnh gout, suy thận, nhiễm độc chì, thủy ngân. Đây là các bệnh lý gây tăng acid uric máu. Các trường hợp khác gây giảm acid uric cần xét nghiệm là: bệnh wilson, cơn liệt chu kỳ & bệnh xanthin niệu. Các trường hợp còn lại không có bệnh lý được nêu trong quyết định 320/QĐ BHYT sẽ bị xuất toán khi chỉ định xét nghiệm này.

Năm 2019, xét nghiệm cholesterol bị từ chối thanh toán BHYT do nguyên nhân duy nhất là khoảng cách xét nghiệm không phù hợp là 291 xét nghiệm. Năm 2020, số lượng bị từ chối do nguyên nhân khoảng cách xét nghiệm đã giảm thấp chỉ 100 trường hợp. Tuy nhiên sang năm 2020 bảo hiểm y tế lại xuất toán thêm lý do chỉ định không phù hợp với QĐ 320/QĐ-BYT với số lượng là 275, trong đó ngoại trú chiếm chủ yếu là 182 xét

nghiệm. Chính vì vậy nên mặc dù con số xuất toán do khoảng cách đã giảm nhiều tuy nhiên con số xuất toán chung của xét nghiệm cholesterol năm 2020 vẫn tăng lên so với năm 2019. Theo công văn 213/BHXXH-GĐ1 ngày 26/01/2018 của BHXXH Hà Nội quy định mức sử dụng DVKT cận lâm sàng trong điều trị đái tháo đường và tăng huyết áp ngoại trú, khoảng cách xét nghiệm cholesterol là định kỳ làm 6-12 tháng. Theo QĐ320/QĐ-BYT ngày 23/01/2014 thì xét nghiệm cholesterol được chỉ định trong các trường hợp: vàng da tắc mật, rối loạn chuyển hóa lipid, tiểu đường, tăng huyết áp, viêm thận, hội chứng thận hư, nhược giáp. Đây là các nguyên nhân làm tăng cholesterol máu. Các bệnh lý gây giảm cholesterol máu là: cường giáp, hội chứng Cushing, nhiễm trùng cấp, thiếu máu. Như vậy nếu không có chẩn đoán một trong số các bệnh lý nêu trên hoặc không đủ khoảng cách thì xét nghiệm cholesterol sẽ bị BHYT xuất toán. Tương tự như vậy với xét nghiệm triglycerid, năm 2019, nguyên nhân duy nhất bị xuất toán triglycerid là do khoảng cách xét nghiệm với 176 trường hợp. Năm 2020 số lượng xuất toán do khoảng cách giảm xuống còn 105 trường hợp. Tuy nhiên năm 2020, nguyên nhân bị xuất toán chủ yếu lại do chỉ định không phù hợp. Trong đó chủ yếu là ngoại trú chiếm 180/271 trường hợp bị xuất toán do sai chỉ định. Theo công văn 213/BHXXH-GĐ1 ngày 26/01/2018 của BHXXH Hà Nội quy định mức sử dụng DVKT cận lâm sàng trong điều trị đái tháo đường và tăng huyết áp ngoại trú, khoảng cách xét nghiệm triglycerid là định kỳ làm 6-12 tháng.

Năm 2019 có hai nguyên nhân bị từ chối thanh toán xét nghiệm HbA1C: một là do hồ sơ không đủ điều kiện thanh toán theo TT35/2016/TT-BYT với 338 trường hợp, hai

do nguyên nhân khoảng cách xét nghiệm với 135 trường hợp bị từ chối. Năm 2020, số lượng bị từ chối do nguyên nhân sai chỉ định giảm còn 145 xét nghiệm. Vì vậy tổng số lượng bị từ chối của xét nghiệm HbA1C đã giảm xuống còn 349 năm 2020 so với 467 trường hợp năm 2019.

Từ những kết quả nghiên cứu trên chúng tôi thấy rằng sau hai năm số lượng xét nghiệm sinh hóa bị xuất toán do nguyên nhân về khoảng cách xét nghiệm đã giảm một cách đáng kể. Có được điều này là do sau khi bị xuất toán BHYT năm 2019 bệnh viện Thanh Nhàn đã tiến hành nhiều buổi tập huấn cho các bác sỹ về các thông tư hướng dẫn của bộ y tế liên quan đến công tác thanh toán các dịch vụ y tế. Ngoài ra bệnh viện cũng đã có những cải tiến về phần mềm công nghệ thông tin để giúp các bác sỹ theo dõi và quản lý khoảng cách của từng xét nghiệm của bệnh nhân. Từ đó giúp các bác sỹ đưa ra những chỉ định xét nghiệm hợp lý theo yêu cầu của bộ y tế đã đề ra. Cũng vì vậy mà năm 2020 xét nghiệm HbA1C có số lượng xuất toán đã giảm hơn năm 2019. Bởi vì BHYT đã giám định cả hai tiêu chí để xuất toán xét nghiệm này năm 2019. Và vì bệnh viện Thanh Nhàn đã có những ứng phó tích cực như chúng tôi đã phân tích ở trên vì vậy năm 2020 số lượng xuất toán xét nghiệm này đã giảm xuống. Tuy nhiên ở các xét nghiệm sinh hóa còn lại, do BHYT năm 2020 đã đưa ra thêm các yếu tố mới để giám định các chỉ số sinh hóa này vì thế số lượng bị xuất toán chung của một số xét nghiệm tăng lên.

Với các xét nghiệm miễn dịch, năm 2019 nguyên nhân bị từ chối thanh toán xét nghiệm ProBNP là do không đủ điều kiện thanh toán theo TT35/2016/TT-BYT với 153 trường hợp và toàn bộ đều là bệnh nhân nội trú. Con số này năm 2020 cũng không thay

đôi. Tuy nhiên do số lượng xét nghiệm BHYT năm 2020 tăng lên nên tính về tỷ lệ bị xuất toán thì năm 2020 số lượng xét nghiệm Pro BNP có xu hướng giảm hơn năm 2019. Thông tư 35/2016/TT-BYT quy định điều kiện thanh toán cho xét nghiệm Pro BNP trong trường hợp để chẩn đoán và theo dõi suy tim.

Năm 2019, nguyên nhân bị từ chối thanh toán xét nghiệm PCT là do không đủ điều kiện thanh toán theo TT35/2016/TT-BYT với số lượng là 10 trường hợp. Năm 2020 nguyên nhân xuất toán là do không đủ điều kiện thông tư TT 50/2017/TT-BYT với số lượng xuất toán là 795 trường hợp trong đó chủ yếu là nội trú với 792 trường hợp. Thông tư 35/2016/TT-BYT quy định xét nghiệm PCT được sử dụng trong trường hợp xác định tình trạng nhiễm khuẩn nặng với điểm suy tạng (SOFA) ≥ 2 hoặc lactat máu trên 1 mmol/L. Theo thông tư 50, xét nghiệm PCT chỉ được thanh toán trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng. Năm 2019 xét nghiệm này được thanh toán theo thông tư 35. Nhưng năm 2020 xét nghiệm chỉ được thanh toán theo thông tư 50 và vì vậy điều kiện lactat máu trên 1mmol/L không còn được sử dụng để chỉ định xét nghiệm này. Sự thay đổi về điều kiện sử dụng của xét nghiệm này có lẽ là nguyên nhân khiến số lượng xuất toán của xét nghiệm này năm 2020 đã tăng lên so với năm 2019.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ xuất toán BHYT các xét nghiệm Hóa sinh vẫn còn cao nguyên nhân chủ yếu là do không đủ điều kiện thanh toán theo thông tư TT 35/2016/TT-BYT, TT

50/2017/TT-BYT và QĐ 320/QĐ-BYT ngày 23/01/2014.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Trang tin BHXH Việt Nam;** BHXH một số tỉnh, thành phố
- 2. Luật BHYT** được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XII, kỳ họp thứ 4 thông qua ngày 14 tháng 11 năm 2008; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT (Luật số 46/2014/QH13).
- 3. Nghị định 146/2018/NĐ-CP** quy định chi tiết về nhóm 06 đối tượng tham gia BHYT
- 4. Công văn số 1544/BHXH-CSYT** ngày 07/5/2014 của BHXH Việt Nam, tài liệu hướng dẫn phương pháp giám định tập trung theo tỷ lệ ban hành kèm theo.
- 5. Nghị quyết số 21-NQ/TW** ngày 22/11/2012 của Bộ Chính trị về “ Tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế giai đoạn 2012-2020
- 6. Chỉ thị số 38-CT/TW** của BCH Trung ương Đảng ngày 7/9/2009 về đẩy mạnh công tác BHYT trong thời kỳ mới
- 7. Nghị định số 105/2014/NĐ-CP** ngày 15 tháng 11 năm 2014 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT.
- 8. Nghị định số 176/2013/NĐ-CP** ngày 14/11/2013 quy định về việc quy định về xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế.
- 9. Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC** ngày 24 tháng 11 năm 2014 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện BHYT
- 10. Thông tư số 40/2015/TT-BYT** ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ Y tế quy định đăng ký khám, chữa bệnh BHYT ban đầu và chuyển tuyến KCB BHYT

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM DI CĂN XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐƯỢC XẠ HÌNH XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thành Vinh*, Nguyễn Huyền Trang*, Nguyễn Minh Hoàng*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm di căn xương ở bệnh nhân ung thư được xạ hình xương tại bệnh viện Thanh Nhàn.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang trên kết quả xạ hình xương của 36 bệnh nhân ung thư từ tháng 01/02/2022 đến 30/06/2022.

Kết quả: 36 bệnh nhân ung thư gồm 69,4% nam, 30,6% nữ; tập trung chủ yếu độ tuổi 60-69 (58,3%). Trong số các nhóm ung thư, ung thư phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (27,4%). Di căn xương phân bố chủ yếu ở xương sườn (29,4%), xương cột sống (23,5%).

Kết luận: Xạ hình xương là phương pháp hữu hiệu để phát hiện tổn thương di căn xương ở bệnh nhân ung thư.

Từ khóa: Xạ hình xương, di căn xương, đặc điểm di căn.

SUMMARY

STUDY OF CHARACTERIZES SKELETAL METASTASIS IN CANCER PATIENTS BY BONE SCINTIGRAPHY AT THANH NHAN HOSPITAL

Objective: Describe characterizes of skeletal metastasis in cancaers detected by bone scintigraphy at Thanh Nhan hospital.

Methods: A cross - sectional retrospective cohort study on bone scintigraphy results of 36

cancer patients from 01/02/2022 to 30/06/2022.

Results: Among 36 cancer patients, 69.4% is male, 30.6% is female; the age is from 60- 69 years old (58,3%). Among groups of primary cancers, lung cancer has the highest proportion (27.4%). Bone metastases mainly distributed in the ribs (29.4%), spine (23.5%).

Conclusion: Bone scintigraphy is an effective method for screening the skeleton, especially bone metastases.

Keyword: Bone scintigraphy, scintigraphy, metastasis characterizes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư di căn xương có thể xuất hiện từ rất sớm mà không có triệu chứng lâm sàng. Ung thư di căn xương là tình trạng những tế bào ung thư từ ổ nguyên phát di căn đến tổ chức xương làm tổn hại đến cấu trúc của xương. Hệ thống xương là một trong những cơ quan ung thư hay di căn nhất và thường gây ảnh hưởng nhiều nhất đến chất lượng cuộc sống người bệnh, gây đau đớn. Triệu chứng lâm sàng của ung thư di căn xương là đau dữ dội, giảm khả năng vận động, gãy xương do bệnh lý, chèn ép tủy sống... Xương là vị trí ung thư hay di căn đứng hàng thứ ba sau phổi và gan. Di căn xương thường xảy ra ở hầu hết các loại ung thư, bệnh hay gặp ở ung thư phổi, ung thư tuyến tiền liệt, ung thư vú... [1].

Chẩn đoán ung thư di căn xương phải dựa trên nhiều phương pháp: thăm khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh... Trong ung thư, xạ hình xương có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng, lập kế hoạch điều trị, theo dõi trong và sau điều trị. Xạ hình xương giúp đánh giá toàn bộ hệ thống xương của

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hoàng

Email: dr.minhhoang0411@gmail.com

ĐT: 0962692993

Ngày nhận bài: 18/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 14/6/2022

Ngày duyệt bài: 27/6/2022

cơ thể, cung cấp hình ảnh tổn thương ngay từ giai đoạn sớm [2]. Xạ hình xương là một trong những ứng dụng của chụp phát xạ đơn photon (Single photon emission computer tomography – SPECT) trong chẩn đoán sớm các bệnh lý trên hệ xương, dựa trên nguyên lý các vùng bị tổn thương, hay vùng xương bị phá hủy thường đi kèm với tái tạo xương mà hệ quả là tăng hoạt độ chuyển hóa và quay vòng canxi. Dùng các đồng vị phóng xạ như Tc99m- HMDP có chuyển hóa tương đồng với canxi, chất này sẽ tập trung tại vùng tái tạo với nồng độ cao hơn hẳn so với tổ chức xương bình thường, dẫn tới hoạt độ phóng xạ cao hơn và hình ảnh rõ ràng trên các bộ phận ghi hình [2].

Kỹ thuật xạ hình bằng máy SPECT đã được triển khai tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Trong đó xạ hình xương với Tc99m- HMDP được thực hiện cho hầu hết các loại ung thư như một xét nghiệm giúp chẩn đoán di căn sớm và đánh giá đúng giai đoạn bệnh. Chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm di căn xương ở bệnh nhân ung thư được xạ hình xương tại bệnh viện Thanh Nhàn” với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm tổn thương xương phát hiện bằng xạ hình xương trên bệnh nhân ung thư tại bệnh viện Thanh Nhàn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ung thư được xạ hình xương tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 02/2022 đến 06/2022.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu cắt ngang.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập thông tin từ kết quả chụp xạ hình xương của 36 bệnh nhân theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

Xử lý và phân tích số liệu: số liệu được thống kê bằng phần mềm EXCEL và phân tích bằng SPSS 20.0.

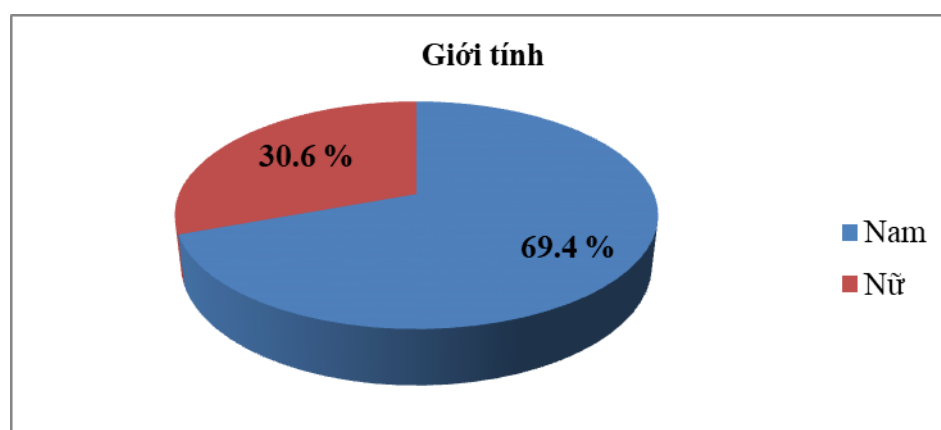
Đạo đức nghiên cứu: thông tin của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

Kỹ thuật chụp xạ hình xương:

- Thiết bị: Máy gamma
- Dược chất phóng xạ: Technetium -99m-hydroxymethylene disphosphanate (Tc99m-HMDP)
- Liều dược chất phóng xạ: 15- 20 mCi/ bệnh nhân tiêm tĩnh mạch. Ghi hình vào thời điểm 3 -4 giờ sau tiêm
- Quá trình thực hiện: chuẩn bị bệnh nhân, tiêm dược chất phóng xạ, sau 3 giờ thực hiện chụp.

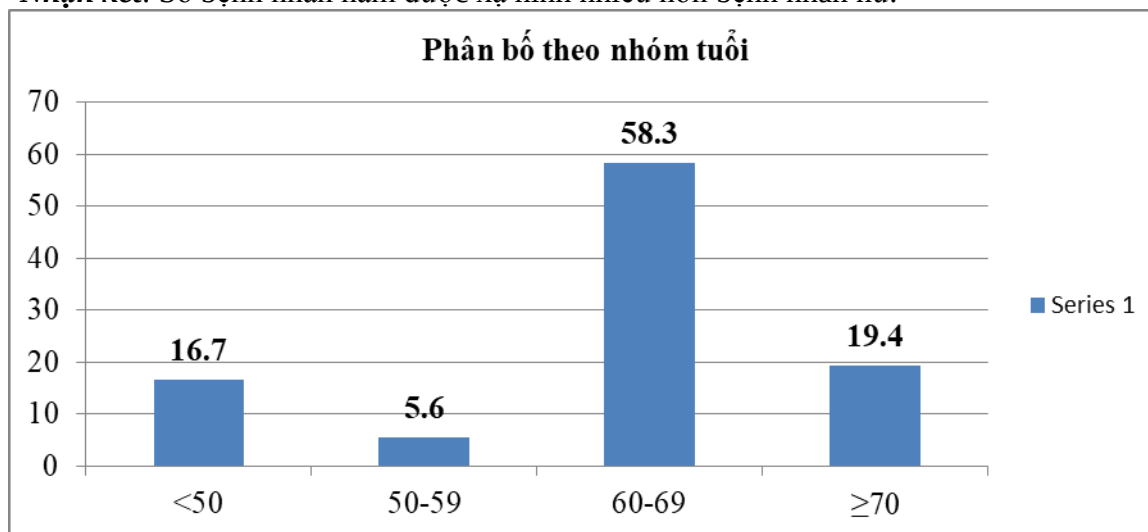
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



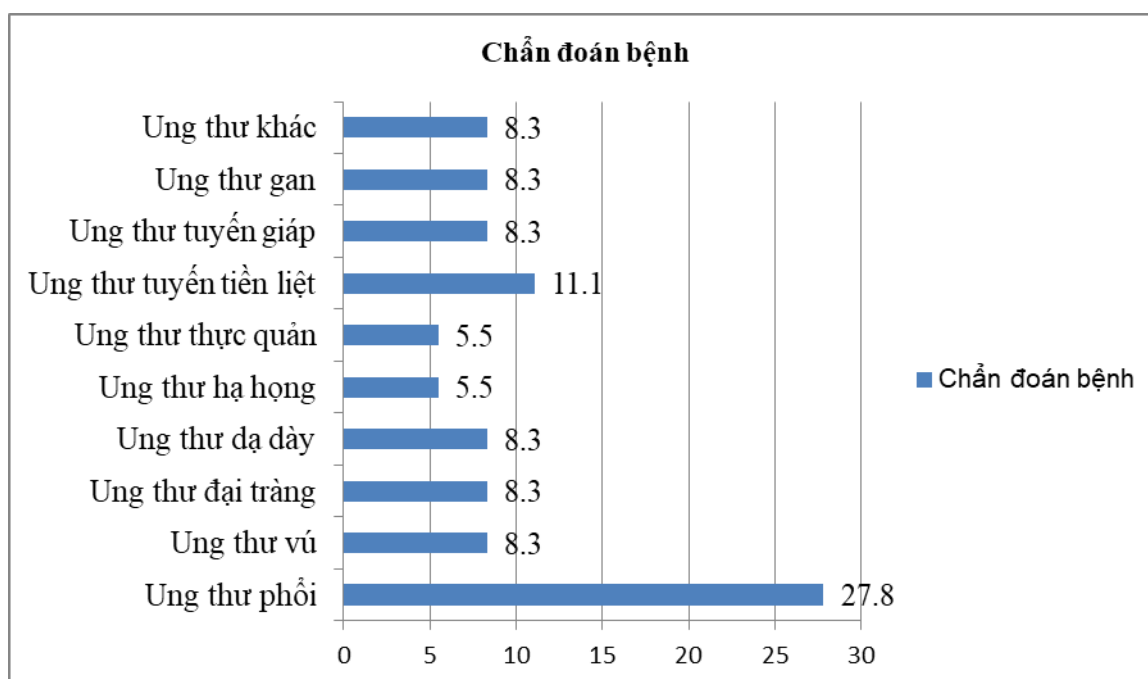
Biểu đồ 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính

Nhận xét: Số bệnh nhân nam được xạ hình nhiều hơn bệnh nhân nữ.



Biểu đồ 2: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo độ tuổi

Nhận xét: Nhóm tuổi 60-69 chiếm đa số (58,3%). Nhóm tuổi ít gặp nhất là <50 tuổi (16,7%). Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $55,6 \pm 10,5$. Tuổi lớn nhất: 87, nhỏ nhất 41 tuổi.



Biểu đồ 3: Chẩn đoán bệnh của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Loại ung thư phổ biến nhất là ung thư phổi (27,8%), ung thư tuyến tiền liệt (11,1%). Các ung thư đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ ít hơn.

KẾT QUẢ XẠ HÌNH XƯƠNG**Bảng 1: Tỷ lệ phát hiện tổn thương**

Loại ung thư	Tổng số (N)	Số BN có di căn	Tỷ lệ di căn (%)
Ung thư phổi	10	7	70,0
Vú	3	2	66,7
Đại tràng	3	1	33,3
Dạ dày	3	1	33,3
Hạ họng thanh quản	2	1	50,0
Thực quản	2	1	50,0
Tuyến tiền liệt	4	2	50,0
Tuyến giáp	3	0	0
Gan	3	2	66,7
Ung thư khác	3	0	0
Tổng	36	17	47,2

Nhận xét: Di căn xương hay gặp nhất ở ung thư phổi (70,0%), ung thư vú, ung thư gan. Các loại ung thư gây di căn xương với tỷ lệ thấp là ung thư dạ dày, đại tràng, ung thư tuyến giáp.

Bảng 2: Phân bố vị trí di căn xương trên xạ hình xương

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Xương sườn	5	29,4
Xương bả vai	1	5,9
Xương cẳng chân	2	11,8
Xương cẳng tay	1	5,9
Xương cột sống	4	23,5
Xương sọ	3	17,6
Ngành ngò mu	1	5,9

Nhận xét: Các vị trí di căn hay gặp nhất là xương sườn (29,4%), xương cột sống (23,5%). Vị trí di căn ít gặp là xương cẳng tay, xương bả vai (5,9%).

Bảng 3: Tỷ lệ di căn đơn ổ, đa ổ

Tỷ lệ di căn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đơn ổ	6	35,3
Đa ổ	11	64,7

Nhận xét: Trong số 17 bệnh nhân di căn, đa số bệnh nhân di căn xương đa ổ (64,7%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đánh giá tổn thương trên xạ hình xương của 36 bệnh nhân từ tháng

02/2022 đến tháng 06/2022 tại bệnh viện Thanh Nhàn cho thấy nam giới chiếm đa số (69,4%), nữ giới chiếm tỷ lệ ít hơn (30,6%).

Nhóm tuổi 60-69 chiếm đầu số (58,3%). Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $55,6 \pm 10,5$, đây cũng là nhóm tuổi hay mắc bệnh ung thư. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Dabbagh Kakhki và cộng sự (2015) khi nghiên cứu kết quả xạ hình xương của 160 bệnh nhân ung thư có độ tuổi nghiên cứu trung bình là $55,7 \pm 14,1$ [3]; bệnh nhân chủ yếu tập trung nhóm tuổi 50- 59. Nghiên cứu của M.A. Wani và cộng sự cũng chỉ ra phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 50- 70 tuổi, chiếm tỷ lệ 45,2% [4].

Trong số các bệnh nhân ung thư được xạ hình xương, phổ biến nhất là ung thư phổi (27,8%), ung thư tuyến tiền liệt (11,1%). Các loại ung thư khác như ung thư vú, ung thư đại tràng, ung thư gan chiếm tỷ lệ ít hơn. Nghiên cứu của tác giả Mai Trọng Khoa có tỷ lệ phân bố các loại ung thư có sự khác biệt, ung thư vú chiếm tỷ lệ cao nhất (20,7%) [5]. Có thể giải thích sự khác biệt này là do thời điểm nghiên cứu khác nhau, do đặc điểm dịch tễ bệnh ung thư tại thời điểm nghiên cứu có sự khác biệt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 17/36 bệnh nhân phát hiện di căn xương (47,2%). Tỷ lệ phát hiện di căn xương khá cao, có thể giải thích được bởi nhiều bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn, Tỷ lệ phát hiện di căn xương cao nhất ở bệnh nhân ung thư phổi, có đến 70,0 % bệnh nhân ung thư phổi di căn xương. Tỷ lệ của chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu của Jaukovic và cộng sự là 57%.

Nghiên cứu phát hiện di căn xương ở 66,7% bệnh nhân ung thư vú, 50% ở bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt. Đây là các bệnh ung thư thường gặp di căn xương. Tỷ lệ di

căn xương ít gặp hơn trong các bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa: ung thư đại trực tràng, ung thư dạ dày. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Mai Trọng Khoa, kết quả di căn xương thấp ở nhóm bệnh nhân này [5]. Theo Nguyễn Danh Thanh nghiên cứu xạ hình xương ở bệnh viện 103, tỷ lệ ung thư đại trực tràng ở mức thấp (12,9%). Số lượng bệnh nhân ung thư tuyến giáp phát hiện di căn xương trong nghiên cứu của chúng tôi thấp, có thể giải thích do số lượng mẫu bệnh nhân ung thư tuyến giáp làm xạ hình xương ít [6].

Đánh giá vị trí di căn xương trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy vị trí di căn xương nhiều nhất gặp ở xương sườn 29,4%, xương cột sống 23,5%. Nghiên cứu của tác giả Kakhki và cộng sự cũng cho kết quả tương tự, xương cột sống 18,8%, xương sườn 14,4%. Các vị trí di căn ít gặp là xương cẳng tay, xương bả vai...[7].

Trong số 16 bệnh nhân được xạ hình xương phát hiện di căn, có 11/16 bệnh nhân có di căn đa ổ. Hầu hết các bệnh nhân phát hiện giai đoạn muộn, di căn nhiều nơi.

V. KẾT LUẬN

Xạ hình xương là phương pháp hữu hiệu để phát hiện di căn xương. Nghiên cứu kết quả xạ hình xương bằng Tc99m- HMDP của 36 bệnh nhân ung thư được xạ hình xương tại bệnh viện Thanh Nhàn từ 01/03/2022 đến 30/06/2022 cho thấy:

58,3% bệnh nhân được chỉ định xạ hình ở độ tuổi 60-69; nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn (69,4%).

Loại ung thư hay gặp di căn xương là ung thư phổi (27,8%). Trong số 36 bệnh nhân xạ hình, tỷ lệ phát hiện di căn là 47,2%.

Vị trí di căn hay gặp là xương sườn, xương cột sống, trong đó di căn đa ổ chiếm tỷ lệ nhiều hơn (64,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Coleman R.E (2001)**, Metastatic bone disease: clinical features, pathophysiology and treatment strategies, *Cancer Treat Rev*, 27(3), 165- 176.
2. **Savelli G, et al (2001)**, Bone scintigraphy and the added value of SPECT (single photon emission tomography) in detecting skeletal lesions, *The Quarterly Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, 45(1): 27.
3. **Kakhki V.R.D et al (2013)**, Pattern and distribution of bone metastases in common malignant tumors, *Nuclear Medicine Review*, 16(2): 66: 69.
4. **M.A. Wani (2014)**, Cancer trends in Kashmir Common types, site incidence and demographic profiles: National Cancer Registry 2000-2012, *Indian Journal of Cancer*, 55(2), 133-137
5. **Mai Trọng Khoa (2010)**, Ứng dụng kỹ thuật xạ hình SPECT tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai, <https://ungthubachmai.com.vn/ao-to/item/1351>.
6. **Nguyễn Danh Thanh, Nguyễn Kim Lưu (2010)**, Xạ hình ^{99m}Tc-MDP phát hiện ở bệnh nhân ung thư điều trị tại khoa Y học hạt nhân Bệnh viện 103.
7. **Kakhki V.R.D, Anvari K, Sadeghi R và cộng sự (2013)**, Pattern and distribution of bone metastases in common malignant tumors, *Nuclear Medicine Review*, 16(2), 66-69.

ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U TRUNG THẤT TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đào Quang Minh*, Bùi Văn Bình*,
Lê Tiến Tuấn*, Cao Văn Hà*

TÓM TẮT

Từ tháng 5/2019 đến tháng 9/2020 có 11 trường hợp u trung thất được phẫu thuật nội soi cắt u tại bệnh viện Thanh Nhàn (Hà Nội). Trong đó, có 7 bệnh nhân nam, 4 bệnh nhân nữ; tuổi thấp nhất là 24 tuổi, cao nhất là 73 tuổi; đường kính u lớn nhất : 8x 12 cm; thời gian mổ trung bình: 117±55 phút; thời gian hậu phẫu trung bình: 5,6±2,1 ngày; không có biến chứng tử vong. Mô bệnh học: U tuyến ức 5 trường hợp, u quái 3 trường hợp, u thần kinh 2 trường hợp và u nang màng tim 1 trường hợp. Điều trị bệnh lý u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực là phương pháp an toàn, hiệu quả và kết quả tốt.

Từ khóa: U trung thất, phẫu thuật nội soi lồng ngực

SUMMARY

THE APPLICATION OF THORACOSCOPIC SURGERY TREATMENT OF MEDIASTINAL TUMOR AT THANH NHAN HOSPITAL

From May 2019 to September 2020, we performed thoracoscopic surgery for 11 cases of mediastinal tumors at Thanh Nhan hospital, Ha Noi. There were 7 males, 4 females; with the highest age was 73 years old; the largest size of

tumors was: 8x12 cm; the average time of operation was: 117±55 minutes; the mean postoperative hospital stay was 5,6±2,1 days; the Morbidity- Mortality was none. Histopathology: Thymoma: 5 cases, Neuroma: 2 cases, Teratoma: 3 cases and Pericardial cyst: 1 case. Thoracoscopic surgery in management of mediastinal tumors is a safe and effective procedure.

Keyword: Mediastinal tumors; thoracoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U trung thất bao gồm tất cả các khối u lành tính hoặc ác tính ở trung thất. Trong đó 60% là các u tuyến ức, u thần kinh và các nang lành tính; 30% là u tế bào lympho, u quái trung thất, bệnh u hạt. Trong các phương pháp điều trị thì cho đến nay phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả. Có nhiều đường mổ để tiếp cận và cắt u trung thất. Tùy thuộc vào kích thước, vị trí hay tính chất u mà chọn đường mổ phù hợp. Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u trung thất đã nhanh chóng được chấp nhận và phổ biến trong hơn một thập niên qua do nó mang lại nhiều lợi ích như giảm đau sau mổ, sẹo mổ thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn, người bệnh phục hồi nhanh chóng trở lại làm việc[1],[2],[3]. Bệnh viện Thanh Nhàn là bệnh viện đa khoa hạng I, tuyến cuối của thành phố Hà Nội trong nhiều năm qua đã triển khai phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị các bệnh lý lồng ngực: kén khí phổi, cắt

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Bình

Email: binhbv34@gmail.com

ĐT: 0987251291

Ngày nhận bài: 23/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 13/6/2022

Ngày duyệt bài: 28/6/2022

hạch giao cảm ngực, cắt thùy phổi do ung thư và các khối u trung thất... Từ tháng 5 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020 chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nội soi lồng ngực cho 11 trường hợp u trung thất và bước đầu đã cho kết quả tốt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm tất cả những trường hợp đã được thực hiện phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u trung thất tại Đơn nguyên phẫu thuật Lồng ngực- tim mạch, bệnh viện Thanh Nhàn trong khoảng thời gian từ tháng 5/2019 đến tháng 9/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả hồi cứu
- Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án vào bệnh án nghiên cứu
- Chỉ số nghiên cứu: tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật, biến chứng trong và sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ, kết quả sau mổ.

2.3 Quy trình phẫu thuật

- Tư thế bệnh nhân, cách thức gây mê và vị trí chọn đặt trocar vào lồng ngực để tiếp cận u và thực hiện thao tác phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí của u nằm ở trung thất trước hay trung thất sau; ở bên phải hay bên trái...
- Phương tiện, dụng cụ phẫu thuật: Dàn phẫu thuật nội soi và bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi lồng ngực.
- Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản 2 nòng, thông khí một phổi.
- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân có thể được nằm nghiêng 45⁰ hoặc 90⁰ sang bên đối diện.

- Vị trí đặt trocar: thông thường đặt 3 trocar theo nguyên tắc “tam giác dụng cụ”- trocar thứ nhất đặt ở khoang liên sườn V-VI đường nách giữa để đưa camera vào lồng

ngực quan sát; trocar thứ hai đặt ở khoang liên sườn III đường nách trước- giữa; trocar thứ ba đặt ở khoang liên sườn IV đường giữa đòn- nách trước. Trocar thứ hai và ba để thực hiện thao tác phẫu thuật.

- Đánh giá vị trí, kích thước, tính chất và liên quan của khối u với những tổ chức, cơ quan lân cận như mạch máu, thần kinh, khí phế quản, tim... Tiến hành phẫu tích và cắt u, lấy u ra ngoài lồng ngực bằng túi nylon kết hợp với mở ngực nhỏ vị trí đặt trocar. Kiểm tra và cầm máu diện phẫu thuật. Dẫn lưu khoang màng phổi bằng 1 ống silicon 32F hoặc 18F hút với áp lực âm 20cm H₂O. Nở phổi và đóng các lỗ trocar. Khối u lấy ra được gửi làm giải phẫu bệnh lý.

- Sau phẫu thuật bệnh nhân được theo dõi tình trạng lâm sàng, dẫn lưu màng phổi, các biến chứng và lý liệu pháp hô hấp...

2.4 Đánh giá kết quả sớm sau mổ

- Kết quả tốt: thực hiện thành công phẫu thuật nội soi, không có biến chứng
- Kết quả trung bình: thực hiện thành công phẫu thuật nội soi với tai biến được xử trí tốt bằng nội soi, biến chứng sau mổ nhưng không phải mổ lại, không cắt được toàn bộ u mà phải để lại một phần mô khối u do dính vào các cấu trúc lân cận.
- Kết quả xấu: không thực hiện được phẫu thuật nội soi mà phải mở ngực để cắt u, hoặc xử trí các biến chứng như chảy máu... Các biến chứng sau mổ như chảy máu, xẹp phổi, nhiễm trùng khoang màng phổi.. phải mổ lại để xử trí biến chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Có 11 bệnh nhân với 7 nam và 4 nữ; thấp nhất là 24 tuổi, cao nhất là 73 tuổi
- Đặc điểm lâm sàng:

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân
Mệt mỏi, ăn uống kém	3
Nuốt nghẹn	0
Khó thở	2
Khàn tiếng	0
Nhược cơ	2
Tức ngực	5
Không có triệu chứng	4

3.2. Vị trí khối u: Có 5 trường hợp khối u nằm ở trung thất trước, giữa; 3 trường hợp nằm ở trung thất trước lệch trái; 1 trường hợp u nằm ở trung thất sau, trên bên phải, 1 trường hợp u trung thất sau, trái; 1 trường hợp u nằm trung thất giữa phải.

3.3 Kích thước khối u

Tất cả bệnh nhân được chụp X-quang và CT-scanner lồng ngực xác định. Kích thước khối u trung thất đo được trên phim chụp CT-scanner lồng ngực: kích thước nhỏ nhất là: 2x3 cm và lớn nhất là: 8x 12cm

3.4 Quá trình phẫu thuật

- Tất cả 11 trường hợp được gây mê nội khí quản 2 nồng
- Có 10 trường hợp được phẫu thuật cắt u hoàn toàn, 1 trường hợp cắt u tối đa, không có biến chứng xảy ra trong mổ.
- Thời gian phẫu thuật trung bình là 117±55 phút

3.5 Kết quả giải phẫu bệnh lý

Bảng 2. Kết quả giải phẫu bệnh lý

Giải phẫu bệnh khối u	Số bệnh nhân
U tuyến ức (Thymoma)	5
U thần kinh (Neuroma)	2
U quái (Teratoma)	3
U nang màng tim (Pericardial cyst)	1

3.6 Thời gian dẫn lưu ngực

Thời gian rút dẫn lưu ngực trung bình là 3,2±1,5 ngày

3.7 Các biến chứng sau mổ

Không có biến chứng trong và sau mổ như chảy máu, suy hô hấp, nhiễm trùng khoang màng phổi, tràn dịch tràn khí khoang màng phổi...

3.8 Thời gian nằm viện trung bình sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 5,6±2,1 ngày.

3.9 Kết quả sau mổ

Các bệnh nhân được hẹn khám lại định kỳ sau mổ, tình trạng lâm sàng tốt, không đau vết mổ, không có biến chứng và hài lòng với thẩm mỹ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị u trung thất.

Phẫu thuật nội soi lồng ngực trong bệnh lý u trung thất đem lại nhiều lợi ích trong việc chẩn đoán cũng như điều trị bệnh. Trong chẩn đoán, phương pháp này có thể tiếp cận được tất cả các vùng của trung thất như trung thất sau, đỉnh phổi... Phẫu thuật nội soi còn đánh giá được mức độ xâm lấn, giai đoạn và khả năng phẫu thuật triệt căn, lấy được bệnh phẩm đủ lớn để làm xét nghiệm định danh và phân biệt các loại u trung thất. Trong điều trị, phẫu thuật nội soi đem lại nhiều lợi ích như ít đau sau mổ, ít nguy cơ nhiễm trùng vết mổ, có tính thẩm mỹ cao, người bệnh phục hồi sớm do đó góp phần giảm chi phí điều trị[1],[2],[4],[5],[6].

U trung thất rất đa dạng, chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm u đặc là u thần kinh và thường nằm ở trung thất sau. U tuyến ức, u lympho và tiếp đến là u tế bào mầm thường

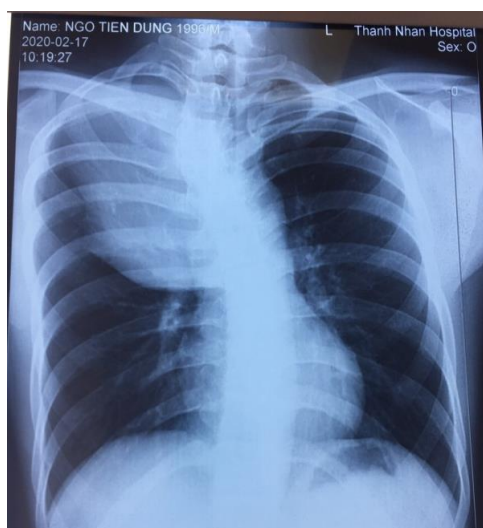
xuất phát ở trung thất trước, trên. U nang thường xuất phát từ màng tim, từ phế quản, màng phổi và thường ở trung thất giữa[2],[3].

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng: phẫu thuật nội soi điều trị u trung thất nên được chỉ định trong những trường hợp u lành tính hoặc những tổn thương ác tính giai đoạn sớm. Với những u trung thất nói chung nên chỉ định phẫu thuật nội soi khi u có kích thước dưới hoặc bằng 8cm. Các tác giả khuyến cáo khi phẫu thuật không được làm vỡ u, phải cắt bỏ trọn u, lấy u ra ngoài trong túi nylon tránh gieo rắc tế bào ung thư trong lồng ngực và vết mổ. Với u tuyến ức nên chỉ định khi u ở giai đoạn I theo phân loại Masaoka. Mục đích của phẫu thuật là cắt bỏ được hết tuyến và phần mỡ trung thất trước[7],[8],[9].

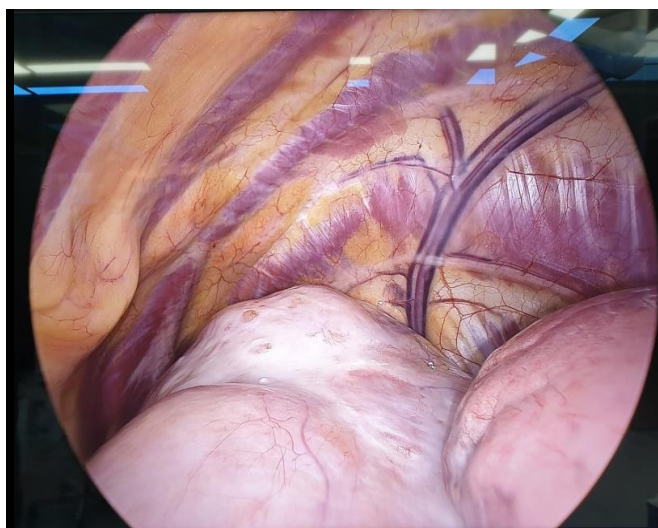
Nói chung cho đến nay, phẫu thuật nội soi lồng ngực đã được ứng dụng để cắt bỏ u trung thất: u thần kinh, u tuyến ức, u quái, các nang màng tim, nang phế quản... Cũng như mổ nội soi các bệnh lý khác, khi kíp mổ

được đào tạo và có trang thiết bị hiện đại thì các bệnh lý ngoại khoa trong lồng ngực đều có thể thực hiện được qua phẫu thuật nội soi bao gồm cả những phẫu thuật nội soi bằng Rô-bốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10/11 trường hợp phẫu thuật nội soi hoàn toàn. Trong đó, 5 trường hợp u tuyến ức được cắt u và tổ chức mỡ trung thất trước, giải phẫu bệnh có 2 trường hợp thymoma tuýp AB, 2 trường hợp thymoma tuýp B1 và 1 trường hợp tuýp B2. Có 3 trường hợp u quái, 1 trường hợp u thần kinh trung thất sau bên trái và 1 trường hợp u nang màng tim cũng được cắt bỏ hoàn toàn. Có 1 trường hợp u thần kinh kích thước lớn 8x 12cm nằm ở trung thất sau trên bên phải, khối u phát triển ôm quanh tĩnh mạch chủ trên, qua cột sống sang bên khoang màng phổi trái, chúng tôi sử dụng phẫu thuật có nội soi hỗ trợ (VATS) cắt tối đa u và tránh tổn thương các cấu trúc xung quanh.



A)



B)

Hình 1. Hình ảnh U trung thất: XQ ngực thẳng (A) và trong mổ (B)

4.2. Kết quả điều trị

Các tác giả đều cho rằng, trong trường hợp u có kích thước lớn, hoặc xâm lấn vào các tổ chức như mạch máu, thần kinh hay phế quản, hoặc trường hợp có biến chứng chảy máu khó kiểm soát được bằng nội soi thì phải chuyển mổ mở sớm để thực hiện phẫu thuật cho an toàn[1],[2]. Có 10 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện

phẫu thuật nội soi hoàn toàn và không gặp nhiều khó khăn trong quá trình phẫu tích và cắt trọn khối u, 1 trường hợp phẫu thuật cắt u có nội soi hỗ trợ có kích thước lớn và phát triển xung quanh nhiều cấu trúc mạch máu nhưng cũng không xảy ra biến chứng chảy máu trong và sau phẫu thuật.



Hình 2. Khối u quái trung thất được cắt bỏ hoàn toàn qua PTNS

Tất cả 11 trường hợp quá trình điều trị hậu phẫu diễn biến thuận lợi, thời gian phẫu thuật trung bình là 117 ± 55 , thời gian trung bình rút dẫn lưu ngực là $3,2 \pm 1,5$ ngày; thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $5,6 \pm 2,1$ ngày. Sau mổ bệnh nhân được khám lại định kỳ, không có biến chứng, sẹo mổ đẹp, rất ít đau sau mổ.

V. KẾT LUẬN

PTNSLN là một phương pháp phẫu thuật rất tốt trong điều trị các bệnh lý u trung thất. Kích thước, tính chất và độ xâm lấn u là các tiêu chí quan trọng để chọn lựa bệnh nhân. Ít đau sau mổ thời gian nằm viện ngắn và sẹo mổ thẩm mỹ là các ưu điểm cơ bản của phương pháp này. Vì vậy, PTNSLN cắt u

trung thất là một phẫu thuật an toàn, có thể áp dụng rộng rãi, không có tử vong, ít tai biến và biến chứng, kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Quang Khánh (2015). Nghiên cứu kết quả điều trị u trung thất nguyên phát bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. Luận án Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
2. Phạm Hữu Lư (2015). Nghiên cứu điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Beau V. Duwe, Daniel H. Tenman và Ali I. Musani (2005). Tumors of the Mediastinum. Chest 128, 2893-2900.

4. **Trần Minh Bảo Luân (2007).** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đoán và điều trị u trung thất. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 11 (phụ bản số 1), nghiên cứu Y học chuyên đề ngoại khoa 356.
5. **Văn Tần (2010).** Phẫu thuật bướu trung thất qua nội soi lồng ngực. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập số 4, Phụ bản số 14.
6. **Alberto de Hoyos, Amit Patel và Ricardo S.Santos (2005).** Video asisisted thoracic surgery for mediastinal tumors and other diseases within the mediastinum. General Thoracic Surg, 2, 2455-2476.
7. **Nguyễn Công Minh (2012).** Hiệu quả ung thư học trong phẫu thuật cắt rộng tuyến ức qua nội soi - điều trị bệnh nhược cơ - có u (Nghiên cứu đa trung tâm: Bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện Y dược, bệnh viện cấp cứu Trung Vương). Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 16, phụ bản số 1.
8. **J. Huang, N. P. Rizk, W. D. Travis và cộng sự (2009).** Comparison of patterns of relapse in thymic carcinoma and thymoma. J Thorac Cardiovasc Surg, 138 (1), 26-31.
9. **Huỳnh Quang Khánh (2008).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến hung trong điều trị bệnh nhược cơ. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 13 (phụ bản số 1), Nghiên cứu chuyên đề ngoại khoa: 75-80.

PHẪU THUẬT TRÌ HOÃN MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH

Phạm Quang Phúc*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo các hướng dẫn hiện hành, đối với tổn thương máu tụ dưới màng cứng (DMC) cấp tính có bề dày khối máu tụ lớn hơn hoặc bằng 10 mm và hoặc đường giữa bị dẹt đẩy trên 5 mm thì chỉ định mổ cấp cứu lấy máu tụ bất kể điểm Glasgow (GCS) là bao nhiêu. Phương pháp phẫu thuật thường là mở sọ với mảnh volet đủ lớn để lấy hết khối máu tụ với phương pháp vô cảm là gây mê nội khí quản. Tuy nhiên đối với một số trường hợp bệnh nhân (BN) lớn tuổi, mặc dù trên phim chụp cắt lớp vi tính có chỉ định mổ như trên nhưng có thể theo dõi trì hoãn phẫu thuật để chờ khối máu tụ cấp tính trở thành bán cấp hoặc mạn tính. Sự trì hoãn này cho phép từ một cuộc mổ thuật phức tạp, đường mổ rộng, volet sọ lớn thành một cuộc phẫu thuật đơn giản hơn với đường mổ nhỏ, mất máu ít, thời gian phẫu thuật ngắn hơn.

Phương pháp nghiên cứu: Trong khoảng thời gian 3 năm, từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2021 chúng tôi đã hồi cứu được 17 trường hợp máu tụ DMC cấp tính ở người lớn tuổi được trì hoãn phẫu thuật. Kết quả được đánh giá bằng thang điểm Glasgow khi BN ra viện và thang điểm GOS (Glasgow Outcome Scale) khám lại sau 3 tháng.

Kết quả: Có 7 BN nữ (41,2%) và 10 BN nam (58,8%). Độ tuổi trung bình là 76, từ 55 đến 91

tuổi. Có 14 BN (82,4%) có độ tuổi trên 60. Có chế chấn thương là có 11 BN (64,7%) bị ngã. Số ngày trung bình từ khi bị tai nạn đến khi phẫu thuật là 12 ngày, từ 7 đến 21 ngày. Khi ra viện, 13BN (76,5%) có Glasgow 15 điểm, 2BN (11,8%) 14 điểm, 2BN (11,8%) 13 điểm. Sau 3 tháng khám lại có 13BN (76,5%) điểm GOS 4-5, 4BN (23,5%) điểm GOS 3.

Kết luận: Máu tụ DMC cấp tính hay gặp ở người lớn tuổi, khi tình trạng tri giác cho phép theo dõi để trì hoãn điều trị có thể phẫu thuật đơn giản hơn, giảm thời gian phẫu thuật và nguy cơ do phẫu thuật gây lên.

Từ khóa: Máu tụ dưới màng cứng cấp tính, trì hoãn phẫu thuật

SUMMARY

DELAYED SURGERY IN ACUTE SUBDURAL HEMATOMA

Background: Current guidelines recommend an acute subdural hematoma (ASDH) with a thickness greater than or equal to 10 mm or a midline shift greater than or equal to 5 mm be evacuated regardless of Glasgow Coma Scale (GCS). The surgical method is usually craniotomy with a volet large enough to remove the hematoma with the anesthetic method of endotracheal anesthesia. A subset of patients who are typically older if not elderly meet the above criteria but have a monitorable neurologic exam. These patients can be followed and taken in a delayed manner allowing the ASDH to become chronic. This delay allows from a complex surgery, wide incision, large skull volet, endotracheal anesthesia to a surgery with small incision, local anesthesia, shorter surgery time.

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Phúc

Email: bsphamquangphuc@gmail.com

ĐT: 0973689903

Ngày nhận bài: 15/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2022

Ngày duyệt bài: 25/6/2022

Methods: Between January 2019 and December 2021, we retrospectively recalled 17 cases of acute subdural hematoma in older adults with delayed surgery. Outcomes were assessed by the Glasgow scale when the patient was discharged from the hospital and the GOS score (Glasgow Outcome Scan) after 3 months.

Results: There were 7 female patients (41.2%) and 10 male patients (58.8%). The average age is 76, from 55 to 91 years old. There are 14 patients (82.4%) who are over 60 years old. Mechanism of injury was a fall for 11 patients (64,7%). The average number of days from accident to surgery was 12 days, from 7 to 21 days. At discharge, 13 patients (76.5%) had GCS 15, 2 patients (11.8%) GCS14, and 2 patients (11.8%) GCS 13. After 3 months of re-examination, there were 13 patients (76.5%) with a GOS score of 4-5, 4 patients (23.5%) with a GOS score of 3.

Conclusion: Acute subdural hematoma is common in the elderly. With a good neurologic exam, delayed surgical treatment can make surgery simpler, reducing the time of surgery and the risk of complications from surgery.

Keys words: Acute subdural hematoma, delayed surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với máu tụ dưới màng cứng (DMC) cấp tính, các hướng dẫn hiện hành đều đưa ra là khi bề dày khối máu tụ ≥ 10 mm hoặc đường giữa bị dẹt ≥ 5 mm trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) thì chỉ định mổ bất kể điểm Glasgow (GCS) là bao nhiêu [1]. Phương pháp phẫu thuật vẫn tranh luận là mở sọ lấy máu tụ giải ép não hoặc chỉ mở sọ lấy máu tụ [2]. Tuy nhiên, người ta nhất trí chung là cần mở miếng xương sọ đủ lớn để lấy bỏ hết khối máu tụ.

Những bệnh nhân (BN) máu tụ DMC cấp tính có độ tuổi trên 65 khi phẫu thuật lấy khối máu tụ có kết quả thường kém [3]. Những BN lớn tuổi được phẫu thuật lấy bỏ khối máu tụ thì điểm GCS trước mổ có tương quan đến kết quả phẫu thuật [4]. Thời gian phẫu thuật lâu hơn có liên quan đến các biến chứng sau phẫu thuật lớn hơn [5].

Một số tác giả cho rằng, ở những BN lớn tuổi bị Máu tụ DMC cấp tính, khi tình trạng tri giác cho phép và được theo dõi sát, mặc dù có đủ tiêu chuẩn để chỉ định phẫu thuật lấy bỏ khối máu tụ cấp cứu nhưng có thể trì hoãn để chờ khối máu tụ cấp tính thành khối máu tụ bán cấp hoặc mạn tính sau đó mới tiến hành phẫu thuật. Việc này đã giúp cho một cuộc phẫu thuật phức tạp ở những BN lớn tuổi thành cuộc phẫu thuật đơn giản hơn, vết mổ nhỏ hơn, phẫu thuật thưa cắt sọ nhỏ hơn, mất máu ít hơn, thời gian gây mê ngắn hơn, giảm các nguy cơ biến chứng sau mổ cho BN [4].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả hồi cứu tất cả các BN bị máu tụ DMC cấp tính trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có đường giữa bị dẹt trên 5mm và hoặc có bề dày khối máu tụ chỗ lớn nhất trên 10mm được trì hoãn phẫu thuật tại khoa Ngoại thần kinh Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2021. Tất cả các BN đều có phim CLVT sọ não trước phẫu thuật, mức độ dẹt đường giữa và bề dày khối máu tụ được ghi nhận lại. BN được bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật thần kinh khám đánh giá tri giác và theo dõi sát.

Có 17 BN được ghi nhận, với hồ sơ bệnh án đầy đủ ghi lại tuổi, giới tính, thời gian tai nạn ban đầu, ngày phẫu thuật, thời gian trì hoãn từ khi bị chấn thương đến khi phẫu

thuật, thời gian nằm viện, các triệu chứng lâm sàng bao gồm cả điểm GCS và dấu hiệu trên phim chụp CLVT lúc mới nhập viện và trước khi phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật được thực hiện, phương pháp gây mê, thời gian phẫu thuật, Hb trước và sau phẫu thuật, GCS sau phẫu thuật, Glasgow Outcome Scale (GOS) sau 3 tháng khám lại.

Tiêu chuẩn để tiến hành phẫu thuật cho BN, thời gian phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật là phụ thuộc vào bác sĩ trực tiếp phẫu thuật cho BN. Chúng tôi thường tiến hành phẫu thuật khi theo dõi thấy tri giác BN suy giảm hay các triệu chứng lâm sàng khác tăng lên như BN đau đầu tăng, thay đổi trạng thái tâm thần... Phương pháp phẫu thuật cũng phụ thuộc vào tiến triển của khối máu tụ. Nếu máu tụ đã thành mạn tính hoặc bán cấp nhưng đã dịch hóa gần hết thì chỉ cần khoan sọ 1 lỗ và bơm rửa khối máu tụ với

phương pháp vô cảm bằng gây tê tại chỗ. Nếu máu tụ bán cấp còn hình ảnh nhiều máu cục có thể mở xương sọ với đường kính mảnh xương 3 – 5cm, mở màng cứng bơm rửa lấy máu tụ, phương pháp vô cảm là gây mê nội khí quản. Sau phẫu thuật BN được điều trị theo phác đồ kháng sinh, truyền dịch, giảm đau. Khi ra viện đều được đánh giá tri giác theo thang điểm GCS, hẹn khám lại sau 3 tháng và sổ ghi chép tại khoa khám bệnh là cơ sở để xác định điểm GOS của BN.

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS20.0 và các thuật toán y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số BN nghiên cứu là 17, trong đó độ tuổi trung bình là 76, từ 55 đến 91 tuổi. Có 14 BN (82,4%) có độ tuổi trên 60. Tỷ lệ giới tính là 7 BN nữ (41,2%) và 10 BN nam (58,8%).

Lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính.

Bảng 1. Đặc điểm chung và một số dấu hiệu lâm sàng, hình ảnh trên phim CLVT

Đặc điểm chung và một số dấu hiệu lâm sàng, hình ảnh trên phim CLVT		
Nữ giới: n(%)	7	41,2
Nam giới: n(%)	10	58,8
Tuổi: trung bình (phạm vi)	76	55 - 91
Thời gian từ khi tai nạn đến khi phẫu thuật (ngày): trung bình (phạm vi)	12	7 - 21
Nguyên nhân chấn thương do ngã cao: n(%)	11	64,7%
Đè đẩy đường giữa trên CLVT lần đầu (mm): trung bình (phạm vi)	6	0 - 11
Đè đẩy đường giữa trên CLVT trước khi phẫu thuật (mm): trung bình (phạm vi)	12	7 - 15
Bề dày khối máu tụ trên CLVT lần đầu (mm): trung bình (phạm vi)	13	8 - 19
Bề dày khối máu tụ trên CLVT trước khi phẫu thuật (mm): trung bình (phạm vi)	17	12 - 23
Máu tụ DMC bên bán cầu phải: n(%)	6	35,3
Máu tụ DMC bên bán cầu trái: n(%)	11	64,7
Điểm Glasgow lúc nhập viện: trung bình (phạm vi)	15	14 - 15
Điểm Glasgow trước phẫu thuật: trung bình (phạm vi)	13	10 - 15

Phần lớn BN khi vào viện có tri giác tỉnh táo, có điểm GCS ≥ 14 , Các BN đều không có biểu hiện liệt khu trú hay giãn đồng tử, 5 BN (29,4%) đau đầu. Trên phim chụp CLVT ban đầu tất cả các BN đều có hình ảnh máu tụ DMC cấp tính mức độ đè đẩy đường giữa trung bình là 6mm, bề dày khối máu tụ trung bình là 13mm. Có 10 BN đường giữa bị đè đẩy trên 5mm, 15 BN có bề dày khối máu tụ trên 10mm. Trước khi phẫu thuật, có 4 BN

đau đầu tăng lên, 7 BN yếu $\frac{1}{2}$ người, 12 BN (70,5%) có điểm GCS ≥ 13 . Trên phim CLVT, tất cả các BN đều có đường giữa bị đè đẩy trên 7mm, bề dày khối máu tụ trên 12mm.

Phẫu thuật và kết quả sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, thời gian phẫu thuật trung bình là 65 phút (35 – 120 phút). Sự thay đổi Hb trung bình là 13 (g/L) với phạm vi từ 4 – 23 g/L (Bảng 2)

Bảng 2. Đặc điểm trong phẫu thuật và kết quả sau phẫu thuật

Đặc điểm trong phẫu thuật và kết quả sau phẫu thuật		
Đường kính mở sọ 3 – 5 cm: n(%)	6	35,3
Khoan sọ 1 lỗ: n(%)	11	64,7
Thời gian phẫu thuật (phút): trung bình (phạm vi)	65	35 - 120
Lượng máu mất (giảm HB – g/L): trung bình (phạm vi)	13	4 - 23
Địa điểm ra viện: n(%)		
Về nhà	9	52,9
Chuyển tuyến dưới	5	29,4
Cơ sở phục hồi chức năng	3	17,7
Điểm Glasgow khi ra viện: n(%)		
15	13	76,4
14	2	11,8
13	2	11,8
≤ 12	0	0

Thời gian trung bình nằm viện sau phẫu thuật là 10 ngày. Khi ra viện có 9 BN về nhà, 5 BN được chuyển xuống tuyến dưới điều trị tiếp, 3 BN được điều trị nội trú phục hồi chức năng. Khi ra viện có 13 BN có điểm GCS 15, 2 BN GCS 14 và 2 BN GCS 13 điểm. Có 2 trường hợp phải phẫu thuật lần hai, đều được phẫu thuật khoan sọ 1 lỗ để bơm rửa lấy hết máu tụ còn sót lại.

Kết quả khám lại sau 3 tháng ra viện có 13BN (76,5%) điểm GOS 4-5, 4BN (23,5%) điểm GOS 3 (Bảng 3)

Bảng 3. Kết quả khám lại sau 3 tháng theo thang điểm GOS

GOS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
GOS1	0	0
GOS2	0	0
GOS3	4	23,5
GOS4	4	23,5
GOS5	9	53,0

IV. BÀN LUẬN

Máu tụ DMC cấp tính có bề dày khối máu

tụ trên 10 mm và hoặc bị đè đẩy đường giữa trên 5mm trên phim chụp CLVT là có chỉ định phẫu thuật cấp cứu bất kể điểm GCS bao nhiêu theo các hướng dẫn hiện hành [1]. Việc mở sọ với mảnh xương đủ lớn (có đường kính > 10cm) thường được lựa chọn, điều này cho phép kiểm soát được khối máu tụ và nguồn chảy máu. Tuy nhiên, ở những BN lớn tuổi, BN mắc những bệnh nội khoa nặng nề như suy thận lọc máu chu kỳ, suy tim, BN phải sử dụng thuốc chống đông... Thì việc phẫu thuật như trên sẽ có nhiều nguy cơ biến chứng cho BN do phải gây mê nội khí quản, thời gian phẫu thuật kéo dài, nguy cơ chảy máu, nhiễm trùng sau mổ, viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, huyết khối tắc mạch... làm cho kết quả phẫu thuật không được như mong đợi.

Với các BN nói trên, nếu lúc nhập viện, tình trạng tri giác cho phép, $GCS \geq 14$ điểm, mặc dù trên phim chụp CLVT có tổn thương máu tụ DMC cấp tính đè đẩy đường giữa trên 5mm và hoặc có bề dày khối máu tụ trên 10 mm, chúng tôi không chỉ định phẫu thuật cấp cứu mà trì hoãn điều trị nội khoa, giám sát chặt chẽ về tri giác, các dấu hiệu lâm sàng, chụp CLVT kiểm tra. Việc trì hoãn này cho phép khối máu tụ cấp tính trở thành bán cấp hoặc mạn tính, khi đó sẽ tiến hành với một phẫu thuật đơn giản hơn, đường mở sọ nhỏ hơn, có thể chỉ cần khoan một lỗ để dẫn lưu máu tụ. Điều này làm cho cuộc phẫu thuật đơn giản hơn, đường mổ nhỏ hơn, thời gian phẫu thuật ngắn hơn, lượng máu mất ít hơn, giảm các nguy cơ biến chứng sau mổ đặc biệt với những BN cao tuổi, người có tiền sử dùng các thuốc chống đông.

Thời gian phẫu thuật đã được chứng minh là có tương quan đến việc gia tăng các biến chứng sau mổ ở các BN cao tuổi, theo Kim và cộng sự cho thấy thời gian phẫu thuật có

tương quan với tăng biến chứng sau phẫu thuật [6]. Chúng tôi so sánh thời gian phẫu thuật ở nhóm BN máu tụ DMC cấp tính được trì hoãn phẫu thuật là 65 phút giảm so với nhóm BN được mổ cấp cứu lấy máu tụ là 115 phút, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê.

Lượng máu mất trong mổ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cũng giảm đáng kể so với các BN được phẫu thuật cấp cứu, chúng tôi đánh giá lượng máu mất bằng việc định lượng Hb trước và sau mổ. Lượng Hb trong nhóm nghiên cứu giảm trung bình sau mổ là 13g/L giảm hơn so với nhóm mổ cấp cứu trung bình là 26g/L. Theo Asano và cộng sự đã báo cáo rằng mất máu trong phẫu thuật > 350ml và giảm nồng độ Hb > 20g/L có liên quan đáng kể đến tăng nguy cơ biến chứng toàn thân sau phẫu thuật [8].

Mặc dù kết quả của nhóm nghiên cứu máu tụ DMC cấp tính được điều trị trì hoãn phẫu thuật khá khả quan, tuy nhiên việc lựa chọn BN là hết sức chặt chẽ, phần lớn là BN lớn tuổi, có tri giác tốt, được bác sĩ chuyên khoa theo dõi sát, không áp dụng với những BN có tri giác lúc vào viện xấu ($GCS \leq 13$ điểm), có biểu hiện dấu hiệu thần kinh khu trú.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả khi ra viện, có 76,4% BN có GCS 15 điểm. Tại thời điểm khám lại sau 3 tháng, có 76,5% BN có GOS 4-5. So sánh với nhóm BN máu tụ DMC cấp tính được phẫu thuật cấp cứu trước đây thì chúng tôi thấy kết quả của nhóm nghiên cứu là cải thiện hơn.

Theo Choi và cộng sự đã công bố 18 trường hợp máu tụ DMC cấp tính được trì hoãn phẫu thuật, khi ra viện kết quả là 89% có GOS 4-5. Độ tuổi trung bình của BN là 67 (38 – 83 tuổi). Thời gian trì hoãn phẫu thuật trung bình là 13,9 ngày (7 – 28) [9]. So với nghiên cứu này, trong nghiên cứu của chúng tôi số ngày trì hoãn phẫu thuật, kết

quả BN khi ra viện cũng tương tự.

Theo các hướng dẫn hiện nay thì với máu tụ DMC cấp tính trên phim chụp CLVT có bề dày khối máu tụ trên 10mm và hoặc dịch chuyển đường giữa trên 5mm thì chỉ định mổ cấp cứu bất kể Glasgow bao nhiêu điểm, không nhắc đến tuổi bệnh nhân. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy, ở những BN lớn tuổi, mặc dù trên phim CLVT thỏa mãn chỉ định mổ cấp cứu nhưng tri giác BN tỉnh, Glasgow ≥ 14 điểm thì có thể trì hoãn phẫu thuật để cho khối máu tụ trở thành bán cấp hoặc mạn tính, khi đó sẽ phẫu thuật đơn giản hơn, kết quả và tiên lượng tốt hơn. Tuy nhiên việc này chỉ nên áp dụng tại các tuyến có chuyên khoa, có đủ trang thiết bị theo dõi và phẫu thuật để khi cần thiết có thể tiến hành mổ cấp cứu cho BN.

V. KẾT LUẬN

Các hướng dẫn chỉ ra rằng với máu tụ DMC cấp tính có bề dày khối máu tụ trên phim CLVT trên 10mm và hoặc di chuyển đường giữa trên 5mm thì chỉ định mổ cấp cứu bất kể điểm Glasgow là bao nhiêu. Tuy nhiên, những BN lớn tuổi đáp ứng các tiêu chuẩn trên, có tri giác tốt (Glasgow 14 – 15 điểm) có thể tốt hơn nếu trì hoãn phẫu thuật để khối máu tụ cấp tính trở thành bán cấp hoặc mạn tính, cho phép phẫu thuật đơn giản hơn, thời gian phẫu thuật ngắn, mất máu trong mổ ít, giảm tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quang Tuyền (2014).** Chấn thương sọ não. Nhà xuất bản y học, Hà Nội
2. **Lý Ngọc Liên, Đồng Văn Hệ (2013).** Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản y học, Hà Nội
3. **Wilberger JE, Jr., Harris M, Diamond DL:** Acute subdural hematoma: morbidity, mortality, and operative timing. J Neurosurg. 1991, 74:212-218.
4. **Akbik OS, Starling RV, Gahramanov S, Zhu Y, Lewis J:** Mortality and functional outcome in surgically evacuated acute subdural hematoma in elderly patients. World Neurosurg. 2019, 126:e1235-e1241
5. **Hersey AE, Durand WM, Eltorai AEM, DePasse JM, Daniels AH:** Longer operative time in elderly patients undergoing posterior lumbar fusion Is independently associated with increased complication rate. Global Spine J. 2019, 9:179-184
6. **Kim BD, Hsu WK, De Oliveira GS, Jr., Saha S, Kim JY:** Operative duration as an independent risk factor for postoperative complications in single-level lumbar fusion: an analysis of 4588 surgical cases. Spine. 2014, 39:510-520
7. **Oh T, Safaei M, Sun MZ, et al.:** Surgical risk factors for post-operative pneumonia following meningioma resection. Clin Neurol Neurosurg. 2014, 118:76-79.
8. **Asano K, Nakano T, Takeda T, Ohkuma H:** Risk factors for postoperative systemic complications in elderly patients with brain tumors. Clinical article. J Neurosurg. 2009, 111:258-264
9. **Choi YH, Han SR, Lee CH, Choi CY, Sohn MJ, Lee CH:** Delayed burr hole surgery in patients with acute subdural hematoma: clinical analysis. J Korean Neurosurg Soc. 2017, 60:717-722

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CO GIẬT DO SỐT Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nghiêm Thị Mai Sang*, Nguyễn Thị Lan Hương*, Đỗ Thị Hương Giang*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Co giật do sốt (CGDS) là một cấp cứu nhi khoa thường gặp nhất trong các loại co giật. **Mục tiêu:** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và yếu tố liên quan đến co giật do sốt ở trẻ em tại Bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng:** 112 trẻ từ 6 tháng đến dưới 5 tuổi được chẩn đoán co giật do sốt đã khám và điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 01-2021 đến tháng 09-2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Co giật do sốt thường xảy ra ở trẻ dưới 3 tuổi chiếm 79,5%. Co giật thường xảy ra ở thân nhiệt 38,6 - 40 độ C chiếm 82,1%. Co giật toàn thể là chủ yếu chiếm 89,3%, thường chỉ có 1 cơn co giật trong 24 giờ chiếm 69,6%. Co giật do sốt đơn thuần có 67,0%, co giật do sốt phức hợp 33,0%. Tuổi khởi phát co giật do sốt phức hợp thấp hơn co giật do sốt đơn thuần ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tiền sử gia đình có co giật do sốt và động kinh giữa nhóm co giật do sốt đơn thuần và co giật do sốt phức hợp.

Từ khóa: Co giật do sốt, co giật ở trẻ em

SUMMARY

COMMENT ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATED TO FEBRILE

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Thị Mai Sang

Email: maisangnghiem@gmail.com

Số điện thoại: 0382070900

Ngày nhận bài: 17/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 17/6/2022

Ngày duyệt bài: 01/7/2022

CONVULSIONS IN CHILDREN AT THANH NHAN HOSPITAL

Introduction: Febrile seizures are the most common type of seizures in the pediatric age group. **Objective:** Clinical characteristics and some factors related to febrile convulsions in children at Thanh Nhan hospital. **Subjects:** 112 children from 6 months to under 5 years were diagnosed with febrile seizures and treated at Thanh Nhan hospital from 01-2021 to 09-2022. **Methods:** a cross-sectional, descriptive study. **Results and Conclusion :** Febrile convulsion occur in children ages under 3 years 79,5%. Seizures usually occur at a body temperature of 38,6 - 40 degrees 82,1%. Major generalized convulsions 89,3%, usually only 1 seizure in 24 hours 69,6%. 67,0% patients had a simple febrile seizure; 33,0% complex febrile seizure. The age of onset of complex febrile seizures is lower than that of simple febrile seizures ($p < 0,05$). There was no difference in family history of febrile convulsions or epilepsy between the groups of simplex febrile seizures and complex febrile seizures.

Keywords: Febrile convulsion, convulsions in children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co giật do sốt là một bệnh rất thường gặp ở trẻ em. Theo thống kê của tác giả Mỹ và Châu Âu có từ 3 -5% trẻ bị CGDS một lần ở trẻ dưới 5 tuổi [1]. Nguyên nhân của sốt thường do nhiễm virus đường hô hấp [2]. Việc chẩn đoán CGDS không chỉ có ý nghĩa điều trị ở giai đoạn cấp, mà có ý nghĩa điều trị điều trị và tiên lượng lâu dài, theo dõi di chứng chuyển thành động kinh, ảnh hưởng

đến sự phát triển tâm thần, vận động ở trẻ em. Theo Nelson 9% trẻ CGDS sẽ chuyển thành động kinh [3], một số nghiên cứu gần đây cho tỷ lệ này vào khoảng 3% [4]. Ở Việt Nam, mặc dù CGDS rất thường gặp, song việc tư vấn, quản lý và điều trị chưa được quan tâm đúng mức. Vấn đề dự phòng tái phát cơn co giật còn nhiều ý kiến chưa thống nhất. Các nghiên cứu về CGDS ở trẻ em còn ít, việc đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc biệt là vấn đề sử dụng thuốc dự phòng co giật tái phát là cần nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài “*Nhận xét đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến co giật do sốt ở trẻ em tại Bệnh viện Thanh Nhàn*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu: 01/2021 – 09/2021.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nhi Bệnh viện Thanh Nhàn

2.3. Đối tượng nghiên cứu: 112 bệnh nhi từ 6 tháng đến dưới 5 tuổi được chẩn đoán CGDS đã khám và điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện Thanh Nhàn.

Tiêu chuẩn chẩn đoán CGDS dựa vào tiêu chuẩn của Bộ Y tế [5] và Viện quốc gia về sức khỏe Hoa Kỳ đưa ra năm 1980 [6]: Tuổi của trẻ thường gặp 6 tháng - 5 tuổi, có sốt nhưng không có nhiễm khuẩn ở hệ thần kinh,

co giật xảy ra khi có sốt, loại trừ co giật do sốt do tiêm vaccin hoặc độc tố, không có tiền sử co giật sơ sinh, hoặc có một cơn giật xảy ra trước đó không có sốt.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán CGDS đơn thuần: Là cơn co giật toàn thể, thời gian co giật ngắn dưới 15 phút, xảy ra ở các trẻ phát triển bình thường, không có dấu hiệu thần kinh cục bộ và không có cơn thứ 2 trong 24 giờ.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán CGDS phức hợp: một trong 3 dấu hiệu sau: cơn giật cục bộ, thời gian cơn giật kéo dài trên 15 phút, có trên 1 cơn giật trong 24 giờ.

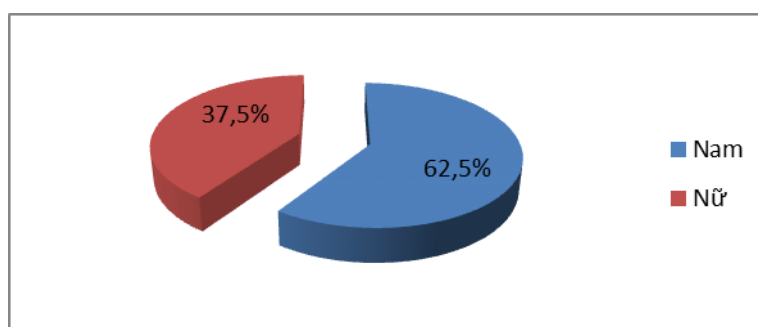
2.4. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập theo một bệnh án mẫu thống nhất.

2.5. Mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.6. Quản lý, phân tích số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Các kết quả được tính toán: tỷ lệ phần trăm, so sánh các tỷ lệ, mối tương quan giữa các biến số. Các test nghiên cứu: χ^2 test, T test với $p < 0,05$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 09 năm 2021, có 112 bệnh nhân CGDS điều trị đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu.



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới tính

Nhận xét: Nam giới chiếm 62,5%. Nữ chiếm 37,5%. Tỷ lệ nam/nữ: 70/42 = 1,67/1.

Bảng 3.1. Phân bố trẻ CGDS theo tuổi khi vào viện

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	P	
6 tháng – 12 tháng	26	23,2	79,5	< 0,05
>12 tháng – 24 tháng	36	32,2		
>24 tháng – 36 tháng	27	24,1		
>36 tháng – 48 tháng	15	13,4	20,5	
>48 tháng – 60 tháng	8	7,1		
Tổng	112	100		

Nhận xét: Lứa tuổi CGDS gặp nhiều ở trẻ từ 6 tháng đến 36 tháng chiếm tỷ lệ cao 79,5%. Trong đó tập trung nhiều ở nhóm tuổi trên 12 tháng đến 24 tháng, chiếm 32,2%. Lứa tuổi trên 36 tháng đến 60 tháng bị CGDS ít hơn, chiếm tỷ lệ 20,5%. Sự khác biệt với nhóm tuổi dưới 36 tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Phân bố trẻ CGDS theo thân nhiệt lúc co giật

Thân nhiệt	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
38,0 – 38,5 độ C	13	11,6
38,6 – 40 độ C	92	82,1
40,1 độ C	7	6,3
Tổng	112	100

Nhận xét: Con co giật xuất hiện nhiều khi thân nhiệt ở mức 38,6 đến 40 độ C chiếm 82,1%, dưới 38,5 độ C chiếm 11,6% và trên 40 độ C chiếm 6,3%.

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân CGDS theo thời gian của cơn co giật

Thời gian kéo dài 1 cơn co giật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 5 phút	96	85,7
5 - < 15 phút	12	10,7
15 - < 30 phút	4	3,6
Tổng	112	100

Nhận xét: Thời gian co giật kéo dài dưới 5 phút chiếm 85,7%, từ 5 phút đến dưới 15 phút chiếm 10,7%. Chỉ có 3,6% số bệnh nhân có cơn co giật kéo dài từ 15 phút đến dưới 30 phút.

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân CGDS theo số cơn co giật trong 24 giờ và dạng cơn giật

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dạng cơn giật	Toàn thể	100	89,3
	Cục bộ	12	10,7
Số cơn co giật trong 24 giờ	1 cơn	78	69,6
	≥ 2 cơn	34	30,4

Nhận xét: Cơn co giật toàn thể chiếm ưu thế 89,3%, cơn cục bộ 10,7%. Chủ yếu có 1 cơn co giật trong 24 giờ chiếm tỷ lệ 69,6%, từ 2 cơn co giật trong 24 giờ chiếm tỷ lệ 30,4%.

Bảng 3.5. Phân loại co giật do sốt

Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Co giật do sốt đơn thuần	75	67,0
Co giật do sốt phức hợp	37	33,0
Tổng	112	100

Nhận xét: Co giật do sốt đơn thuần chiếm ưu thế 67,0%, co giật do sốt phức hợp 33,0%.

Bảng 3.6. Mối liên quan tiền sử CGDS và động kinh trong gia đình với phân loại CGDS

Tiền sử co giật do sốt và động kinh trong gia đình	CGDS phức hợp		CGDS đơn thuần		p
	n	%	n	%	
Co giật do sốt	6	16,2	10	13,3	>0,05
Động kinh	1	2,7	2	2,7	>0,05
Bình thường	30	81,1	63	84,0	
Tổng	37	100	75	100	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ trẻ có tiền sử về CGDS và động kinh trong gia đình giữa 2 nhóm CGDS phức hợp và CGDS đơn thuần ($p > 0,05$).

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa tuổi khởi phát CGDS và giới với phân loại CGDS.

Tuổi khởi phát và giới		CGDS phức hợp		CGDS đơn thuần		p
		n	%	n	%	
Tuổi khởi phát	< 24 tháng	31	83,8	54	72,0	<0,05
	24 - < 36 tháng	4	10,8	17	22,7	<0,05
	36 - ≤ 60 tháng	2	5,4	4	5,3	>0,05
Giới	Nam	23	62,2	47	62,7	>0,05
	Nữ	14	37,8	28	37,3	>0,05

Nhận xét: Trong nhóm co giật do sốt phức hợp tuổi khởi phát cơn co giật do sốt ở trẻ dưới 24 tháng (83,8%) nhiều hơn so với nhóm co giật do sốt đơn thuần (72,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên, co giật do sốt phức hợp xảy ra ở tuổi từ 24 - <36 tháng (10,8%) thấp hơn so với nhóm co giật do sốt đơn thuần (22,7%).

Không có sự chênh lệch đáng kể về tỷ lệ nam và nữ giữa nhóm co giật do sốt đơn thuần và co giật do sốt phức hợp ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Theo biểu đồ 3.1 về phân bố theo giới, trong tổng số 112 bệnh nhân CGDS có 70 trẻ nam và 42 trẻ nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,67/1. Kết quả này tương đương với một số tác giả như Nguyễn Đình Thoại [7], Cao Xuân Đĩnh [8] và cũng tương đương với hầu hết các tác giả trên thế giới với tỷ lệ nam/nữ 1,2/1.

Tỷ lệ trẻ CGDS gặp chủ yếu ở nhóm tuổi dưới 36 tháng chiếm 79,5%. Tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi > 12 tháng - 24 tháng chiếm 32,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Cao Xuân Đĩnh

nghiên cứu 328 bệnh nhân CGDS, số bệnh nhi dưới 36 tháng chiếm 94,21% [8], Thân Thị Uyên (2018) thấy số bệnh nhi dưới 36 tháng là 73,4%. CGDS thường xảy ra ở trẻ từ 6 tháng đến 3 tuổi, đây là thời kỳ xảy ra quá trình biệt hóa và myelin hóa dần các noron. Ngoài ra, lứa tuổi này, miễn dịch từ mẹ truyền sang giảm dần, trong khi trẻ chưa sinh được miễn dịch đầy đủ nên dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn hơn, đây chính là những yếu tố hình thành cơ chế bệnh sinh của CGDS.

Về thời điểm sốt xảy ra co giật: cơn co giật xảy ra nhiều nhất ở giới hạn nhiệt độ từ 38,6 đến 40 độ C chiếm 82,1%. Ở nhiệt độ từ 38,5 độ C trở xuống có 11,6% bệnh nhân xảy ra co giật và rất ít bệnh nhi co giật với nhiệt độ trên 40 độ C (6,3%). Kết quả này phù hợp với hầu hết các tác giả trong nước cũng như trên thế giới. Theo Cao Xuân Đĩnh, thân nhiệt từ 38,5 đến dưới 40 độ C có 86,28% bệnh nhi co giật. Nguyễn Đình Thoại có 88,02% bệnh nhi co giật ở nhiệt độ từ 38,5 đến dưới 40 độ C.

Đặc điểm cơn co giật: Thời gian kéo dài một cơn giật ngắn, dưới 5 phút chiếm 85,7%, từ 5 đến 15 phút chiếm 10,7%, từ 15 đến 30 phút chiếm 3,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả Nguyễn Đình Thoại, thời gian kéo dài cơn giật dưới 5 phút là 82,89% [7], Cao Xuân Đĩnh là 83,84% [8]. Đặc điểm về dạng cơn giật theo bảng 3.4 cho thấy cơn giật thường mang tính chất toàn thể chiếm 89,3%. Có lẽ đặc điểm này cũng rất phù hợp với cơ chế bệnh sinh của CGDS đó là thời kỳ này các tế bào não chưa biệt hóa, tình trạng myelin hóa các noron chưa hoàn toàn, thành phần hóa học có nhiều nước, não

trẻ em dễ kích thích gây co giật và có xu hướng lan tỏa.

Theo bảng 3.5 cho thấy CGDS đơn thuần có 75 trẻ chiếm 67,0%, CGDS phức hợp có 37 trẻ chiếm 33,0%. Như vậy, số trẻ mắc CGDS đơn thuần nhiều hơn hai lần số trẻ CGDS phức hợp. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Phạm Thị Lệ Quyên đánh giá trên 1511 trẻ CGDS trong 2 năm 2004 - 2005 tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, tỷ lệ CGDS đơn thuần là 66,91% và CGDS phức hợp là 33,09% [9].

Yếu tố di truyền được đề cập nhiều trong CGDS. Ở những gia đình có người bị CGDS, nguy cơ co giật do sốt ở trẻ tăng gấp 2- 3 lần. Nếu cả bố và mẹ đều có tiền sử CGDS thì nguy cơ tăng hơn nhiều. Theo kết quả ở bảng 3.6 nhận thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ trẻ có tiền sử về CGDS và động kinh trong gia đình ở hai nhóm CGDS đơn thuần và CGDS phức hợp.

Nhận xét về tuổi khởi phát theo nhóm CGDS đơn thuần và CGDS phức hợp thì thấy trẻ khởi phát CGDS trước 24 tháng tuổi ở nhóm CGDS phức hợp lớn hơn CGDS đơn thuần với $p < 0,05$. Trong khi đó, trẻ khởi phát CGDS ở nhóm tuổi từ 24 - 36 tháng thì hay gặp CGDS đơn thuần hơn CGDS phức hợp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, tuổi khởi phát của nhóm CGDS phức hợp thấp hơn nhóm CGDS đơn thuần. Kết quả này phù hợp với tác giả Cao Xuân Đĩnh [8].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đức Hình (1984), "Các hội chứng co giật", Thần kinh học trẻ em, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 121 - 3.

2. **Baird H.W (1987)**, Convulsive Disorders. Nelson textbook of Pediatrics. W.B.Saunders, 1287 - 8.
3. **Nelson.K.B (1990)**, The natural history of febrile seizures. The Joint convention of the 5 international child neurology congress and 3 Asian and oceanian congress of child neurology, 600.
4. **Waruiru.C and Appleton. R (2004)**, "Febrile seizures", Archives of disease in childhood; 89:751-756.
5. **Bộ Y tế - Quyết định số 3312/QĐ-BYT (ngày 07/08/2015)**, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em".
6. **Hirtz Deborah G, MD, (1997)**, "Febrile seizures", Pediatrics in review, American academy of pediatrics; 18:5-9.
7. **Nguyễn Đình Thoại, 2000**, "Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của co giật do sốt ở trẻ em tại viện Nhi khoa", Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Cao Xuân Đỉnh (2007)**, "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả dự phòng co giật do sốt ở trẻ em", Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Phạm Thị Lệ Quyên (2006)**, "Đánh giá một số đặc điểm dịch tễ của co giật do sốt ở trẻ em từ 2002-2004 tại bệnh viện Nhi Trung Ương". Tạp chí nghiên cứu y học, Bộ Y tế - Trường đại học Y Hà Nội. Tập 43, số 6, trang 38-43.

KẾT QUẢ DÀI HẠN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN CỰC DƯỚI DẠ DÀY, NẠO VẾT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đặng Quốc Ái**, Vũ Khang Ninh*, Nguyễn Thành Vinh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày, tạo vết hạch D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại bệnh viện Thanh Nhàn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu 47 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày, tạo vết hạch D2 tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2021.

Kết quả: 1 trường hợp (2,1%) u ở niêm mạc (T1), 10 (21,3%) trường hợp u xâm lấn lớp cơ (T2), 36 (76,6%) trường hợp xâm lấn tới thanh mạc (T3). Số hạch trung bình dạ dày được là $11,6 \pm 2,9$ (8 – 20). Thời gian phẫu thuật trung bình là $153,6 \pm 38,5$ phút, thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình $12,3 \pm 6,1$ ngày. Tai biến trong mổ 8,5%, biến chứng sau mổ 8,5%. Giai đoạn bệnh I, II, III lần lượt là 25,5%; 36,1%; 38,4%. Thời gian sống thêm sau mổ trung bình $36,1 \pm 2,7$ tháng. Tỷ lệ sống thêm tích lũy tại thời điểm 12 tháng (79,3%), 24 tháng (76%), 36 tháng (68%) và 48 tháng (60%).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày, tạo vết hạch D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày được thực hiện tại bệnh viện Thanh

Nhàn cho kết quả tốt, góp phần nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân ung thư tại Hà Nội.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến dạ dày, phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày, tạo vết hạch D2.

SUMMARY

RESULT OF LONG TERM FOLLOW UP LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 DISSECTION FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA AT THANH NHAN HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of laparoscopic distal gastrectomy with D2 dissection for gastric adenocarcinoma at Thanh Nhan hospital.

Subjects and methods: Retrospective study of 47 gastric adenocarcinoma patients who underwent laparoscopic distal partial dissection with D2 at Thanh Nhan hospital from January 2018 to December 2021.

Results: 1 case (2,1%) tumor in the mucosa (T1), 10 (21,3%) cases invading the muscle layer (T2), 36 (76,6%) cases invading to the muscle layer (T3). The average number of lymph nodes removed was $11,6 \pm 2,9$ (8 – 20). Total operating time was $153,6 \pm 38,5$ minutes, time of hospital stay was $12,3 \pm 6,1$ days. Intraoperative complications 8,5%, postoperative complications 8,5%. Stage I, II, III respectively 25,5%; 36,1%; 38,4%. The mean overall survival time was $36,1 \pm 2,7$ months. The disease-free survival rate of 12 months (79,3%),

*Bệnh viện Thanh Nhàn

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Khang Ninh

Email: vu.ninh2@gmail.com

ĐT: 0979045961

Ngày nhận bài: 23/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2022

Ngày duyệt bài: 01/7/2022

24 months (76%), 36 months (68%) and 48 months (60%).

Conclusion: Laparoscopic distal gastrectomy with D2 dissection treatment of gastric adenocarcinoma at Thanh Nhan hospital good results, improving the quality of cancer treatment in Hanoi.

Keywords: Gastric adenocarcinoma, Laparoscopic distal gastrectomy D2 dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư dạ dày (UTDD) đứng hàng thứ 6 trong các bệnh ung thư thường gặp trên thế giới, với tỉ lệ mắc là 11,1/100.000 dân. Tỷ lệ tử vong do ung thư dạ dày đứng thứ 3 với 768.793 trường hợp tử vong hàng năm[1]. Tại Việt Nam, ung thư dạ dày là loại ung thư khá phổ biến, đứng thứ 4 về tỉ lệ mới mắc và đứng thứ 3 về tỉ lệ tử vong sau ung thư gan và ung thư phổi. Trong các phương pháp điều trị hiện nay với UTDD, phẫu thuật là phương pháp quan trọng nhất, đặc biệt ở giai đoạn khối u còn khả năng cắt bỏ. Các phương pháp khác như hóa chất, xạ trị, điều trị miễn dịch có vai trò trong từng giai đoạn nhất định, và có khả năng giúp phẫu thuật thuận lợi như hóa chất tân bổ trợ hoặc giúp kéo dài thời gian sống thêm sau phẫu thuật như hóa xạ bổ trợ.

Trên thế giới, việc ứng dụng phương pháp phẫu thuật nội soi (PTNS) trong những năm gần đây trong điều trị UTDD đã đạt được nhiều tiến bộ, với nhiều ưu điểm so với phẫu thuật mở truyền thống. Các nghiên cứu cũng ghi nhận PTNS điều trị ung thư dạ dày có độ an toàn cao, ít biến chứng nhưng vẫn đảm bảo được nguyên tắc ung thư và cho kết quả

điều trị tương đương về tỉ lệ sống thêm 5 năm so với phương pháp mổ mở kinh điển[2].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày đã được áp dụng tại một số Bệnh viện lớn như: Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Chợ Rẫy... Bệnh viện Thanh Nhàn là bệnh viện đa khoa hạng I của thành phố Hà Nội với hơn 1000 giường bệnh. Hàng năm bệnh viện tiếp nhận và điều trị cho hàng trăm bệnh nhân ung thư dạ dày. Bệnh viện đã triển khai kỹ thuật này từ năm 2013, đến năm 2018 kỹ thuật này được thực hiện thường quy tại bệnh viện. Hiện tại, chúng tôi cần một nghiên cứu tổng quát kết quả đã đạt được.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 47 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2 từ 1/2018 đến tháng 12/2021 tại bệnh viện Thanh Nhàn

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang

Các bước tiến hành phẫu thuật

Chúng tôi tiến hành kỹ thuật PTNS cắt bán phần cực dưới dạ dày nạo vét hạch D2 qua 6 bước:

Bước 1: đặt trocar và các dụng cụ: Đặt từ 4-6 trocar vùng trên rốn hướng đến dạ dày, nhận định thương tổn và chẩn đoán trong mổ, quyết định thực hiện cắt dạ dày.

Bước 2: cắt mạc nối lớn vét hạch nhóm 4sb, 4d, thắt và cắt động mạch vị mạc nối

trái; thắt và cắt bó mạch vị mạc nối phải, vết hạch nhóm 6.

Bước 3: thắt và cắt động mạch vị phải, vết hạch nhóm 5, bộ lộ đoạn đầu tá tràng sau đó cắt và đóng mỡ tá tràng bằng stapler.

Bước 4: cắt mạc nối nhỏ, thắt và cắt bó mạch vị trái vết hạch nhóm 1,3,7,8a,9,11p, 12a.

Bước 5: mở nhỏ đường trắng giữa trên rốn 5cm cắt bán phần cực dưới dạ dày, phục hồi lưu thông tiêu hóa

Bước 6: đặt dẫn lưu và đóng bụng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

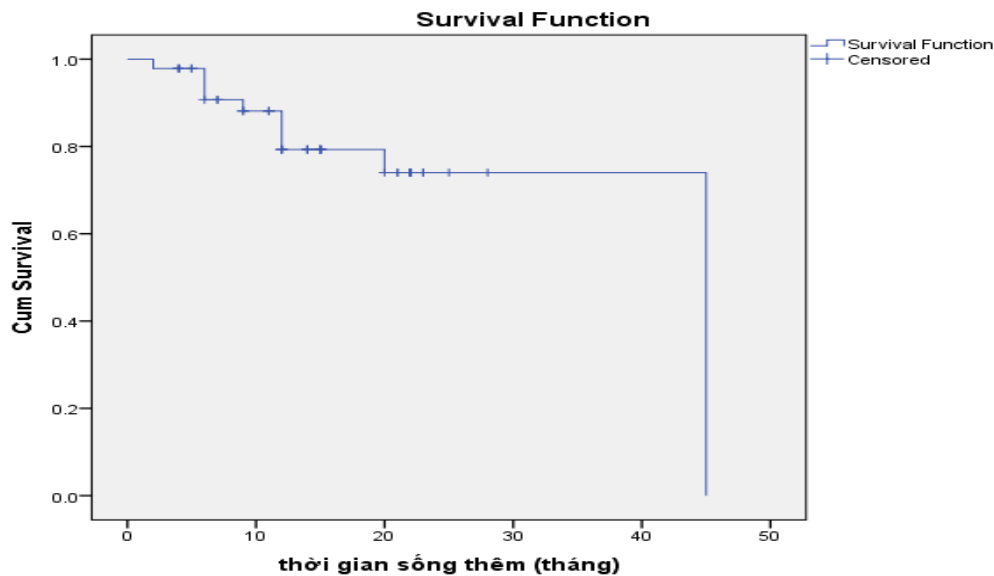
Trong số 47 bệnh nhân có 38 nam (80,9%) và 9 nữ (19,1%). Tỉ lệ nam/nữ = 4,2:1, tuổi trung bình $62,7 \pm 10,3$ tuổi (34-88). BMI trung bình: $20 \pm 2,6$ kg/m²; 1 bệnh nhân béo phì. Vị trí u hay gặp nhất là hang vị 66%, môn vị 31,9%, 2,1% u nằm ở bờ cong nhỏ.

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật.

Các thông số	Kết quả (N=47)
Thời gian phẫu thuật (phút)	153,6 $\pm$ 38,5 (90-210)
Số hạch nạo vét được	11,6 $\pm$ 2,9 (8-20)
Số hạch di căn	2,4 $\pm$ 3,0 (0-10)
Giai đoạn bệnh sau mổ I/II/III	12/17/18
Thời gian hậu phẫu (ngày)	12,3 $\pm$ 6,1
Tai biến trong mổ	4 (8,5%) (1 rách thanh mạc đại tràng, 1 chảy máu do nạo vét hạch, 1 rách bao lách phải cắt lách, 1 tổn thương động mạch đại tràng giữa phải cắt đoạn đại tràng ngang)
Chuyển mổ mở	3(6,4%)
Biến chứng sau mổ	4 (8,5%) (1 hẹp miệng nối phải mổ lại, 1 viêm phổi, 1 nhiễm trùng vết mổ, 1 bệnh nhân tắc ruột sớm sau mổ)
Điều trị hóa chất sau mổ	38/47

Thời gian sống thêm toàn bộ

Trong 47 bệnh nhân được nghiên cứu, còn sống 37 bệnh nhân, đã chết 10 bệnh nhân. Sử dụng phương pháp tính tỷ lệ sống thêm tại các thời điểm và thiết lập đường cong sống của Kaplan Meier, chúng tôi thu được kết quả như sau: 47 BN điều trị có thời gian sống trung bình là $36,1 \pm 2,7$ tháng. Tỷ lệ sống thêm tích lũy tại thời điểm 12 tháng (79,3%), 24 tháng (76%), 36 tháng (68%) và 48 tháng (60%).

Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm toàn bộ

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trên 60 tuổi trở lên trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở 35 bệnh nhân (74,6%), bệnh nhân cao tuổi nhất là 88 tuổi. Trước đây, người cao tuổi là một yếu tố thường được cân nhắc trong PTNS nói chung, vì thời gian mổ nội soi thường dài hơn mổ mở dẫn tới nguy cơ tăng các tai biến trong và sau mổ. Tuy nhiên, quan điểm này đã thay đổi trong nhiều năm trở lại đây. Yasuda và cs. (2004) so sánh giữa PTNS và mổ mở trên nhóm bệnh nhân > 70 tuổi, kết quả cho thấy tỉ lệ biến chứng sau mổ không có sự khác biệt ($p > 0,05$), trong khi thời gian hậu phẫu trong nhóm mổ nội soi ngắn hơn đáng kể ($p = 0,011$) [2]. Như vậy, khi trình độ PTNS và gây mê hồi sức phát triển, PTNS cắt dạ dày có thể thực hiện an toàn đối với các bệnh nhân cao tuổi, giúp rút ngắn thời gian phục hồi sau mổ và tránh được các biến chứng toàn thân.

Phẫu thuật thường khó khăn hơn ở các bệnh nhân béo phì do dày mỡ bao quanh các

tạng có thể gây ảnh hưởng đến quá trình bóc lột các tạng và nạo vét hạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số BMI trung bình là $20 \pm 2,6 \text{ kg/m}^2$, trong đó nhóm BMI từ 18 – 25 kg/m^2 chiếm 70,2%, nhóm BMI > 25 kg/m^2 chiếm 2,1%. Chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nhóm bệnh nhân Châu Á trong nghiên cứu CLASS-01, với BMI trung bình của 519 bệnh nhân phẫu thuật nội soi là $22,7 \pm 3,2$. Jung và cs (2014) nghiên cứu trên 1512 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi, trong đó có 471 bệnh nhân béo phì (BMI $25 \sim 30 \text{ kg/m}^2$) và 45 bệnh nhân béo phì bệnh lý (BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$). Kết quả cho thấy thời gian mổ kéo dài hơn đáng kể ở nhóm bệnh nhân BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ (240 phút so với 204 phút, $p = 0,01$) [3]. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa về lượng máu mất trong mổ và biến chứng sau mổ giữa các phân nhóm bệnh nhân theo BMI. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự với 1 bệnh nhân BMI > 25 có thời

gian mổ kéo dài hơn 40 phút so với các bệnh nhân khác, và bệnh nhân này không gặp biến chứng sau mổ. Như vậy, có thể thấy chỉ số khối cơ thể không ảnh hưởng nhiều đến chỉ định của PTNS trong điều trị ung thư dạ dày. Khi phẫu tích đúng lớp và tỉ mỉ, đặc biệt với phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm và nắm rõ các biến đổi giải phẫu thì BMI cao không ảnh hưởng đến tỉ lệ tai biến, biến chứng trong và sau mổ, ngoại trừ có thể kéo dài thời gian mổ.

Nghiên cứu của chúng tôi đa số gặp các bệnh nhân có u ở vùng hang vị hoặc ống môn vị, có một bệnh nhân khối u nằm ở bờ cong nhỏ. Vị trí này phù hợp với đặc điểm của ung thư dạ dày và chỉ định phẫu thuật cắt bán phần cực dưới dạ dày. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Trường Sơn cũng cho nhận xét là vị trí u chủ yếu cũng gặp ở vùng hang môn vị và bờ cong nhỏ[4]. Kết quả mô tả đại thể trên nội soi cho thấy thể loét chiếm tỷ lệ cao nhất (59,6%), thể sùi và thể thâm nhiễm ít gặp hơn. Tác giả Nguyễn Quang Bộ nghiên cứu 53 trường hợp ung thư 1/3 dưới với kết quả nội soi dạ dày ghi nhận thể loét 43,4%, thể sùi là 34,0%, thể thâm nhiễm là 11,3%[5].

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $153,6 \pm 38,5$ phút. Thời gian mổ ngắn nhất 90 phút, dài nhất 120 phút, tương đương với nghiên cứu của Đỗ Văn Tráng[6]. Chúng tôi gặp bốn trường hợp xảy ra tai biến trong mổ. Một bệnh nhân tổn thương mạch đại tràng giữa phải cắt đoạn đại tràng ngang kèm theo, một bệnh nhân tổn thương thanh cơ đại tràng được khâu phục hồi qua nội soi an toàn, một trường hợp rách bao lách không cầm được máu nên chúng tôi

quyết định cắt lách, một trường hợp bị chảy máu trong mổ khi nạo vét hạch quanh động mạch vị trái phải chuyển mổ mở để cầm máu. Tỉ lệ tai biến trong mổ của các tác giả trên thế giới thay đổi từ 0,9 – 8,2%, với tỉ lệ chuyển mổ mở khoảng từ 0 – 2,2%. Nghiên cứu của Đỗ Văn Tráng ghi nhận sáu trường hợp tai biến trong mổ, với: một thủng đại tràng góc gan, một rách nhu mô tụy, một rách bao lách, hai rách mạc treo đại tràng ngang, một chảy máu mặt dưới gan. Tất cả đều xử trí thành công qua PTNS[6]. Nghiên cứu của tác giả Bo nghiên cứu trên 302 bệnh nhân PTNS ung thư dạ dày, kết quả có 15 bệnh nhân (5,0%) gặp tai biến trong mổ[7]. Như vậy, chảy máu khó kiểm soát vẫn là nguyên nhân chính của chuyển mổ mở, đặc biệt là chảy máu vùng rốn lách khi nạo vét hạch nhóm 4sb, 11d và khi chảy máu từ mạch vị trái. Tỉ lệ tai biến trong mổ của chúng tôi cao hơn các tác giả trong và ngoài nước có thể do thời gian đầu triển khai kỹ thuật chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm trong việc nạo vét hạch. Nhìn chung, tỉ lệ tai biến trong PTNS dạ dày qua các nghiên cứu đều ở mức thấp và có thể kiểm soát thành công qua nội soi hoặc chuyển mổ mở. Tuy nhiên việc hiểu rõ giải phẫu mạch máu vùng này cùng với việc phẫu tích cẩn thận, đúng lớp giúp tránh chảy máu.

Thời gian bệnh nhân có trung tiện sau mổ trong nghiên cứu trung bình là $3,0 \pm 0,6$ ngày, sớm nhất 2 ngày, muộn nhất 5 ngày. Các nghiên cứu trước đây của các tác giả trong nước cũng cho kết quả tương tự: Đỗ Văn Tráng ($2,5 \pm 0,6$ ngày)[6], Võ Duy Long ($3,2 \pm 0,8$ ngày)[8]. Trong xu thế gần đây của phẫu thuật đường tiêu hóa, bệnh nhân

thường sẽ được cho ăn sớm hơn theo chương trình ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), thời gian xuất viện trung tiện trở lại sẽ càng sớm hơn, đặc biệt khi PTNS được sử dụng. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $12,3 \pm 6,1$ ngày nhanh nhất 7 ngày, chậm nhất 38 ngày, tương đương với các nghiên cứu khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi bốn trường hợp có biến chứng sau mổ. Trong đó ba trường hợp bao gồm một trường hợp nhiễm trùng vết mổ, một trường hợp tắc ruột sớm sau mổ và một trường hợp viêm phổi được điều trị nội khoa và ổn định ra viện. Một bệnh nhân phát hiện hẹp miệng nối sau mổ 2 tuần, được phẫu thuật làm lại miệng nối và ra viện ngày thứ 14 sau mổ. Đỗ Văn Tráng gặp hai trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ, bốn trường hợp sốt và hochiếm tỷ lệ 4,08%[6]. Theo Bơ tỷ lệ biến chứng sau mổ là 7%, trong đó rò mồm tá tràng là nhiều nhất 2,3%[7]. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ biến chứng là 8,5%. Như vậy tỷ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi cao hơn với các nghiên cứu khác, có thể do số lượng bệnh nhân còn ít và giai đoạn đầu triển khai kỹ thuật còn chưa thuần thục.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có một trường hợp khối u xâm lấn niêm mạc dạ dày chiếm 2,1%, 10 trường hợp khối u xâm lấn lớp cơ (21,3%), 36 trường hợp khối u xâm lấn tới lớp dưới thanh mạc, chiếm tỷ lệ lớn nhất (76,6%). Kết quả này tương đương với các nghiên cứu của Đỗ Văn Tráng[6], Võ Duy Long[8]. Nghiên cứu cũng ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ và mức độ xâm lấn của khối u. Vì vậy có thể thấy PTNS điều

trị ung thư dạ dày có thể thực hiện an toàn với các khối u giai đoạn tiến triển, ngay cả khi u đã lan tới lớp dưới thanh mạc (T3). Số lượng hạch lympho nạo vét được trung bình là $11,6 \pm 2,9$ hạch. Số hạch nạo vét nhiều nhất là 20 hạch, ít nhất là 8 hạch. Tất cả các bệnh phẩm chúng tôi đều phẫu tích tỉ mỉ bằng tay để lấy hạch và gửi làm giải phẫu bệnh. Số hạch lympho nạo vét được của các tác giả trong và ngoài nước từ 10,9 – 37,2 hạch.

Phân tích mối liên quan giữa tỉ lệ di căn hạch với độ xâm lấn của khối u chúng tôi ghi nhận 10 trường hợp khối u T2 có 2 BN di căn hạch. Trong khi đó, có tới 22/36 trường hợp khối u T3 có di căn hạch, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phản ánh đúng mối liên quan giữa di căn hạch và kích thước khối u, qua đó thể hiện được sự tối ưu trong kỹ thuật vét hạch của chúng tôi.

Tất cả các bệnh trong nghiên cứu đều có thông tin khám lại hoặc liên lạc được qua số điện thoại. Trong 47 bệnh nhân được nghiên cứu, còn sống 37 bệnh nhân, đã chết 10 bệnh nhân. Sử dụng phương pháp tính tỷ lệ sống thêm tại các thời điểm và thiết lập đường cong sống của Kaplan Meier, chúng tôi thu được kết quả như sau: thời gian sống trung bình là $36,1 \pm 2,7$ tháng, tỷ lệ sống thêm tích lũy tại thời điểm 12 tháng (79,3%), 24 tháng (76%), 36 tháng (68%) và 48 tháng (60%). Nghiên cứu đánh giá trên 1035 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn II-IIIb, cho kết quả tỉ lệ sống thêm không bệnh sau 3 năm là 74%[9]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tốt hơn một chút so với nghiên cứu CLASSIC, điều này có thể những bệnh nhân giai đoạn Ib (T2N0M0) cũng được đưa

vào nghiên cứu của chúng tôi. Vì vậy, tiên lượng của nhóm bệnh nhân này có thể giúp tiên lượng chung của cả quần thể nghiên cứu tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả đánh giá dài hạn phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại bệnh viện Thanh Nhàn cho thấy khả thi và đáp ứng được hiệu quả điều trị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, Hyuna, et al.** "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries." *CA: a cancer journal for clinicians* 2021: 209-249.
2. **Yasuda K, Sonoda K, Shiroshita H, Inomata M, Shiraishi N, Kitano S.** Laparoscopically assisted distal gastrectomy for early gastric cancer in the elderly. *Br J Surg.* 2004;91(8):1061-5.
3. **Jung, J. H., Ryu, S. Y., Jung, M. R., et al.** Laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer in morbidly obese patients in South Korea. *Journal of gastric cancer.* 2014;14(3):187–195.
4. **Đỗ Trường Sơn.** Đánh giá kết quả xa sau mổ của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại khoa phẫu thuật tiêu hóa bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí nghiên cứu Y học.* 2014; tập 88(3), tr 82-88.
5. **Nguyễn Quang Bộ.** “Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới bằng phẫu thuật triệt căn có kết hợp hóa chất”, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Huế, 2017 tr. 54-75.
6. **Đỗ Văn Tráng.** Nghiên cứu kỹ thuật nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà nội. 2012.
7. **Bo T., Zhihong P., Peiwu Y., et al.** General complications following laparoscopic-assisted gastrectomy and analysis of techniques to manage them. *Surg Endosc.* 2009 23(8), 1860–1865.
8. **Võ Duy Long.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I,II,III. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2017
9. **Yu, J., Huang, C., Sun, Y., et al.** Chinese Laparoscopic Gastrointestinal Surgery Study (CLASS) Group. Effect of Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy on 3-Year Disease-Free Survival in Patients With Locally Advanced Gastric Cancer: The CLASS-01 Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 2019; 321(20), 1983–1992.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ DIỆT TRỪ *HELICOBACTER PYLORI* Ở BỆNH NHÂN LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG BẰNG PHÁC ĐỒ EBMT TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đoàn Hoài Linh*, Nguyễn Văn Sáng*,
Trần Thị Nhị Hà**, Hoàng Thị Minh Phương*

TÓM TẮT

Loét dạ dày tá tràng là một bệnh lý mạn tính với nhiều biến chứng nguy hiểm mà *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) là tác nhân chính.

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và nhận xét kết quả điều trị diệt trừ *Helicobacter pylori* bằng phác đồ EBMT ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng.

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp thực hiện trên 70 bệnh nhân loét dạ dày tá tràng nhiễm *H.pylori* tại khoa Tiêu Hóa, Bệnh viện Thanh Nhàn trong khoảng thời gian từ tháng 3/2021 đến tháng 9/2021 được điều trị bằng phác đồ EBMT.

Kết quả: Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* của phác đồ EBMT sau điều trị là 88.6%, với $p < 0.01$; Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* ở nhóm lần đầu điều trị cao hơn so với nhóm đã từng điều trị thất bại; tỷ lệ ở nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá cao hơn so với nhóm bệnh nhân có hút thuốc lá.

Kết luận: Phác đồ EBMT đạt hiệu quả cao trong điều trị diệt trừ *H.pylori* ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng.

Từ khóa: Loét dạ dày tá tràng, tỷ lệ diệt trừ *H.pylori*

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF *HELICOBACTER PYLORI* ERADICATION TREATMENT BY EBMT REGIMEN IN PEPTIC ULCER PATIENTS AT THANH NHAN HOSPITAL

Peptic ulcer is a chronic disease with many dangerous symptoms, which is mainly caused by *Helicobacter pylori* (*H.pylori*).

Objectives: The study aims to describe the clinical characteristics, endoscopic images and evaluate the results of *Helicobacter pylori* eradication treatment by EBMT regimen in peptic ulcer patients.

Methods: An intervention study was carried out on 70 patients with peptic ulcers infected with *H.pylori* at Gastroenterology Department, Thanh Nhan Hospital in the period from March 2021 to September 2021 who were treated with the EBMT regimen chart.

Results: *H. pylori* eradication rate of EBMT regimen after treatment was 88.6%, with $p < 0.01$; The rate of eradication of *H. pylori* in the first-time treatment group was higher than in the group that had failed treatment; The rate in the group of patients who did not smoke was higher than that in the group of patients who smoked.

Conclusion: EBMT regimen in the treatment of *H.pylori* eradication in patients with peptic ulcer is highly effective.

Keywords: Peptic ulcer, *H.pylori* . eradication rate

*Bệnh viện Thanh Nhàn

**Sở Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Hoài Linh

Email: sangsmart93@gmail.com

ĐT: 0795071244

Ngày nhận bài: 18/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 16/6/2022

Ngày duyệt bài: 04/7/2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày tá tràng là một bệnh lý mạn tính với nhiều biến chứng nguy hiểm mà *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) là tác nhân chính. Theo các nghiên cứu về dịch tễ, thì tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở khoảng 50% dân số thế giới và là nguyên nhân gây viêm loét dạ dày tá tràng, ung thư biểu mô tuyến và lymphoma dạ dày [1], [2]. Tình hình đề kháng kháng sinh điều trị của vi khuẩn *H. pylori* ngày càng tăng cao trên thế giới và tại Việt Nam [3]. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ chủng *Helicobacter pylori* đề kháng với clarithromycin cao nên theo hướng dẫn Maastricht V, chúng ta nên chọn phác đồ bốn thuốc có bismuth để điều trị diệt trừ *Helicobacter pylori* cho bệnh nhân điều trị lần đầu [4]. Đề tài được thực hiện nhằm mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng nhiễm Helicobacter pylori.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị diệt trừ Helicobacter pylori bằng phác đồ EBMT (esomeprazol, bismuth, metronidazol, tetracyclin) ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.

Bệnh nhân từ 16 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu và được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng có *Helicobacter pylori*.

- Chẩn đoán loét dạ dày tá tràng dựa vào:

▪ Lâm sàng: bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa trên như đau bụng hoặc nóng rát thượng vị, đầy bụng, chướng hơi, ợ hơi, ợ chua, mau no, chán ăn, buồn nôn và nôn.

▪ Nội soi: bệnh nhân có tổn thương loét dạ dày tá tràng.

- Chẩn đoán nhiễm *H. pylori*: sử dụng một

trong 2 xét nghiệm [8]:

▪ Xét nghiệm 1: CLO test (+) trên mảnh sinh thiết ở tất cả các bệnh nhân nội soi có loét dạ dày tá tràng

▪ Xét nghiệm 2: Test thở (+).

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có xét nghiệm mô học có tế bào loạn sản mức độ cao hoặc có tế bào ung thư.

- Có tiền sử dị ứng hoặc có chống chỉ định với các thuốc được sử dụng trong nghiên cứu.

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thu thập số liệu từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 9 năm 2021 tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu can thiệp

2.3.2. **Cỡ mẫu:** Dựa vào tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* bằng phác đồ OBMT (Omeprazol + Bismuth + Metronidazole + Tetracycline) phân tích theo thiết kế nghiên cứu của Malfertheiner là 93% và tỷ lệ mất mẫu nghiên cứu là 18.3% [5], nên nghiên cứu điều trị cần tiến hành trên (n) bệnh nhân, với công thức:

$$N = Z^2_{1-\alpha/2} P (1-P) / d^2$$

P: tỷ lệ ước tính là 90%

d: Độ chính xác tuyệt đối mong muốn, lấy $d=0,1$

Z: Z score tương ứng mức ý nghĩa thống kê 95%, nên $Z_{1-\alpha/2}=1,96$

Tính được $n= 34,6$ và do tỷ lệ mất mẫu khoảng 18% nên cỡ mẫu ước tính 40 bệnh nhân

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin:

- Thông tin dữ liệu được thu thập theo

mẫu bệnh án thống nhất dựa vào việc hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng và thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án lưu trữ.

2.3.6.Xử lý số liệu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4.Khía cạnh đạo đức của đề tài:

Nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không vì bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1.Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

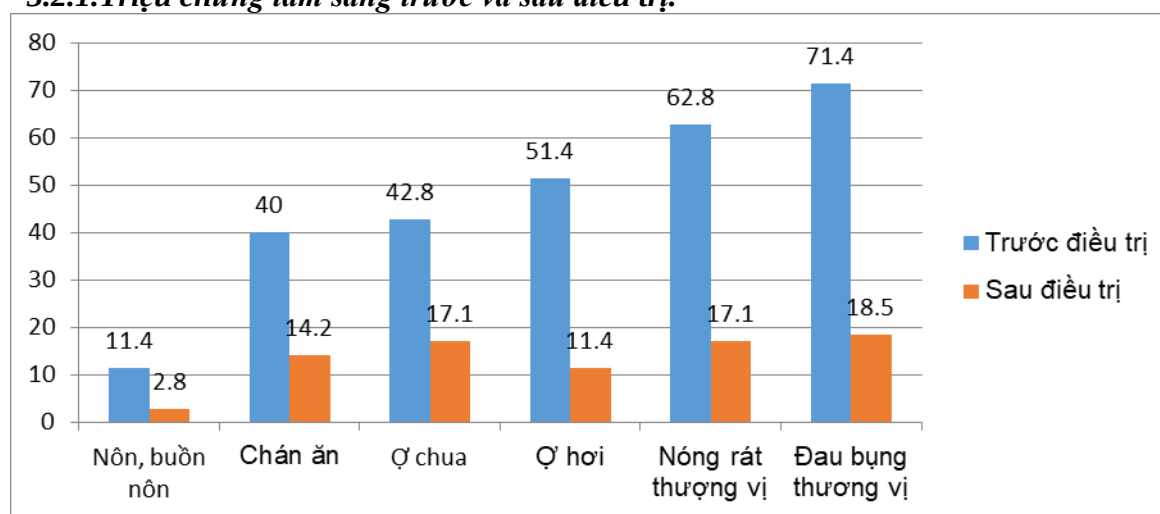
Bảng 3.1: Đặc điểm về của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	30	43
	Nữ	40	57
Nhóm tuổi	Dưới 60 tuổi	66	94.9
	Trên 60 tuổi	4	5.1
Tiền sử điều trị H. pylori	Chưa điều trị	50	71.4
	Đã từng điều trị	20	28.6
Hút thuốc lá	Có hút thuốc lá	14	20
	Không hút thuốc lá	56	80
	Tổng số	70	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nữ 57% cao hơn so với bệnh nhân nam 43% . Tuổi bệnh nhân trung bình $37,8 \pm 11,6$ tuổi; nhỏ nhất 16 tuổi, lớn nhất 72 tuổi, phần lớn bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ 94,9%; Tỷ lệ bệnh nhân chưa từng điều trị H. pylori chiếm 71.4% cao hơn so với nhóm bệnh nhân đã từng điều trị 28.6%; Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có 14 bệnh nhân đang hút thuốc lá, chiếm tỷ lệ 20%

3.2.Kết quả điều trị diệt trừ H. pylori của phác đồ EBMT ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng

3.2.1.Triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị.



Biểu đồ 3.1: Biểu đồ các triệu chứng lâm sàng sau điều trị

Nhận xét: Sau điều trị, triệu chứng lâm sàng đường tiêu hóa trên giảm đáng kể, triệu chứng đau bụng thượng vị giảm nhiều nhất từ 70% xuống còn 18.5%

Bảng 3.2: Kết quả điều trị diệt trừ *Helicobacter pylori*

Tổng số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ diệt trừ <i>H. pylori</i>				
	HP âm tính	Tỷ lệ %	HP dương tính	Tỷ lệ %	p
70	62	88.6	8	11.4	<0.01

Nhận xét: Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* của phác đồ EBMT sau điều trị là 88.6%, với $p < 0.01$

Bảng 3.3: Kết quả điều trị diệt trừ *Helicobacter pylori* và một số yếu tố liên quan

Đối tượng bệnh nhân		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ diệt trừ <i>H. pylori</i>				p
			HP âm tính	Tỷ lệ %	HP dương tính	Tỷ lệ %	
Giới	Nam	30	27	90.0	3	10.0	0.905
	Nữ	40	35	87.5	5	12.5	
Nhóm tuổi	Dưới 60 tuổi	66	60	90.9	6	9.1	0.243
	Trên 60 tuổi	4	2	50.0	2	50.0	
Hút thuốc lá	Có hút thuốc	14	12	85.7	2	14.3	0.302
	Không hút thuốc	56	50	89.3	6	10.7	

Nhận xét: Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* bằng phác đồ EBMT tương đương giữa nam và nữ. Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi đạt 90.9% cao hơn so với ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi đạt 50%, $p = 0.243$, Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* ở nhóm bệnh nhân không hút thuốc 89.3% cao hơn so với nhóm có hút thuốc 85.7%.

Bảng 3.4: Một số tác dụng phụ của phác đồ EBMT

Triệu chứng tác dụng phụ	Số bệnh nhân n	Tỷ lệ %
Mề đay	0	0.0
Miệng vị kim loại	24	34.2
Buồn nôn	16	22.9
Khô miệng	17	24.3
Chóng mặt	3	4.3
Nhức đầu	2	2.9
Tổng số bệnh nhân gặp tác dụng phụ	51	72.8

Nhận xét: Có 51 bệnh nhân gặp tác dụng phụ chiếm 72.8%. Tác dụng phụ miệng vị kim loại là thường gặp nhất, chiếm 34.2% số bệnh nhân. Các tác dụng phụ khác cũng khá thường gặp như buồn nôn 22.9%, khô miệng 24.3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian từ tháng 3/2021 đến tháng 9/2021, nhóm nghiên cứu thu thập được 70 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia vào trong quá trình nghiên cứu. Trong đó tuổi trung bình $37,8 \pm 11,6$ tuổi; nhỏ nhất 16 tuổi, lớn nhất 72 tuổi, phần lớn bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ 94,9 tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ năm 2018 trên 170 bệnh nhân cho kết quả $38,8 \pm 10,5$ tuổi [7]. Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 57.1% cao hơn so với 30 bệnh nhân nam chiếm 42.9%. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác như nghiên cứu của Nguyễn Thị Hòa Bình 2018 là bệnh nhân nữ chiếm 54% [9].

Tỷ lệ đã từng điều trị và điều trị thất bại trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là khá cao, một phần cho thấy sự dai dẳng, tiến triển mạn tính của nhiễm *H. pylori*. Tỷ lệ bệnh nhân đã từng điều trị thất bại có thể do không tuân thủ dung thuốc, triệu chứng tác dụng phụ quá khó chịu mà người bệnh bỏ thuốc, hoặc đã từng điều trị thành công nhưng bị tái nhiễm. Trong sinh bệnh học của nhiễm vi khuẩn *H. pylori* thì tỷ lệ tái nhiễm là khá cao, vi khuẩn *H. pylori* chủ yếu lây qua con đường ăn uống, nhất là ở những trường hợp bị lây từ các thành viên khác trong gia đình. Tỷ lệ bệnh nhân loét dạ dày nhiễm *H. pylori* chưa được điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ năm 2018 trên 170 bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính có đến 75% bệnh nhân nhiễm *H. pylori* là chưa từng được điều trị [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Karczewska năm 2011 thực hiện trên 115

bệnh nhân thì có 90 bệnh nhân chiếm 78.3% là chưa từng được điều trị và chỉ có 25 bệnh nhân chiếm 21.7% đã từng được điều trị diệt trừ *H. pylori* [10].

4.2. Nhận xét kết quả điều trị diệt trừ *Helicobacter pylori* bằng phác đồ EBMT ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng

Sau điều trị, trong 70 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu thì có 62 bệnh nhân có xét nghiệm *H. pylori* âm tính, chiếm 88.6% và có 11.4% bệnh nhân có *H. pylori* dương tính. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ năm 2018 trên 170 bệnh nhân có 89.3% bệnh nhân điều trị thành công [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Boixeda năm 2002, tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* là 86% [12]. Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* trong nghiên cứu này cũng tương đồng với tác giả Kim SE năm 217 tại Hàn Quốc trên 636 bệnh nhân điều trị diệt trừ *H. pylori* chiếm 92.4% [11]. Theo tác giả Dore MP và cộng sự trong một nghiên cứu năm 2002 dùng phác đồ PBMT (uống 2 lần/ngày, liệu trình 14 ngày), điều trị cho 118 bệnh nhân, gồm 76 bệnh nhân chưa điều trị và 42 bệnh nhân đã từng điều trị thất bại, đạt được tỷ lệ diệt trừ 95%. Kết quả diệt trừ *H. pylori* của Dore cao hơn chúng tôi có thể lý giải là do nghiên cứu của Dore có: số lần dùng thuốc ít hơn chúng tôi (2 lần/ngày) giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị cao hơn [13].

Mặt khác, triệu chứng lâm sàng đường tiêu hóa của nhóm bệnh nhân nghiên cứu cũng có sự giảm đáng kể. Triệu chứng đau bụng thượng vị giảm nhiều nhất từ hơn 70% bệnh nhân xuống còn 18%.

Kết quả điều trị diệt trừ diệt trừ *H. pylori* giữa 2 nhóm bệnh nhân điều trị diệt trừ lần đầu và đã từng điều trị thất bại không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0.301$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng

tương đồng với kết quả của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ năm 2018 có tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* ở bệnh nhân điều trị lần đầu đạt 90.7% [7]. Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Uygun trong nghiên cứu năm 2007 được thực hiện trên 240 bệnh nhân có tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* đạt 82.3% [14].

Dựa theo các hướng dẫn Maastricht IV, Maastricht V và Toronto, dựa theo bằng chứng phác đồ ba thuốc có LVX ít có hiệu quả trên chủng đề kháng LVX; do các nghiên cứu trong nước giai đoạn 2013-2015 cho thấy tình hình *H. pylori* đề kháng với LVX khá cao [6], việc chỉ định phác đồ ba thuốc có LVX điều trị diệt trừ *H. pylori* lần hai theo kinh nghiệm ở nước ta không còn phù hợp.

Với phác đồ EBMT, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kết quả diệt trừ *H. pylori* ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi đạt 90.9% cao hơn so với nhóm tuổi trên 60 đạt 50%, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ năm 2018 có tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi đạt 89% và nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi đạt tỷ lệ 77% [7]. Kết quả diệt trừ *H. pylori* thành công ở nhóm trên và dưới 60 tuổi của chúng tôi tương tự với của tác giả Kuo C.H. năm 2013 khi tác giả điều trị diệt trừ *H. pylori* bằng phác đồ EBMT 10 ngày, ghi nhận tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* của bệnh nhân ở nhóm <60 tuổi đạt 90,6% tuy cao hơn nhóm ≥60 tuổi đạt 84,2%, nhưng không có ý nghĩa thống kê [15]. Với phác đồ ba thuốc có CLR, khi Broutet N phân tích 2.751 bệnh nhân đã điều trị diệt trừ thất bại, tác giả tìm thấy tỷ lệ điều trị *H. pylori* thất bại ở nhóm

bệnh nhân tuổi dưới 60 là 27,9% cao hơn ở nhóm trên 60 là 18,6%, với $p < 0,05$ [16]. Từ nghiên cứu của chúng tôi và của Kuo, có thể nhận thấy với phác đồ EBMT, tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* cao hơn ở nhóm bệnh nhân nhỏ tuổi hơn, điều này ngược với phác đồ ba thuốc có CLR.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận có sự khác biệt về tỷ lệ diệt trừ vi khuẩn *H. pylori* ở 2 nhóm bệnh nhân nam và nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Đặng Ngọc Quý Huệ năm 2018 là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ diệt trừ vi khuẩn *H. pylori* ở 2 nhóm bệnh nhân nam và nữ tương ứng là 89.2% và 89.4% [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Kuo năm 2013 có tỷ lệ diệt trừ vi khuẩn *H. pylori* ở nữ đạt 91,1% cao hơn so với nam đạt 84,9% [15]. Trong nghiên cứu của tác giả Kim SE năm 2017 có tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* ở nhóm bệnh nhân nữ đạt 96,1% cũng cao hơn so với nhóm bệnh nhân nam đạt 93,2% [67], nhưng khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu diệt trừ *H. pylori* bằng phác đồ PBMT trong 10 ngày của tác giả Pan KF năm 2016 có tỷ lệ diệt trừ vi khuẩn *H. pylori* ở nhóm bệnh nhân nữ đạt 77,1% cao hơn so với nhóm bệnh nhân nam chỉ đạt 68,3%, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê [17]. Như vậy, giới tính có mối liên quan không hằng định với kết quả diệt trừ *H. pylori* bằng phác đồ EBMT.

Kết quả diệt trừ vi khuẩn *H. pylori* ở nhóm bệnh nhân không hút thuốc là 89.3% cao hơn so với nhóm bệnh nhân hút thuốc lá 85.7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ năm 2018 với phác

đồ EBMT trong 10 ngày ghi nhận kết quả diệt trừ vi khuẩn *H. pylori* ở nhóm bệnh nhân có hút thuốc là 80.0% thấp hơn so với nhóm bệnh nhân không hút thuốc là 90.8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, và không ghi nhận mối liên quan giữa tình trạng hút thuốc lá và kết quả diệt trừ vi khuẩn *H. pylori* [7]. Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Kim SE năm 2017, bằng phác đồ PBMT 7 ngày, tác giả đạt được tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* 92,5% ở bệnh nhân có hút thuốc thấp hơn ở bệnh nhân không hút là 95,0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [11].

Nghiên cứu ghi nhận 51 bệnh nhân xuất hiện có tác dụng phụ chiếm 72.8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ là 81.9% [7]. Tỷ lệ gặp tác dụng phụ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu QUADRATE năm 2002 của tác giả Katelaris điều trị diệt trừ *H. pylori* bằng phác đồ PBMT 7 ngày, ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân gặp tác dụng phụ là 78% [18]. Tác dụng phụ mà chúng tôi ghi nhận trên bệnh nhân nghiên cứu đa số ở mức độ nhẹ, thoáng qua và bệnh nhân không phải ngừng thuốc. Một khác những bệnh nhân vì tác dụng phụ quá lớn mà phải dừng sử dụng thuốc điều trị thì đều bị loại ra khỏi nghiên cứu. Tác dụng phụ miệng vị kim loại là thường gặp nhất, chiếm 34.2% số bệnh nhân. Các tác dụng phụ khác cũng khá thường gặp như buồn nôn 22.9%, khô miệng 24.3%. Kết quả này cũng tương tự so với kết quả nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ năm 2018 ghi nhận tác dụng phụ miệng vị kim loại 34,3%, buồn nôn 25,9%, khô miệng 24,1%, chóng mặt 21,1% và nhức đầu chiếm 20,5% [7].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu thu được cho phép đưa ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 88.6%, với $p < 0.01$.
- Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* bằng phác đồ EBMT tương đương giữa nam và nữ. Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* bằng phác đồ EBMT ở nhóm lần đầu điều trị cao hơn so với nhóm đã từng điều trị thất bại; tỷ lệ ở nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá cao hơn so với nhóm bệnh nhân có hút thuốc lá;
- Tác dụng phụ của phác đồ EBMT gặp ở 72.8% bệnh nhân nghiên cứu và chủ yếu là ở mức độ nhẹ, bệnh nhân không phải dừng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Malik T.F., Gnanapandithan K., and Singh K. (2020).** Peptic Ulcer Disease. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
2. **Bashinskaya B., Nahed B.V., Redjal N., et al. (2011).** Trends in Peptic Ulcer Disease and the Identification of *Helicobacter pylori* as a Causative Organism: Population-based Estimates from the US Nationwide Inpatient Sample. *J Glob Infect Dis*, 3(4), 366–370.
3. **Hooi J.K.Y., Lai W.Y., Ng W.K., et al. (2017).** Global Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*, 153(2), 420–429.
4. **Phan Trung Nam T.V.H. (2013).** Tình hình đề kháng kháng sinh của *Helicobacter pylori* tại khu vực miền Trung hai năm 2012-2013 bằng kỹ thuật E-test. *Tạp chí Khoa học tiêu hoá Việt Nam*, VIII(33), 2122–2132.
5. **Malfetherthiner P., Bazzoli F., Delchier J.-C., et al. (2011).** *Helicobacter pylori* eradication with a capsule containing bismuth subcitrate potassium, metronidazole, and tetracycline

- given with omeprazole versus clarithromycin-based triple therapy: a randomised, open-label, non-inferiority, phase 3 trial. *Lancet Lond Engl*, 377(9769), 905–913.
6. **Bình T.T., Shiota S., Nguyen L.T., et al. (2013).** The incidence of primary antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* in Vietnam. *J Clin Gastroenterol*, 47(3), 233–238.
 7. **Đặng Ngọc Quý Huệ (2018)** Nghiên cứu tỷ lệ kháng clarithromycin, levofloxacin của *Helicobacter pylori* bằng epsilon meter và hiệu quả của phác đồ EBMT ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn. Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế, Tr 137-138. .
 8. **El-Serag H.B., Kao J.Y., Kanwal F., et al. (2018).** Houston Consensus Conference on Testing for *Helicobacter pylori* Infection in the United States. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*, 16(7), 992-1002.e6.
 9. **Nguyễn Thị Hòa Bình (2018).** Nghiên cứu chẩn đoán bệnh viêm dạ dày mạn tính bằng nội soi, mô bệnh học và tỷ lệ nhiễm *Helicobacter Pylori*. Luận Văn Y Học, accessed: 09/24/2021.
 10. **Karczewska E., Wojtas-Bonior I., Sito E., et al. (2011).** Primary and secondary clarithromycin, metronidazole, amoxicillin and levofloxacin resistance to *Helicobacter pylori* in southern Poland. *Pharmacol Rep PR*, 63(3), 799–807.
 11. **Kim S.E., Park M.I., Park S.J., et al. (2017).** Second-line bismuth-containing quadruple therapy for *Helicobacter pylori* eradication and impact of diabetes. *World J Gastroenterol*, 23(6), 1059–1066.
 12. **Boixeda D., Bermejo F., Martín-De-Argila C., et al. (2002).** Efficacy of quadruple therapy with pantoprazole, bismuth, tetracycline and metronidazole as rescue treatment for *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther*, 16(8), 1457–1460.
 13. **Dore M.P., Graham D.Y., Mele R., et al. (2002).** Colloidal bismuth subcitrate-based twice-a-day quadruple therapy as primary or salvage therapy for *Helicobacter pylori* infection. *Am J Gastroenterol*, 97(4), 857–860.
 14. **Uygun A., Kadayifci A., Safali M., et al. (2007).** The efficacy of bismuth containing quadruple therapy as a first-line treatment option for *Helicobacter pylori*. *J Dig Dis*, 8(4), 211–215.
 15. **Kuo C.-H., Hsu P.-I., Kuo F.-C., et al. (2013).** Comparison of 10 day bismuth quadruple therapy with high-dose metronidazole or levofloxacin for second-line *Helicobacter pylori* therapy: a randomized controlled trial. *J Antimicrob Chemother*, 68(1), 222–228.
 16. **Broutet N., Tchamgoué S., Pereira E., et al. (2003).** Risk factors for failure of *Helicobacter pylori* therapy--results of an individual data analysis of 2751 patients. *Aliment Pharmacol Ther*, 17(1), 99–109.
 17. **Pan K., Zhang L., Gerhard M., et al. (2016).** A large randomised controlled intervention trial to prevent gastric cancer by eradication of *Helicobacter pylori* in Linqu County, China: baseline results and factors affecting the eradication. *Gut*, 65(1), 9–18.
 18. **Katlaris P.H., Forbes G.M., Talley N.J., et al. (2002).** A randomized comparison of quadruple and triple therapies for *Helicobacter pylori* eradication: The QUADRATE Study. *Gastroenterology*, 123(6), 1763–1769.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SINH THIẾT TỨC THÌ BẰNG CẮT LẠNH TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thành Vinh*, Trần Thị Hồng Nhung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, tỷ lệ âm tính giả và dương tính giả của sinh thiết cắt lạnh tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 9/2017 đến tháng 9/2019.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân được làm xét nghiệm sinh thiết tức thì tại khoa Giải phẫu bệnh từ 9/2017 đến 9/2019, có kết quả GPB thường quy sau mổ để đối chiếu.

Kết quả: Nghiên cứu trên 118 bệnh nhân được làm sinh thiết tức thì tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 9/2017 đến tháng 9/2019 chúng tôi rút ra được một số kết quả sau: Vị trí u được làm sinh thiết tức thì nhiều nhất là u tuyến giáp, chiếm 47,45%. Sinh thiết tức thì là phương pháp chẩn đoán nhanh, thời gian trung bình $20,5 \pm 5,66$ phút. Phương pháp có độ nhạy là 98,14%, độ đặc hiệu là 100%, độ chính xác là 99,15%, giá trị dự báo dương tính 100%, giá trị dự báo âm tính 97,87%. Dương tính thật 53 trường hợp, âm tính thật 64, dương tính giả 0, âm tính giả 1 trường hợp. Chẩn đoán sinh thiết tức thì cho kết quả phù hợp với chẩn đoán mô bệnh học với $p < 0,05$.

Kết luận: Sinh thiết cắt lạnh chẩn đoán ung thư ngày càng phổ biến tại Việt Nam. Với độ nhạy và độ đặc hiệu cao, phương pháp này hiệu quả và an toàn trong chẩn đoán ung thư.

Từ khóa: ung thư, sinh thiết cắt lạnh, sinh thiết tức thì, bệnh viện Thanh Nhàn

SUMMARY

ELEVATION OF FROZEN SECTION ANALYSIS RESULTS AT THANH NHAN HOSPITAL

Objectives: To determine the sensitivity, specificity, accuracy, false-negative and false-positive rates of cryo-sectional biopsies at Thanh Nhan hospital from September 2017 to September 2019.

Methods: An instant biopsy test was performed at the Department of Pathology from September 2017 to September 2019, having routine pathological results after surgery for comparison.

Results: In a study on 118 patients who underwent immediate biopsies at Thanh Nhan Hospital from September 2017 to September 2019: The most commonly performed tumor location was thyroid tumor, accounting for 47.45%. An instant biopsy test is a fast diagnostic method, the average time is 20.5 ± 5.66 minutes. This method has a sensitivity of 98.14%, a specificity of 100%, an accuracy of 99.15%, a positive predictive value of 100%, a negative predictive value of 97.87%. True positive 53 cases, true negative 64, false positive 0, false negative 1 case. The diagnosis of the instant biopsy test gave results consistent with the diagnosis of histopathology with $p < 0.05$.

Conclusion: Cryo-sectional biopsy for cancer diagnosis is increasingly popular in Vietnam. With high sensitivity and specificity, we find this

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Vinh
Email: dr.ntvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2022

Ngày duyệt bài: 04/7/2022

method effective and safe in cancer diagnosis.

Keywords: cancer, cryo-sectional biopsy, instant biopsy, Thanh Nhan hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chẩn đoán giải phẫu bệnh (GPB) có vai trò vô cùng quan trọng trong việc điều trị và tiên lượng trong các bệnh lý u và ung thư nói chung. Cùng với sự phát triển của y học, ngày càng có nhiều biện pháp tối ưu hóa việc chẩn đoán bệnh. Trong đó GPB cũng có những bước tiến quan trọng như sự phát triển hóa mô miễn dịch, lai tại chỗ nhiễm sắc thể, GPB phân tử... giúp cho việc chẩn đoán bệnh được chính xác và rõ bản chất. Tuy nhiên, thời gian có kết quả GPB thường quy mất vài ngày. Có thể nói, kỹ thuật sinh thiết tức thì (STTT) là một bước tiến quan trọng, cho phép chẩn đoán nhanh, kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh tức thì chỉ sau từ 10-30 phút thay vì phải đợi từ 3-4 ngày, qua đó giúp phẫu thuật viên lựa chọn kịp thời biện pháp điều trị, giảm biến chứng, giảm thời gian và chi phí điều trị cho bệnh nhân (BN). Tại bệnh viện Thanh Nhàn, kỹ thuật STTT được triển khai từ năm 2017, tuy nhiên, do thời gian tiến hành kỹ thuật rất ngắn và không thể thực hiện các kỹ thuật nhuộm đặc biệt nên việc chẩn đoán khó hơn rất nhiều so với xét nghiệm mô bệnh học (MBH) thường quy. Để có thêm kinh nghiệm, hoàn thiện kỹ thuật và rút ngắn thời gian xét nghiệm với độ chính xác của chẩn đoán ngày càng cao, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả sinh thiết tức thì bằng cắt lạnh tại bệnh viện Thanh Nhàn” nhằm mục tiêu chính sau:

- Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, tỷ lệ âm tính giả và dương tính giả của sinh thiết cắt lạnh tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 9/2017 đến tháng 9/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả những trường hợp được làm xét nghiệm STTT tại khoa GPB từ 9/2017 đến 9/2019, bệnh phẩm đủ để chẩn đoán và có đầy đủ các thông tin về BN, có kết quả GPB thường quy sau mổ để đối chiếu. Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp không có đủ các thông tin về BN hoặc bệnh phẩm quá nhỏ không đủ để chẩn đoán.

Phương pháp nghiên cứu: cứu mô tả hồi cứu.

Cách thức tiến hành: Thu thập các thông tin về lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, chẩn đoán trước mổ.... Quan sát, phẫu tích, mô tả chi tiết các thông tin về bệnh phẩm: vị trí lấy, kích thước, màu sắc, tính chất (chắc, đặc, mềm, mủn, nang, có chứa dịch: trong, nhầy, lẫn máu...). Bệnh phẩm có kích thước <1cm: cắt toàn bộ, kích thước >1cm cắt lát 1cm x 1cm x 0,2cm, chọn vùng nghi ngờ tổn thương nhất để cắt nhuộm, phân tích.

Đánh giá

Âm tính thật (ATT): STTT là lành tính và kết quả MBH cũng là lành tính.

Dương tính thật (DTT): STTT là ác tính và kết quả MBH cũng là ác tính.

Dương tính giả (DTG): STTT là ác tính nhưng kết quả MBH là lành tính.

Âm tính giả (ATG): STTT là lành tính nhưng kết quả MBH là ác tính.

Độ chính xác: $(DTT + ATT) / (DTG + ATG + DTT + ATT) \times 100\%$.

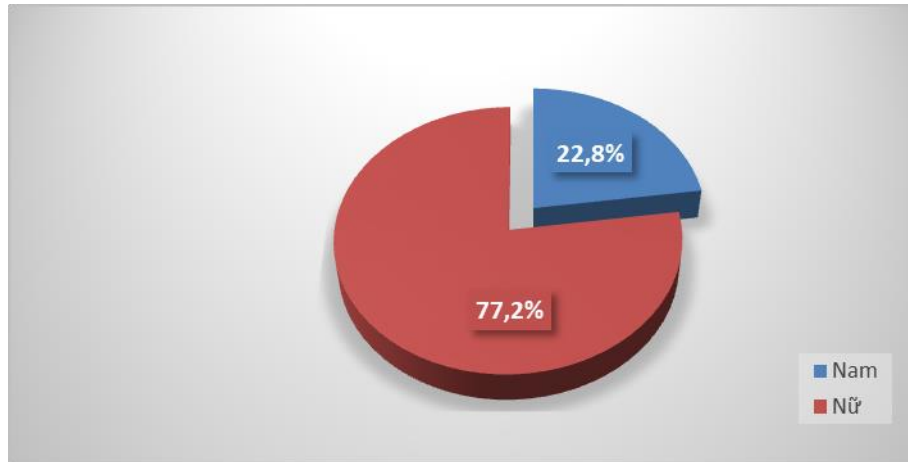
Độ nhạy: $DTT / (DTT + ATG) \times 100\%$.

Độ đặc hiệu: $ATT / (ATT + DTG) \times 100\%$.

Giá trị dự báo dương tính: $(DTT + DTG) / (DTG + ATG + DTT + ATT) \times 100\%$.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Biểu đồ phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Nhóm đối tượng nghiên cứu đa số là nữ giới với 91/118 trường hợp, chiếm 77,2%. Nam giới với 27/118 trường hợp, chiếm 22,8%. Tỷ lệ nữ/nam = 3,4/1.

Bảng 1. Bảng phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 30	11	9,3
30-39	20	16,9
40-59	50	42,4
≥ 60	37	31,4
Tổng số	118	100%

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $46,14 \pm 11,94$ tuổi. Tuổi thấp nhất là 22, tuổi cao nhất là 81. Trong số 118 trường hợp được làm sinh thiết tức thì chủ yếu gặp ở nhóm đối tượng 40-59 tuổi với 42,4% (50/118 trường hợp). Nhóm tuổi có tỷ lệ thấp nhất là < 30 tuổi với 9,3% (11/118 trường hợp). Nhóm tuổi già (từ 60 tuổi trở lên) chiếm 31,4% (37/118 trường hợp). Nhóm tuổi 30-39 chiếm tỷ lệ 16,9% (20/118 trường hợp).

Bảng 2. Tỷ lệ STTT theo vị trí sinh thiết

Vị trí sinh thiết	Số BN (N)	Tỷ lệ (%)
Tuyến giáp	56	47,45
Vú	34	28,81
Thần kinh	5	4,23
Mạc nối	8	6,77
Hạch	5	4,23
Buồng trứng	1	0,85
Thận – Thượng thận	4	3,43
Da	5	4,23
Tổng	118	100

Nhận xét: Vị trí u tuyến giáp được tiến hành STTT nhiều nhất, chiếm 47,45% (56/118 trường hợp). Vị trí vú đứng thứ hai, chiếm 28,81% (34/118 trường hợp). Tiếp đến là các vị trí khác: thần kinh, tổ chức mạc nối, hạch, da, thận và buồng trứng.

Bảng 3. Liên quan giữa kết quả STTT với kích thước bệnh phẩm

Kết quả chẩn đoán	≤ 1cm		1 < đến < 1,5cm		≥ 1,5cm		Tổng
	Số mẫu (n)	Tỉ lệ (%)	Số mẫu (n)	Tỉ lệ (%)	Số mẫu (n)	Tỉ lệ (%)	
Lành tính	5	83,33	17	70,83	43	48,86	65
Ác tính	1	16,67	7	29,17	45	51,14	53
Tổng	6		24		88		118

Nhận xét: Mẫu bệnh phẩm kích thước ≤ 1cm, có 83,33% mẫu bệnh phẩm có kết quả STTT là lành tính. Mẫu bệnh phẩm kích thước 1 đến 1,5cm, có 70,83% mẫu bệnh phẩm có kết quả STTT là lành tính. Mẫu bệnh phẩm kích thước ≥ 1,5cm, có 51,14% mẫu bệnh phẩm có kết quả STTT là ác tính.

Bảng 4. Thời gian chẩn đoán STTT

	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
Thời gian (phút)	15	40	20,5	5.66

Nhận xét: Thời gian chẩn đoán STTT trung bình là $20,5 \pm 5,66$ phút.

Bảng 5. Kết quả sinh thiết tức thì

Kết quả	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Lành tính	65	55,1
Ác tính	53	44,9
Tổng số	118	100

Nhận xét: Trong số 118 trường hợp được làm sinh thiết tức thì: Kết quả STTT lành tính chiếm 55,1% (65/118 trường hợp). Kết quả STTT ác tính chiếm 44,9% (53/118 trường hợp)

Bảng 6. So sánh kết quả chẩn đoán STTT với MBH thường quy

STTT	MBH thường quy sau phẫu thuật		Tổng
	Dương tính	Âm tính	
Dương tính	53	0	53
Âm tính	1	64	65
Tổng	54	64	118

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, trong số 118 trường hợp sinh thiết tức thì có 53 trường hợp chẩn đoán ác tính, chiếm 44,9%. Khi đối chiếu kết quả giải phẫu bệnh thường quy thì cả 53 trường hợp đều được chẩn đoán phù hợp. Sinh thiết tức thì cho kết quả 65 trường hợp lành tính nhưng khi đối chiếu giải phẫu bệnh có 1 trường hợp u ác tính. Kết quả sinh thiết phù hợp với chẩn đoán mô bệnh học thường quy với $p < 0,05$.

Bảng 7. Giá trị của STTT

Giá trị của STTT	Tỉ lệ (%)
Độ nhạy (Se)	98,14
Độ đặc hiệu (Sp)	100
Độ chính xác	99,15
Giá trị dự báo dương tính (PPV)	100
Giá trị dự báo âm tính (NPV)	98,46

IV. BÀN LUẬN**+ Đặc điểm chung**

Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu: Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi đối với 118 trường hợp STTT là $46,14 \pm 11,94$ tuổi. STTT được áp dụng chủ yếu với những trường hợp BN có khối u không rõ lành tính hay ác tính, lứa tuổi phát sinh khối u thường ở người trưởng thành và trung niên (cao nhất ở lứa tuổi 40-59 tuổi, chiếm 42,4%), tuy nhiên độ tuổi của BN còn khác nhau tùy thuộc vào từng loại khối u.

Vị trí sinh thiết: STTT có thể áp dụng cho tất cả các vị trí và mô cơ quan, tuy nhiên trong số 118 trường hợp được tiến hành STTT tại Bệnh viện Thanh Nhàn u tuyến giáp được sinh thiết nhiều nhất (47,45%), tiếp đến là u vú. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Ngô Thị Minh Hạnh tại Bệnh viện trung ương quân đội 108, tuy nhiên lại khác so với kết quả nghiên cứu của Bệnh viện K, vị trí sinh thiết nhiều nhất là u vú, chiếm hơn một nửa số ca STTT [8]. Vị trí STTT tập trung chủ yếu ở tuyến giáp và tuyến vú cũng góp phần giải thích cho tỷ lệ giới tính nữ trong nghiên cứu cao hơn nhiều so với nam giới (3,4/1).

Thời gian sinh thiết: Kết quả cho thấy thời

gian xét nghiệm STTT tại khoa GPB Bệnh viện Thanh Nhàn trung bình là $20,5 \pm 5,66$ phút. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của hầu hết các tác giả khác, cả trong và ngoài nước[1],[2],[3],[4]. Một kỹ thuật viên thành thạo thực hiện cắt nhuộm mất thời gian trung bình khoảng 10 phút, thậm chí lâu hơn nếu phải nhuộm nhiều phương pháp. Thời gian bác sỹ GPB đọc kết quả có thể kéo dài đến 10 phút, hoặc lâu hơn đối với những tổn thương khó chẩn đoán. Trong những trường hợp khó, bác sỹ GPB phải trao đổi với phẫu thuật viên về mẫu bệnh phẩm gửi tới, có thể lấy thêm và cùng phân tích để đưa ra một phương án tốt nhất, giảm thiểu phẫu thuật lại hay tránh đưa ra một quyết định sai lầm. Vì thế, sự hợp tác giữa phẫu thuật viên và bác sỹ GPB là vô cùng quan trọng.

Kích thước khối u: Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước khối u $\geq 1,5\text{cm}$ hay gặp nhất chiếm 88/118 trường hợp (74,6%), kích thước u 1-1,5cm chiếm 24/118 trường hợp (20,3%), tỷ lệ u kích thước $\leq 1\text{cm}$ chiếm 5,1%.

Với các mẫu bệnh phẩm có kích thước $\leq 1\text{cm}$, có tới 83,3% mẫu có kết quả STTT là lành tính. Lấy mẫu phải đúng, đủ và đại diện

cho tổn thương. Những mẫu bệnh phẩm quá nhỏ sẽ không đạt yêu cầu. Các phẫu thuật viên thường mở nhanh, nhỏ để lấy bệnh phẩm gửi tức thì. Mặt khác, do khối u chảy máu không cho phép phẫu thuật viên mở rộng và chờ kết quả GPB, do đó đôi khi các mẫu gửi tới không lấy hết được vào khối u hoặc vào tổn thương hoại tử. Vì vậy kết quả không đồng nhất giữa STTT và MBH thường quy sau phẫu thuật. Kết quả STTT là ác tính có xu hướng tăng theo kích thước bệnh phẩm, nhưng sự khác biệt giữa các nhóm bệnh phẩm với kích thước khác nhau không có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

+ Giá trị của sinh thiết tức thì

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trong số 118 trường hợp sinh thiết tức thì có 53 trường hợp chẩn đoán ác tính, chiếm 44,9%. Khi đối chiếu kết quả giải phẫu bệnh thường quy thì cả 53 trường hợp đều được chẩn đoán phù hợp. Như vậy không có trường hợp nào dương tính giả. Sinh thiết tức thì cho kết quả 65 trường hợp lành tính nhưng khi đối chiếu giải phẫu bệnh có 1 trường hợp u ác tính, như vậy có 1 trường hợp âm tính giả.

Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của STTT càng cao đồng nghĩa với độ tin cậy của chẩn đoán STTT càng cao so với chẩn đoán MBH thường quy. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, độ nhạy và độ đặc hiệu đều nằm trong giới hạn cao, độ nhạy là 98,14% và độ đặc hiệu đạt tuyệt đối 100%. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Một nghiên cứu khác trong nước của Đặng Thế

Căn và cộng sự tại bệnh viện K cũng cho kết quả với độ đặc hiệu khá cao là 96,3%, tuy nhiên độ nhạy thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, chỉ với 85,2%[4]. Nghiên cứu của tác giả Batra có độ nhạy là 81,8%, độ đặc hiệu là 100% [5]. Tác giả Duek cho kết quả độ nhạy 83,3% và độ đặc hiệu là 95,2% [6], tác giả Bahadir Cetin với độ nhạy là 87,1% và độ đặc hiệu là 100% [7]. Theo y văn thế giới, độ nhạy của chẩn đoán khoảng 60-98%, độ đặc hiệu khoảng 75-100% [8].

Tuy nhiên, độ nhạy của phương pháp này không cao bằng độ đặc hiệu, trong nghiên cứu này của chúng tôi có 1 trường hợp âm tính giả. Cụ thể trường hợp âm tính giả ở đây là u tuyến giáp: kết quả STTT là u tuyến thể nang lành tính, kết quả MBH là ung thư tuyến giáp thể nang. Điều này có thể lý giải bởi trong trường hợp này u tuyến giáp có hình ảnh đại thể và vi thể khó phân biệt, ngoài ra do số lượng mảnh cắt trong STTT hạn chế, rất khó đánh giá xâm nhập mạch và xâm nhập vỏ, trong khi đây lại là 2 tiêu chuẩn quan trọng để chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nang.

Như vậy, có thể thấy rằng STTT là một phương pháp chẩn đoán nhanh, độ nhạy và độ đặc hiệu rất cao, giúp phẫu thuật viên đưa ra được phương án điều trị chính xác, kịp thời, giảm biến chứng và thời gian điều trị cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 118 bệnh nhân được làm sinh thiết tức thì tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 9/2017 đến tháng 9/2019 chúng tôi

rút ra được một số kết luận sau:

- Vị trí u được làm STTT nhiều nhất là u tuyến giáp, chiếm 47,45%.

- STTT là phương pháp chẩn đoán nhanh, thời gian trung bình $20,5 \pm 5,66$ phút.

- Phương pháp STTT có độ nhạy là 98,14%, độ đặc hiệu là 100%, độ chính xác là 99,15%, giá trị dự báo dương tính 100%, giá trị dự báo âm tính 97,87%. Dương tính thật 53 trường hợp, âm tính thật 64, dương tính giả 0, âm tính giả 1 trường hợp. Chẩn đoán STTT thì cho kết quả phù hợp với chẩn đoán MBH với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bui MM, Smith P, Agresta SV, Cheong D, Letson GD. (2008), "Practical issues of intraoperative frozen section diagnosis of bone and soft tissue lesions", J. Cancer. 15(1), 7-10.
2. Bancroft JD, Palmer J (1998), "Frozen and related section, In: Theory and practical of histological techniques", Churchill livingstone. 4, 69-71.
3. Peters SR (2010), "Understanding and maintaining the cryosection, In: A practical guide to frozen section technique", Springer science, 1-2.
4. Đặng Thế Căn, Nguyễn Phi Hùng, Hoàng Xuân Kháng và CS (2001), "Giá trị của chẩn đoán sinh thiết tức thì qua nghiên cứu 1917 trường hợp tại Bệnh viện K Hà Nội", Y học TP. Hồ Chí Minh. 5(4), 9-13.
5. C Batra, S Singh và R Katra (2009). "Role of Fine Needle Aspiration and Frozen Section in the Diagnosis of Thyroid Lesions", The Internet Journal of Pathology, 11(1).
6. Nguyễn Thị Thanh Mai và Tạ Văn Tờ (2011). "Đánh giá giá trị của sinh thiết tức thì trong chẩn đoán các u của tuyến giáp tại Bệnh viện K.", Tạp chí ung thư học, 112.
7. Bahadır Cetin, Sabahattin Aslan, Celal Hatiboglu et al (2004). "Frozen section in thyroid surgery: is it a necessity?", Canadian journal of surgery, 47(1), 29.
8. David Challis (1997). "Broadsheet number 41: frozen section and intra-operative diagnosis", Pathology, 29(2), 165-174.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CAPECITABINE DUY TRÌ TRONG UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN MUỘN SAU ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thành Vinh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trong điều trị ung thư dạ dày sau điều trị hóa chất bước một bằng capecitabine và ghi nhận một số độc tính của phác đồ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 38 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IV hoặc tái phát di căn được điều trị hóa chất capecitabine duy trì sau hóa chất bước một tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2019 đến 1/2022.

Kết quả: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) trung vị là 9,2 tháng. PFS liên quan đến nhóm tuổi, cao hơn ở nhóm bệnh nhân ≤ 60 tuổi. Về tác dụng không mong muốn của phác đồ, không có bệnh nhân nào thiếu máu nặng, hạ bạch cầu, tiểu cầu độ 3, độ 4. Nghiên cứu có 15,9% bệnh nhân hội chứng bàn tay bàn chân độ 2; 5,2% độ 3.

Kết luận: Điều trị duy trì capecitabine sau điều trị bước một kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển. Capecitabine hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, capecitabine.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF CAPECITABINE MAINTENANCE IN ADVANCED GASTRIC CANCER AFTER FIRST LINE

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Vinh

Email: dr.ntvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2022

Ngày duyệt bài: 25/6/2022

CHEMOTHERAPY AT THANH NHAN HOSPITAL

Objectives: To evaluate progression free survival in advanced gastric cancer after first line chemotherapy by Capecitabine and to report toxicity profile of this regimen.

Methods: There was 38 patients with stage IV or recurrent/metastatic gastric cancer treated with capecitabine maintenance after first line chemotherapy at Thanh Nhan hospital from 1/2019 to 1/2022.

Results: Median progression free survival (PFS) was 9.2 month. PFS was related to age, PFS was longer in patients ≤ 60 age. About toxicity profiles, there was no patient with severe anemia, neutropenia and thrombopenia (grade 3 and 4). There was 15.9 % and 5.2 % of patients suffering from grade 2 and grade 3 hand-foot syndrome.

Conclusion: Capecitabine maintenance after first line chemotherapy showed improved PFS. Capecitabine has approved efficacy and safety for advanced gastric cancer.

Key words: Gastric cancer, capecitabine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong các loại ung thư phổ biến trên thế giới, đứng hàng đầu trong các loại ung thư đường tiêu hóa. Tại Việt Nam, ung thư dạ dày là loại ung thư khá phổ biến [1]. Phẫu thuật đóng vai trò chủ yếu trong điều trị ung thư dạ dày. Tuy nhiên, hầu hết các bệnh nhân khi phát hiện bệnh đã ở

giai đoạn muộn do triệu chứng lâm sàng không điển hình. Hóa trị là phương pháp đóng vai trò quan trọng trong giai đoạn này, giúp giảm triệu chứng và kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân.

Lợi ích sống còn của điều trị hóa chất so với chăm sóc triệu chứng đơn thuần đã được nghiên cứu chứng minh làm tăng thời gian sống thêm của bệnh nhân [2]. Một số phác đồ được khuyến cáo trong điều trị ung thư dạ dày tái phát, di căn với vai trò quan trọng của hóa chất fluorouracil như: cisplatin và fluorouracil (CF), epirubicin, cisplatin và capecitabine (EOX), capecitabine và oxaliplatin (XELOX) ... [3]. Sau điều trị bước một, capecitabine đã được chứng minh có hiệu quả trong nhiều nghiên cứu, giúp tăng thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân ung thư [4].

Tại Việt Nam, trước đây capecitabine được sử dụng phổ biến trong duy trì trong một số bệnh như ung thư đại trực tràng, ung thư vú, gần đây là ung thư dạ dày. Tại khoa Ung bướu, bệnh viện Thanh Nhàn chưa có nghiên cứu nào về sử dụng capecitabine duy trì cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn sau điều trị hóa chất bước một. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. *Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn muộn sau điều trị hóa chất bước một tại khoa Ung bướu, bệnh viện Thanh Nhàn.*

2. *Nhận xét một số tác dụng không mong muốn của phác đồ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

38 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IV hoặc tái phát di căn sau phẫu thuật, được điều trị hóa chất capecitabine duy trì sau hóa chất bước một tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2019 đến 1/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

✓ Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày giai đoạn IV hoặc tái phát di căn sau phẫu thuật, điều trị hóa chất bước một đạt đáp ứng hoặc bệnh giữ nguyên

✓ Chỉ số toàn trạng 0-2 theo thang điểm ECOG

✓ Chức năng tủy xương, chức năng gan thận trong giới hạn bình thường

✓ Có đầy đủ thông tin hồ sơ lưu trữ

Tiêu chuẩn loại trừ:

✓ Bệnh nhân không đủ các tiêu chuẩn nói trên

✓ Bệnh nhân bỏ điều trị không phải vì lý do chuyên môn

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện

Các bước tiến hành:

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo đúng tiêu chuẩn lựa chọn, ghi nhận đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bước 2: Tiến hành điều trị

+ Phác đồ: Capecitabine 1000 mg/m² x 2 lần/ngày, uống 14 ngày, chu kỳ 21 ngày

+ Bệnh nhân điều trị duy trì phác đồ hóa chất đến khi bệnh tiến triển hoặc tác dụng không mong muốn không chấp nhận được

Bước 3: Đánh giá hiệu quả điều trị

Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS): là khoảng thời gian từ khi điều trị đến khi bệnh tiến triển.

Đánh giá bệnh tiến triển: dựa vào triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (nội soi dạ

dày, Xquang ngực/ cắt lớp vi tính lồng ngực, siêu âm ổ bụng/ cắt lớp vi tính bụng...)

Đánh giá tác dụng không mong muốn dựa vào tiêu chuẩn phân độ độc tính thuốc chống

ung thư của Viện Ung thư Quốc gia Mỹ (CTCAE 4.0).

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

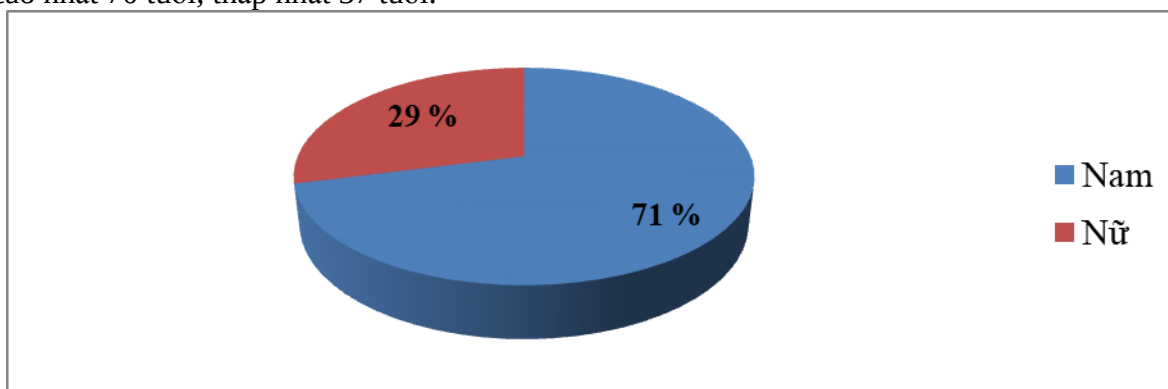
✓ **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Đặc điểm chung

Bảng 1: Phân bố nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 40	3	7,9
40- 60	12	31,6
> 60	23	60,5
Tổng	38	100

Nhận xét: Nhóm tuổi thường gặp 40 – 60 tuổi (31,6%). Tuổi trung bình: 50,3± 7,3. Tuổi cao nhất 70 tuổi, thấp nhất 37 tuổi.



Biểu đồ 1: Phân bố theo giới

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số (71,0%). Tỷ lệ nam/ nữ: 2.44/1

Bảng 2: Đặc điểm mô bệnh học

Mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Carcinoma tuyến	25	65,8
Carcinoma tế bào nhân	10	26,3
Carcinoma tuyến nhầy	3	7,9

Nhận xét: Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (65,8%).

✓ **Kết quả điều trị**

Bảng 3: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Thời gian sống bệnh không tiến triển						
Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	3 tháng (%)	6 tháng (%)	12 tháng (%)	24 tháng (%)
9,2	2	20	94,7	63,2	44,7	31,6

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị là 9,2 tháng. Đa số bệnh nhân tiến triển sau 12 tháng. PFS tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng lần lượt là 94,7%, 63,2 %, 44,7% và 31,6 %.

Bảng 4: Liên quan PFS với nhóm tuổi, giới, mô bệnh học

		PFS (tháng)	p
Nhóm tuổi	>60	5,6	0,025
	≤60	8,5	
Giới	Nam	6,8	0,212
	Nữ	7,5	
Mô bệnh học	Carcinoma tuyến	7,4	0,122
	Carcinoma tế bào nhân	5,4	
	Carcinoma tuyến nhầy	6,8	

Nhận xét: Bệnh nhân ≤ 60 tuổi PFS trung vị là 8,5 tháng, > 60 tuổi PFS trung vị là 5,6 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

PFS ở bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ. PFS ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

✓ **Các tác dụng không mong muốn**

Bảng 5: Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

Chỉ số	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Giảm Hb	15 (39,5%)	16 (42,1%)	7 (18,4%)	0 (0%)	0 (0%)
Hạ bạch cầu	25 (65,8%)	10 (26,3%)	3 (7,9%)	0 (0%)	0 (0%)
Hạ bạch cầu đa nhân trung tính	27 (71,0%)	9 (23,7%)	2 (5,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Hạ tiểu cầu	33 (86,8%)	5 (13,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Nhận xét: Tác dụng phụ hay gặp là giảm huyết sắc tố, hạ bạch cầu. Tuy nhiên tất cả đều ở mức độ nhẹ, không có bệnh nhân nào độc tính độ 3, độ 4.

Bảng 6: Tác dụng không mong muốn trên gan, thận

Chỉ số	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Tăng men gan	34 (89,4%)	2 (5,3%)	2 (5,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Tăng Bilirubine	35 (92,1%)	2 (5,3%)	1 (2,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Độc tính thận	34 (89,5%)	3 (7,9%)	1 (2,6%)	0 (0%)	0 (0%)

Nhận xét: Ít gặp độc tính trên gan, thận. Có 2 bệnh nhân tăng men gan mức độ 2 (5,3%).

Bảng 7: Tác dụng không mong muốn khác

Chỉ số	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Mệt mỏi	18 (47,4%)	15 (39,5%)	5 (13,1%)	0	0
Chán ăn	20 (52,6%)	12 (31,6%)	6 (15,8%)	0	0
Tiêu chảy	33 (86,8%)	5 (13,1%)	0	0	0
Hội chứng bàn tay bàn chân	10 (26,3%)	20 (52,6%)	6 (15,9%)	2 (5,2%)	0

Nhận xét: Hội chứng bàn tay bàn chân là tác dụng phụ thường gặp. Chủ yếu ở mức độ 1 (52,6%). Có 2 bệnh nhân độc tính mức độ 3.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 36 bệnh nhân, đa số là bệnh nhân nam (71,0%). Tỷ lệ nam/ nữ: 2.44/1. Nhóm tuổi thường gặp 40 – 60 tuổi (31,6%). Tuổi trung bình: $50,3 \pm 7,3$. Tuổi cao nhất 70 tuổi, thấp nhất 37 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác, phù hợp về mặt dịch tễ học ung thư dạ dày hay gặp ở độ tuổi 50- 60, nam nhiều hơn nữ. Về đặc điểm mô bệnh học, đa số gặp ung thư biểu mô tuyến (65,8%). Hầu hết các tác giả trong và ngoài nước đều thấy rằng ung thư dạ dày là bệnh gặp phổ biến ở nam hơn nữ. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bá Đức cho thấy nam chiếm 58%, nữ chiếm 42% [6].

Kết quả điều trị

Với các bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn, cải thiện triệu chứng, kéo dài thời gian sống, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân là mục tiêu điều trị. Lợi ích sống còn của điều trị hóa chất so với chăm sóc giảm nhẹ đơn thuần cũng đã được

nghiên cứu trong nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày tiến triển, tái phát, di căn.

Điều trị duy trì sau hóa trị tấn công bước 1 đang là xu hướng được nghiên cứu với kỳ vọng sẽ giúp kéo dài thời gian sống thêm cho các bệnh nhân ung thư dạ dày này. Điều trị duy trì capecitabine đã được nghiên cứu trong bệnh ung thư dạ dày giai đoạn muộn sau khi điều trị hóa chất tấn công bước một đạt bệnh ổn định hay lui bệnh. Trong các nghiên cứu được tiến hành, cho thấy có sự cải thiện về thời gian sống thêm toàn bộ cũng như thời gian sống thêm bệnh không tiến triển; đồng thời là khả năng dung nạp tốt hơn. Bệnh nhân uống thuốc tại nhà độc tính chấp nhận được, thuận tiện sử dụng.

PFS trung vị theo nghiên cứu của chúng tôi là 9,2 tháng. Đa số bệnh nhân tiến triển sau 12 tháng. Trong một nghiên cứu vệ tinh từ thử nghiệm ngẫu nhiên pha III về hiệu quả của phác đồ DCF trong điều trị bước đầu ung thư dạ dày giai đoạn tiến xa, những bệnh nhân đạt được đáp ứng hoặc bệnh ổn định sau điều trị tấn công bằng 6 chu kỳ DCF tiếp

tục nhận điều trị duy trì capecitabine đến khi bệnh tiến triển kết quả cho thấy số chu kỳ duy trì capecitabine trung bình là 5. Trong thời gian theo dõi trung vị 20,3 tháng, thời gian đến khi bệnh tiến triển trung vị (TTP: Time to progression) và sống thêm toàn bộ (OS) là 10,4 tháng và 20,3 tháng, có ý nghĩa. Tỷ lệ sống toàn bộ sau 2 năm là 26% [4].

Qua phân tích của chúng tôi cho thấy có sự liên quan giữa thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và độ tuổi. Bệnh nhân trong nhóm tuổi ≤ 60 có thời gian sống thêm bệnh không tiến triển dài hơn so với nhóm tuổi > 60 . Capecitabine là thuốc uống, độc tính chấp nhận được với cả bệnh nhân lớn tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ở nam giới và nữ giới. Nữ giới có tuổi thọ cao hơn, thường tuân thủ điều trị hơn.

Theo các nghiên cứu đã báo cáo ung thư tế bào nhân có tiên lượng xấu [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, PFS ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể lý giải một phần do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ.

Tác dụng không mong muốn

Trên hệ tạo huyết

Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu độ 1 và độ 2 lần lượt là 42,1% và 18,4%. Không gặp bệnh nhân nào thiếu máu độ 3, độ 4. Với biểu hiện thiếu máu không cần truyền máu thì nhìn chung chấp nhận được với việc duy trì hóa chất.

Có 13/ 38 bệnh nhân bị hạ bạch cầu trong

quá trình điều trị. Trong đó chủ yếu ở mức độ 1. Không có bệnh nhân nào bị sốt hạ bạch cầu trong nghiên cứu. Hạ tiểu cầu ít gặp, có 5/ 38 bệnh nhân hạ tiểu cầu đều ở mức độ 1 (13,2%).

Trên gan, thận

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy hóa chất capecitabine ảnh hưởng đến chức năng gan, thận không nhiều. Có 4/38 bệnh nhân tăng men gan, mức độ 1, 2. Trên thận ít gặp độc tính, 7,9% mức độ 1; 2,6% mức độ 2. Các bệnh nhân có độ thanh thải creatinin dưới 30 mg/ml không có chỉ định tiếp tục điều trị capecitabine.

Như vậy có thể thấy điều trị duy trì Capecitabine khá an toàn.

Một số tác dụng phụ không mong muốn khác

Tác dụng không mong muốn có thể gặp trên tiêu hóa bao gồm chán ăn, tiêu chảy, tuy nhiên chủ yếu ở mức độ 1. Một độc tính thường gặp khác đó là hội chứng bàn tay bàn chân. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 28/38 bệnh nhân có hội chứng này, trong đó tỷ lệ gặp độ 1, độ 2, độ 3 lần lượt là 52,6%, 15,9% và 5,2%; không có bệnh nhân nào mức độ 4. Có 2 bệnh nhân phải trì hoãn và giảm liều điều trị. Cần chú ý các biện pháp dự phòng, chăm sóc da để hạn chế tác dụng phụ trên tay, chân.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 38 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IV hoặc tái phát di căn được điều trị hóa chất Caprcitabine duy trì sau hóa chất bước một tại khoa Ung bướu, bệnh viện

Thanh Nhân từ tháng 1/2019 đến 1/2022, chúng tôi xin rút ra một số kết luận:

PFS trung vị là 9,2 tháng. PFS tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng lần lượt là 94,7%, 63,2 %, 44,7% và 31,6 %.

Một số độc tính có thể gặp như thiếu máu, hạ bạch cầu, tăng men gan... Tuy nhiên đều ở mức độ 1, mức độ 2. Hội chứng bàn tay bàn chân thường gặp (28/38 bệnh nhân), có 5,2% bệnh nhân ở mức độ 3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức, Đào Ngọc Phong (2008)**, “Lịch sử nghiên cứu và tình hình bệnh ung thư. Dịch tễ học bệnh ung thư”, Nhà xuất bản Y học, Hà nội.
2. **Wagner AD, Grothe W, Haerting J, et al (2006)**, “Chemotherapy in advanced gastric cancer: a systematic review and meta-analysis based on aggregate data”, J Clin Oncol; 24:2903–2909.
3. **Yalcin S, Uslu R, Dane F, et al (2013)**, “Bevacizumab + capecitabine as maintenance therapy after initial bevacizumab + XELOX treatment in previously untreated patients with metastatic colorectal cancer: phase III “Stop and Go” study results—a Turkish Oncology Group Trial. Oncology”;85:328–335
4. **Basak Oyan et al (2015)** “Capecitabine maintenance after first-line induction chemotherapy with docetaxel, cisplatin, and fluorouracil in patients with advanced gastric cancer”, Journal of Clinical Oncology 32, no. 15
5. **U.S Department of Health and Human Service (2010)**, Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 4.0.
<<http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/About.html>>, accessed: 14/04/2016.
6. **Nguyễn Bá Đức, Lê Trần Ngoan và cộng sự (2001)**, “Ung thư dạ dày ở Châu Á: Mô hình bệnh tật và diễn biến theo thời gian từ 1950 – 1999”, Hội thảo lần 2 – Trung tâm hợp tác nghiên cứu của Tổ chức y tế thế giới về ung thư dạ dày, bệnh viện K, 7-16.
7. **Imai M, Kondo, Osawa S Nishida Y, Okada K et al (2003)**, “Clinicopathological characteris of superficial spreading type early gastric cancer ”, Surg Oncol, 2003 Jun; 83(2):94-8.
8. **Park IS, Lee YC et al (2000)**, “Clinicopathologic characteristics of early gastric cancers”, Ann Surg Oncol, 1995 Jun; 2(4): 308-13.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ (VATS) CẮT THỤY PHỔI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đào Quang Minh*, Bùi Văn Bình*, Lê Tiến Tuấn*, Cao Văn Hà*

TÓM TẮT

Từ tháng 1/2019 đến tháng 6 năm 2022, có 25 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II, IIIA được điều trị phẫu thuật nội soi hỗ trợ tại bệnh viện Thanh Nhân. Có 15 nam, 10 nữ, tuổi trung bình 64,3 tuổi. Thùy trên phổi phải 4, thùy giữa 2, thùy dưới phổi phải 7. Thùy trên phổi trái 7, thùy dưới phổi trái 5. Thời gian trung bình $210 \pm 30,6$ phút, ngày nằm viện sau mổ trung bình 7 ngày, 1 tai biến chảy máu trong mổ. Đây là phương pháp phẫu thuật có nhiều ưu điểm, khắc phục được các nhược điểm của đường mổ ngực sau bên kinh điển.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt thùy phổi, bệnh viện Thanh Nhân

SUMMARY

SHORT TERM RESULT OF VIDEO-ASSISTED THORACIC SURGERY FOR LUNG LOBECTOMY AT THANH NHAN HOSPITAL

From 1/2019 to 6/2022, 25 patients with stage I,II,IIIA non-small cell lung cancer were operated with Video-assisted thoracic surgery at Thanh Nhan hospital. There were 15 males, 10 females, mean age was 64,3 years. There were 4

right upper lobe, 2 right middle lobe, 7 right lower lobe, 7 left upper lobe and 5 left lower lobe. Operating time was $210 \pm 30,6$ (minutes), length of hospital stay was 7 (days), 1 case intraoperative bleeding. This is a surgical approach with many advantages, it restricted standard

posterolateral disadvantages.

Key words: Non-small cell lung cancer, Video-assisted thoracic surgery for lung lobectomy, Thanh Nhan hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1993, Kirby đã thực hiện phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi lần đầu tiên[1]. Từ đó đến nay phẫu thuật nội soi lồng ngực ngày càng phát triển và lan rộng khắp thế giới. Đa số các nghiên cứu đều cho kết quả phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi so với mổ mở kinh điển có nhiều ưu điểm như: đường rạch da nhỏ, ít đau sau mổ, thẩm mỹ hơn, thời gian nằm viện ngắn...[2],[3],[4].

Tại Việt Nam, phương pháp này đã được áp dụng nhiều năm tại các bệnh viện lớn như BV Việt Đức, Bạch Mai, TƯQĐ 108, BV Chợ Rẫy, BV Y dược TPHCM... và cho kết quả rất tốt[5],[6],[7],[8]. Bệnh viện Thanh Nhân là bệnh viện hạng I của thành phố Hà Nội, vài năm gần đây đã áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi hỗ trợ trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. Nghiên cứu này nhằm tổng kết kết quả bước đầu áp dụng phương pháp này tại bệnh viện Thanh Nhân.

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Bình

Email: binhbv34@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 14/6/2022

Ngày duyệt bài: 28/6/2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: Tất cả những bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt thùy phổi tại bệnh viện Thanh Nhàn thời gian từ tháng 1/2019 đến hết tháng 6/ 2022.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả

2.3 Quy trình phẫu thuật:**- Chuẩn bị bệnh nhân:**

+ Tư thế: Bệnh nhân nằm nghiêng 90°. Kê gối dưới lưng. Treo tay.

+ Vị trí kẹp mổ: Phẫu thuật viên đứng phía trước (phía bụng) BN. Phụ phẫu thuật đứng phía sau (phía lưng) BN. Dụng cụ viên đứng cùng bên với phẫu thuật viên.

- Gây mê: Gây mê toàn thân, nội khí quản thông khí chọn lọc một phổi

- Kỹ thuật: Đặt 1 trocar 10mm KLS VI,VII đường nách giữa cho camera quan sát. Rạch da 5-

6 cm đường ngực bên từ khoảng đường nách trước đến đường nách sau khoảng khoang liên sườn IV, V. Tách các lớp cơ thành ngực và cắt cơ liên sườn để vào khoang màng phổi. Sử dụng banh mềm vết mổ (softtissue). Bộc lộ tĩnh mạch, động mạch, phế quản rồi cắt như phẫu thuật kinh điển. Lấy bệnh phẩm vào túi nilon và lấy ra ngoài qua vết mổ. Đặt dẫn lưu và đóng vết mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước mổ**

Chỉ số	Giá trị
Tuổi	64,3 ±10,9
Giới (Nam/nữ)	15/10=1,5
Vị trí u trên CLVT	
Thùy trên phải	4 (16%)
Thùy giữa phải	2 (8%)
Thùy dưới phải	7 (28%)
Thùy trên trái	7 (28%)
Thùy dưới trái	5 (20%)
Kích thước u trên CLVT	
≤ 2 cm	8 (32%)
< 2-3 cm	10 (40%)
< 3-5 cm	5 (20%)
< 5-7 cm	2 (8%)
>7 cm	0
Giai đoạn trước mổ	
I	16 (64%)
II	7 (28%)
IIIA	2 (8%)

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Thông số	n (%)
Số thùy phổi được cắt	
Một thùy	25 (100%)
Hai thùy	0
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	210 ±30,6
Thời gian dẫn lưu màng phổi trung bình (ngày)	3,5 ±0,6
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	7,2 ± 1,5
Biến chứng	
Chảy máu trong và sau mổ	1 (4%)
Suy hô hấp sau mổ	0
Xẹp phổi	2 (8%)
Rò khí kéo dài	0
Viêm phổi	3 (12%)
Tử vong hậu phẫu	0
Giai đoạn sau mổ	
IA	9 (36%)
IB	5 (20%)
IIA	6 (24%)
IIB	3 (12%)
IIIA	2 (8%)

IV. BÀN LUẬN

4.1 Một số đặc điểm dịch tễ và chẩn đoán bệnh nhân trước mổ

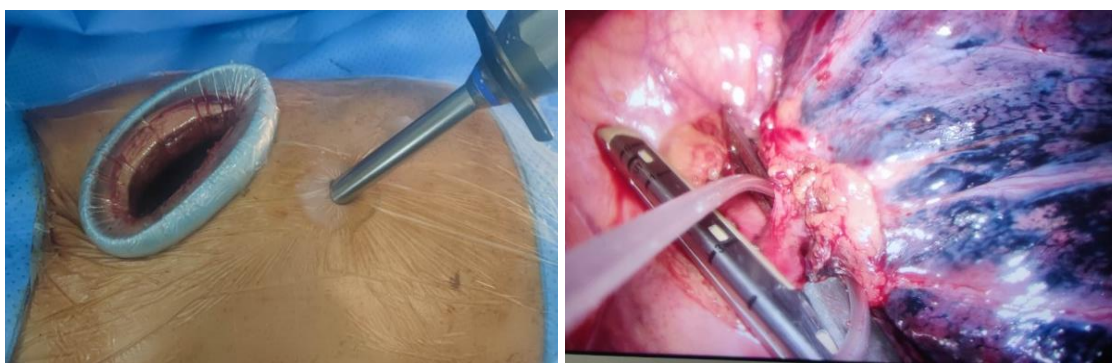
Nghiên cứu gồm 25 bệnh nhân có tuổi trung bình $64,3 \pm 10,9$ tuổi (Bảng 1). Bệnh nhân trẻ nhất 55 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất 78 tuổi. Độ tuổi trung bình cao hơn các tác giả trong nước như Nguyễn Hoàng Bình năm 2015 (59,5 tuổi) và Bùi Chí Việt năm 2011 (56,8 tuổi)[5],[6]. Tuy nhiên tuổi tương đồng các tác giả nước ngoài Wu năm 2015 (62,8 tuổi) và Villamizar năm 2009 (67 tuổi)[9],[10]. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5 (Bảng 1). Qua đó cho thấy tỉ lệ ung thư phổi gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới. Vị trí u phổi gặp ở phổi phải và phổi trái tương đương nhau

(13/12 trường hợp), hay gặp ở thùy dưới phổi phải và thùy trên phổi trái (cùng 7 trường hợp) (Bảng 1). Nghiên cứu của chúng tôi gồm các bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn I, II và IIIA dựa vào các dữ liệu thăm dò và tầm soát trước mổ. Trong đó giai đoạn I chiếm đa số với 64%. Chính vì vậy khối u trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực hầu hết còn khu trú, chủ yếu là các u T1a (<2cm) và T1b (2-3 cm) chiếm 72% và u T2a (3-5 cm) chiếm 20%. Vị trí và kích thước khối u là hai trong những yếu tố then chốt trong việc chỉ định mổ và lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp. Trong đó, những khối u lớn nằm thiên về trung tâm thùy trên phổi trái là những trường hợp tương đối khó cả về kỹ thuật và hậu phẫu.

4.2 Cách thức phẫu thuật

Phẫu thuật mở mở với đường mở ngực sau bên là đường mở ngực tiêu chuẩn đã được áp dụng rộng rãi. Đường mổ này mang lại phẫu trường rộng, có thể tiếp cận xử lý tất cả các tổn thương của phổi trung thất. Tuy nhiên đường mổ này gây tổn thương cơ ngực do đó gây ra nhiều biến chứng sau mổ đáng

kể là gây đau nhiều, giảm khả năng ho, giảm vận động khớp vai, giảm chức năng phổi... Nhiều nghiên cứu đã chứng minh phẫu thuật nội soi hạn chế tối đa tổn thương các cơ thành ngực có nhiều ưu điểm như giảm đau sau mổ, bảo tồn chức năng vai, giảm các biến chứng sau mổ, đảm bảo yếu tố thẩm mỹ...[2],[3],[4]



Hình 1. A. Mở ngực nhỏ có nội soi hỗ trợ B. Sử dụng stappler cắt TM phổi

Nghiên cứu của chúng tôi với đường rạch da không quá lớn (5-6cm) cho phép thực hiện kỹ thuật một cách thuận lợi. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $210 \pm 30,6$ phút dài hơn so với các tác giả Trần Trọng Kiêm là 170 phút hay tác giả Nguyễn Văn Chiến là 171,6 phút, hay với các tác giả nước ngoài như Belgers năm 2009 báo cáo 122 ca có thời gian phẫu thuật trung bình 179 phút [7],[8],[11]. Do phương pháp phẫu thuật này mới được triển khai tại bệnh viện chúng tôi thời gian đầu phẫu thuật viên chưa có nhiều kinh nghiệm nên thời gian kéo dài hơn so với các tác giả nghiên cứu ở các trung tâm phẫu thuật lồng ngực lớn và có nhiều năm kinh nghiệm. Thời gian dẫn lưu màng phổi trung bình 3,5 ngày. Nghiên cứu của Zhou ở 358 bệnh nhân là 4,05 ngày, Qiang Pu là 4,2 ngày [12],[13]. Thời gian dẫn lưu màng

phổi ngắn giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tăng hiệu quả lý liệu pháp hô hấp. Thời gian nằm viện sau mổ của chúng tôi trung bình 7,2 ngày, ngắn hơn của Zhou là 10,5 ngày, Qiang Pu là 8,8 ngày [12],[13]. Thời gian nằm viện được rút ngắn, giảm đáng kể chi phí điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp chảy máu trong mổ do tổn thương tĩnh mạch thùy trên phổi trái trong khi phẫu tích, sau đó đã kẹp clamp và cầm máu được, có 2 trường hợp xẹp phổi và 3 trường hợp viêm phổi sau mổ, các trường hợp này đều được điều trị nội khoa cho kết quả tốt. Zhou năm 2012 cũng chủ yếu gặp xẹp thùy phổi với 42/385 bệnh nhân (11,7%)[12]. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của Qiang Pu năm 2012 ở nhóm mổ VATS và mổ mở lần lượt lên tới 23,5 và 28,8%, gặp chủ yếu là rò khí và viêm phổi

[13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có giai đoạn IB trở lên đều được tiếp tục điều trị hóa chất bổ trợ sau mổ. Tất cả các bệnh nhân đều có sức khỏe sau mổ phục hồi tốt. Bên cạnh đó, chúng tôi có khảo sát về mức độ hài lòng của người bệnh theo

cảm nhận từ chính người bệnh (về ít đau sau mổ, vết mổ không tê bì hoặc dị cảm sau mổ, sẹo mổ nhỏ và thẩm mỹ hơn) và gia đình cho thấy tỷ lệ hài lòng và rất hài lòng cao với phương pháp phẫu thuật này.



Hình 2. A. Thùy phổi



B. Vết mổ

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ là một phương pháp khả thi, có giá trị góp phần giúp các bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ với nhiều ưu điểm: phục hồi nhanh sau mổ, thời gian nằm viện ngắn và sẹo mổ thẩm mỹ mang lại sự hài lòng cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kirby TJ và Priest BP (1994). Video assisted thoroscopic lobectomy. Atlas of videoassisted thoracic surgery, 221-226.
2. H. P. Liu, P. J. Lin, J. P. Chang và cộng sự (1993). Video-assisted thoracic surgery. Manipulation without trocar in 112

consecutive procedures. Chest, 104 (5), 1452-1454.

3. H. Ujiie, A. Gregor và K. Yasufuku (2019). Minimally invasive surgical approaches for lung cancer. Expert Rev Respir Med, 13 (6), 571-578.
4. Scott J Swanson, James E Herndon, Thomas A D'Amico và cộng sự (2007). Video-assisted thoracic surgery lobectomy: report of CALGB 39802—a prospective, multi-institution feasibility study. Journal of clinical oncology, 25 (31), 4993-4997.
5. Nguyễn Hoàng Bình (2015). Nghiên cứu chỉ định phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi trong bệnh lý phổi. Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. Bùi Chí Viêt (2011). Phẫu thuật ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ. Luận án tiến

- sỹ y học, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Trần Trọng Kiểm (2013).** Đánh giá kết quả cắt thùy phổi qua nội soi đường ngực. Tạp chí phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam, (số 4), 13.
 8. **Nguyễn Văn Chiến và Phạm Hữu Lư (2017).** Kết quả phẫu thuật điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-II tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam, (số 18), 3.
 9. **C. F. Wu, J. Y. Fu, C. J. Yeh và cộng sự (2015).** Recurrence Risk Factors Analysis for Stage I Non-small Cell Lung Cancer. Medicine (Baltimore), 94 (32), e1337.
 10. **N. R. Villamizar, M. D. Darrabie, W. R. Burfeind và cộng sự (2009).** Thoracoscopic lobectomy is associated with lower morbidity compared with thoracotomy. J Thorac Cardiovasc Surg, 138 (2), 419-425.
 11. **Eric Belgers, Jan Siebenga, Anne Bosch và cộng sự (2009).** Complete video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy and its learning curve. A single center study introducing the technique in The Netherlands. Interactive cardiovascular and thoracic surgery, 10, 176-180.
 12. **Wenyong Zhou, Xiaofeng Chen, Huijun Zhang và cộng sự (2013).** Video-assisted thoracic surgery lobectomy for unexpected pathologic N2 non-small cell lung cancer. Thoracic Cancer, 4 (3), 287-294.
 13. **Qiang Pu, Lin Ma, Mei Jiandong và cộng sự (2013).** Video-assisted thoracoscopic surgery versus posterolateral thoracotomy lobectomy: A more patient-friendly approach on postoperative pain, pulmonary function and shoulder function. Thoracic Cancer, 4,

PHÂN TÍCH CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN COVID – 19 TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thị Lan Hương*, Nguyễn Hữu Tân*,
Nguyễn Thị Hải Anh*, Nguyễn Thị Thu Thủy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến tử vong ở người bệnh COVID – 19 tại bệnh viện Thanh Nhàn

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 209 người bệnh tử vong tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 11/ 2021 – tháng 2/2022

Kết quả: Tuổi gặp chủ yếu ≥ 65 tuổi chiếm 85,65%; Tỷ lệ tử vong của nữ và nam gần tương đương nhau (52,15%/ 47,85 % /); Tỷ lệ tử vong do chưa được tiêm vac xin chiếm 73.21%; Bệnh lý nền ảnh hưởng đến tử vong: THA chiếm 61,24%; Đái tháo đường: 38,76%; TBMN: 28,71%; Suy thận: 10,53%; Ung thư: 4,78%. Tồn thương phổi lúc nhập viện mức độ trung bình trở lên ảnh hưởng đến tử vong chiếm 85%. Nhập viện càng muộn trong tình trạng suy hô hấp thì tỷ lệ tử vong càng cao; Bệnh nhân tử vong chủ yếu trong vòng 10 ngày đầu sau khi nhập viện.

Từ khóa: COVID – 19, yếu tố ảnh hưởng, tử vong

SUMMARY

ANALYSIS OF FACTORS AFFECTING MORTALITY RATE AT COVID-19 PATIENTS AT THANH NHAN HOSPITAL

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lan Hương
Email: lanhuongbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2022

Ngày duyệt bài: 29/6/2022

Objectives: To determine some factors affecting mortality in COVID-19 patients at Thanh Nhan hospital. **Objects and Methods:** descriptive cross-sectional in 209 patients who died at Thanh Nhan hospital from November 2021 to February 2022. **Results:** The most common age is ≥ 65 years old, accounting for 85.65%; The mortality rate of female and male is almost similar (52.15%/47.85%/); The mortality rate due to not being vaccinated accounted for 73.21%; Background diseases affecting death: hypertension accounted for 61.24%; Diabetes: 38.76%; stroke: 28.71%; Renal failure: 10.53%; Cancer: 4.78%. Pulmonary injury at hospital admission of moderate or higher degree affects mortality accounting for 85%. The later the hospitalization in respiratory failure, the higher the mortality rate; Patients died mainly within the first 10 days after admission.

Key words: COVID – 19, factors affecting, mortality rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID – 19 là biểu hiện viêm đường hô hấp cấp được công bố đầu tiên tại Thành phố Vũ Hán, Trung Quốc do virus SARS – COV2 lây trực tiếp từ người sang người qua đường hô hấp, qua tiếp xúc với các vật dụng bị ô nhiễm. Biểu hiện bệnh ở các mức độ khác nhau từ không triệu chứng đến triệu chứng nhẹ cho tới những biểu hiện bệnh lý nặng như viêm phổi nặng, hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) và tử vong [1]. Đã

có một số nghiên cứu phân tích tử vong do COVID – 19 trên thế giới cho thấy người cao tuổi, người có bệnh lý mạn tính hay suy giảm miễn dịch, hoặc các bệnh lý đồng mắc sẽ có nguy cơ diễn biến nặng hơn [2], [3]. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu phân tích tử vong do COVID – 19, do vậy chúng tôi làm đề tài này với mục tiêu xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến tử vong để góp phần quan trọng trong việc tiên lượng, phòng ngừa, can thiệp tích cực trong quá trình điều trị nhằm giảm tỷ lệ tử vong tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Người bệnh nhiễm COVID – 19 Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y Tế tại Quyết định 4689/QĐ-BYT ngày 06/10/2021 của Bộ Y tế: Là trường hợp có xét nghiệm dương tính với vi rút SARS-CoV-2 bằng kỹ thuật Real – time RT-PCR [4].

+ Tử vong từ tháng 11/2021 đến tháng 2/2022.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân tử vong ngoại viện

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian nghiên cứu: 2/2022-8/2022

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện thanh nhân

3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

- Cỡ mẫu: Chọn được 209 người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ

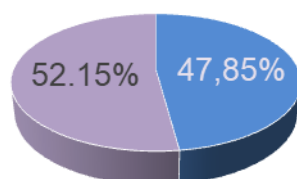
4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Bảng 1: Bệnh nhân tử vong theo nhóm tuổi

Tuổi	n	Tỷ lệ %
< 65 tuổi	30	14.35 %
65 - 75	53	25.36 %
> 75	126	60.29 %
n	209	100 %

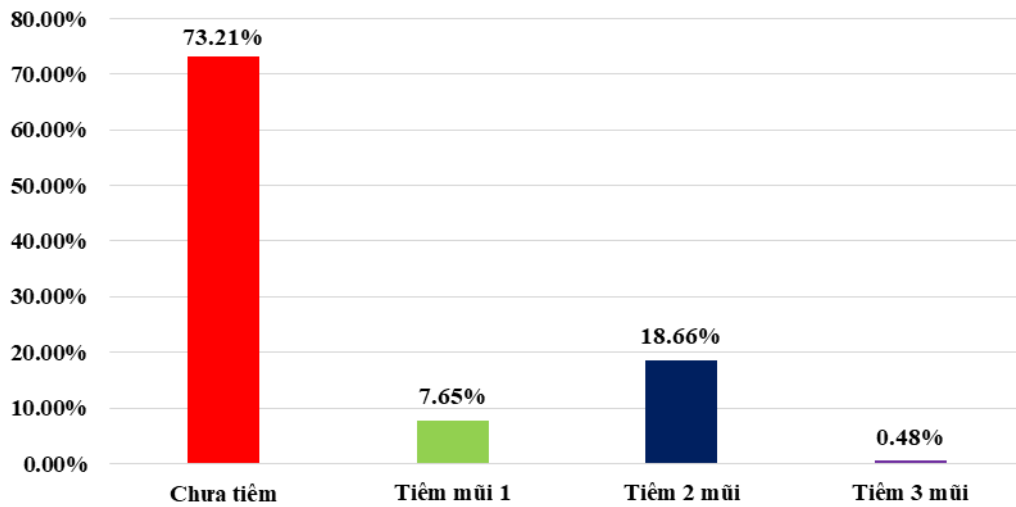
Nhận xét: Tuổi trung bình: $\bar{X} \pm SD = 78.01 \pm 11.43$ (tuổi).



■ Nam ■ Nữ

Biểu đồ 1: Tỷ lệ người bệnh COVID – 19 tử vong theo giới

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong nam (47,85%) gần bằng ở nữ (52,15%)



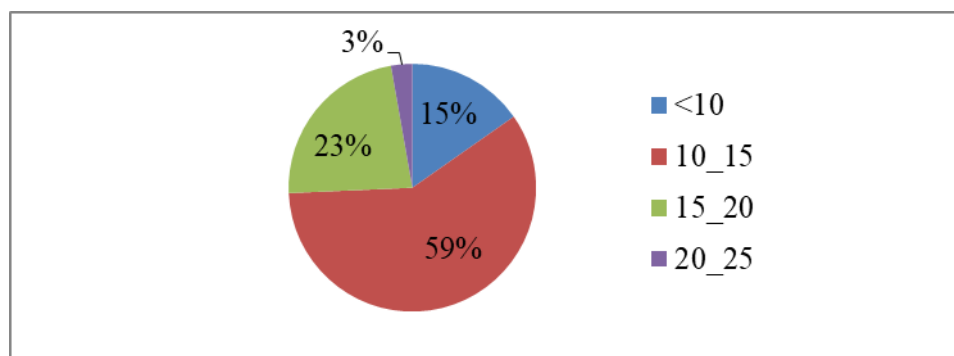
Biểu đồ 2: Tình trạng tiêm vaccin ở người bệnh nhiễm COVID – 19 tử vong

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong ở người bệnh chưa tiêm vaccin chiếm cao nhất là 73,21%

Bảng 2: Bệnh lý mạn tính ở người bệnh mắc COVID – 19 tử vong

Bệnh lý nền	n	Tỷ lệ %
Tai biến mạch não	60	28.71 %
Tăng huyết áp	128	61,24 %
Đái tháo đường	81	38.76 %
Ung thư	10	4,78 %
Suy thận	22	10,53 %
Khác	94	44,98 %
Tổng	209	100 %

Nhận xét: bệnh lý nền hay gặp ở người bệnh mắc COVID – 19 tử vong là THA chiếm 61,24%; Tiếp theo đó là đái tháo đường 38,76%, TBMN: 28,71%



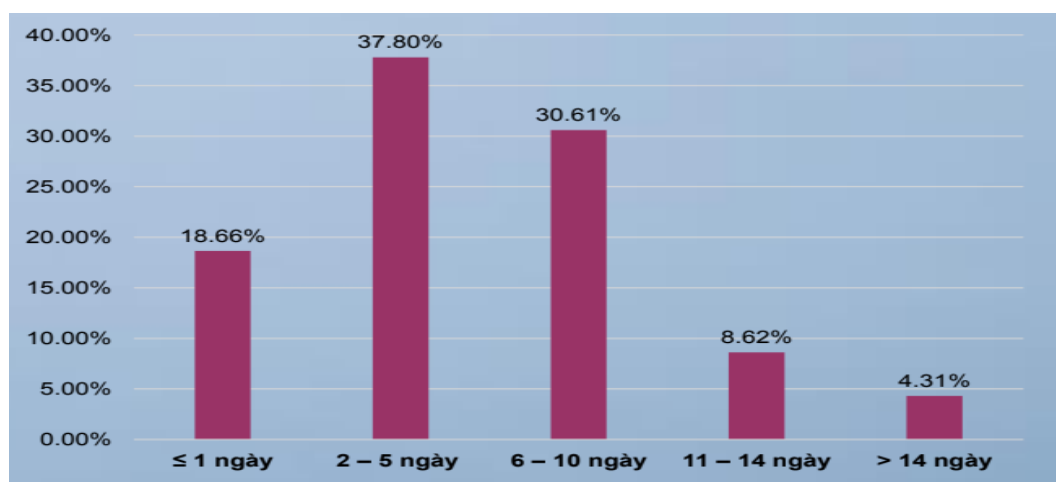
Biểu đồ 3: Điểm CTSS trong tổn thương phổi tại thời điểm nhập viện

Nhận xét: Bệnh nhân nhập viện khi tổn thương phổi ở mức độ trung bình: 59%, mức độ nặng: 23%, mức độ rất nặng: 3%

Bảng 3: Tỷ lệ suy hô hấp lúc nhập viện theo thời gian phát hiện bệnh

Thời gian phát hiện triệu chứng đến khi nhập viện	Suy hô hấp lúc nhập viện	
	n	Tỷ lệ %
≤ 1 ngày (45 ca)	28	62.22%
2 – 5 ngày (116 ca)	93	80.17%
> 5 ngày (48 ca)	45	93.75%

Nhận xét: Thời gian phát hiện các triệu chứng của bệnh đến khi nhập viện càng kéo dài thì tỷ lệ suy hô hấp lúc nhập viện càng tăng

**Biểu đồ 4:** Thời gian nằm viện của người bệnh COVID – 19 tử vong

Nhận xét: Tử vong trong vòng 5 ngày sau khi nhập viện chiếm tỷ lệ cao 56,46 %; Trong vòng 10 ngày: 30,61%.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 209 người bệnh nhiễm COVID – 19 tử vong tại bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 11/2021 đến tháng 2/2022, chúng tôi thấy một số yếu tố ảnh hưởng như sau:

1. Tuổi và giới:

Tuổi trung bình của người nhiễm COVID – 19 tử vong là 78.01 ± 11.43 . Nhóm tuổi > 75 chiếm tỷ lệ cao nhất: 60,21%. Đây là lứa tuổi thuộc nhóm người cao tuổi. Ở người cao tuổi, có nhiều thay đổi chức năng các cơ quan như: Tim mạch, chức năng co bóp của tim giảm, giảm khối lượng tuần hoàn, van tim xơ cứng, hệ động mạch bị xơ vữa, hệ van

tĩnh mạch bị suy ...; Hô hấp: Giảm dung tích sống (VC), phổi kém đàn hồi, hạn chế chức năng trao đổi khí, khả năng hấp thụ oxy vào máu động mạch ở người cao tuổi cũng giảm gây ảnh hưởng tới việc cung cấp oxy cho mô; Thận tiết niệu: Thận mất đi một lượng các nephron do lão hoá làm giảm mức lọc cầu thận; Tiêu hoá: giảm hấp thu các chất đường tiêu hoá... Ở lứa tuổi này thường suy giảm chức năng của các cơ quan, do vậy sức đề kháng kém, giảm khả năng chống đỡ với bệnh tật nên khi mắc COVID – 19, là loại virus mới, cơ thể chưa hình thành kháng thể nên bệnh diễn biến nặng hơn và dễ dẫn đến tử vong hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng

tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Meng và cộng sự (2020) cho thấy tuổi > 50 tăng nguy cơ tử vong do COVID – 19 [5].

Giới: Tỷ lệ tử vong ở nam: 47,85%, nữ: 52,15%. Như vậy tỷ lệ tử vong ở nam và nữ là tương đương nhau. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của Ali và cộng sự (2022) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố sống và giới [2].

2. Tiêm vaccin

Tỷ lệ người bệnh COVID – 19 tử vong chưa tiêm vaccin chiếm tỷ lệ khá cao: 73,21%. Chưa tiêm đủ 02 mũi: 80,86%. Vaccin là chế phẩm có tính kháng nguyên dung để tạo miễn dịch đặc hiệu chủ động nhằm tăng sức đề kháng của cơ thể đối với tác nhân gây bệnh làm giảm số ca mắc, giảm nhẹ tình trạng bệnh và giảm tử vong, ngăn ngừa sự bùng phát dịch. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của các tác giả Heudel và cộng sự (2022) [6], nghiên cứu của Xu và cộng sự (2021) [7], Trần Thị Nhi Hà và cộng sự (2022) [8]

3. Bệnh lý mạn tính kèm theo:

Qua nghiên cứu 209 người bệnh nhiễm COVID – 19 tử vong có tới 61,24% người bệnh có mắc THA, 38,76% là đái tháo đường (ĐTĐ). 28,71% tai biến mạch não. Bệnh THA là bệnh lý hay gặp ở người cao tuổi. Có rất nhiều nguyên nhân gây THA trong đó có tổn thương tế bào nội mô hình thành mảng xơ vữa. Khi mắc COVID -19 gây ảnh hưởng đến quá trình đông máu, hình thành huyết khối. Hai cơ chế này làm tăng nguy cơ thiếu máu ở các cơ quan, tổ chức. Bệnh nhân ĐTĐ cũng tổn thương vi mạch, mạch máu lớn, mất khác đường huyết khó khống chế đặc biệt ở bệnh nhân nặng có sử dụng corticoid làm cho tình trạng viêm phổi khó kiểm soát và dễ tiến triển thành ARDS. Với 28,71% xảy ra trên người bệnh có di chứng TBMN, ở bệnh nhân

này đã khiếm khuyết về ý thức, vận động và khả năng ho khạc kém nên tổn thương phổi càng trở nên trầm trọng hơn. Theo nghiên cứu của Zhou và cộng sự (2020) cho thấy yếu tố nguy cơ tử vong xuất hiện ở bệnh nhân COVID – 19 với bệnh kèm theo THA, ĐTĐ, bệnh mạch vành và bệnh mạch máu não [3].

4. Tổn thương phổi tại thời điểm nhập viện qua thang điểm CTSS trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực

Số người bệnh nhập viện trong tình trạng viêm phổi mức độ trung bình với điểm CTSS 10 – 15 điểm chiếm 59%; Có 23% mức độ nặng, 03% mức độ rất nặng. Chỉ có 15% là mức độ nhẹ. Như vậy đại đa số bệnh nhân nhập viện khi tổn thương phổi > 50%. Tổn thương phổi ngay lúc nhập viện càng nhiều thì nguy cơ tử vong càng cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Ali và cộng sự (2022) [2].

5. Tỷ lệ suy hô hấp lúc nhập viện theo thời gian phát hiện bệnh

Trong 45 ca phát hiện bệnh ngày đầu tiên thì có tới 28 ca có suy hô hấp ngay khi nhập viện chiếm 62,22%. Như vậy ngay khi phát hiện ngày đầu tiên đã suy hô hấp có nghĩa bệnh diễn biến từ lâu mà người bệnh và người nhà người bệnh phát hiện muộn. 2 – 5 ngày sau khi phát hiện mới đến viện thì tình trạng suy hô hấp lúc nhập viện tăng lên 80,17%. Sau 5 ngày tỷ lệ suy hô hấp lên tới 93,75%. Nhập viện càng muộn trong tình trạng suy hô hấp thì tỷ lệ tử vong càng cao.

6. Thời gian nằm viện của người bệnh COVID – 19 tử vong

Bệnh nhân tử vong sau khi nhập viện 2-5 ngày chiếm tỷ lệ 37,8%; 5 – 10 ngày chiếm tỷ lệ 30,61%. Như vậy bệnh nhân tử vong chủ yếu trong vòng 10 ngày đầu sau khi nhập viện. Điều này phù hợp với diễn biến của

bệnh, bệnh nặng lên vào ngày thứ 5 đến ngày thứ 7. Nghiên cứu của Trần Thị Nhị Hà, Ngô Thị Hiếu Minh và cộng sự (2022) tại bệnh viện Đức Giang : tỷ lệ tử vong trong vòng 07 ngày: 45,1% [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 209 người bệnh nhiễm COVID – 19 tử vong tại bệnh viện Thanh Nhàn cho thấy: Tuổi gặp chủ yếu ≥ 65 tuổi chiếm 85,65%; Tỷ lệ tử vong của nữ và nam gần tương đương nhau (52,15% / 47,85 % /); Tỷ lệ tử vong do chưa được tiêm vac xin chiếm 73.21%; Bệnh lý nền ảnh hưởng đến tử vong: THA chiếm 61,24%; Đái tháo đường: 38,76%; TBMN: 28,71%; Suy thận: 10,53%; Ung thư: 4,78%. Tồn thương phổi lúc nhập viện mức độ trung bình trở lên ảnh hưởng đến tử vong chiếm 85%; Nhập viện càng muộn trong tình trạng suy hô hấp thì tỷ lệ tử vong càng cao; Bệnh nhân tử vong chủ yếu trong vòng 10 ngày đầu sau khi nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lâm Hiếu, Hoàng Bùi Hải (2022).** Chẩn đoán và điều trị Covid-19, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 20 – 33.
2. **Ali M.M, Malik M.R., Ahmed A.Y., et al. (2022).** Survival analysis of all critically ill patients with COVID-19 admitted to the main hospital in Mogadishu, Somalia , 30 March – 12 June 2020: which interventions are proving effective in fragile state?. Int J Infect Dis, 114, 202-209.
3. **Zhou F., Yu T., Du R., et al. (2020).** Clinical course and risk factor for mortality of adult inpatients with COVID – 19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet Lond Engl, 395 (10229), 1054 – 1062.
4. **Bộ Y Tế (2021).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 - Quyết định 4689/QĐ-BYT ngày 06/10/2021.
5. **Meng Y., Wu P., Lu W., et al. (2020).** Sex-specific clinical characteristics and prognosis of coronavirus disease-19 infection in Wuhan, China: A retrospective study of 168 severe patients. PLoS Pathog, 16(4), e1008520.
6. **Heudel P., Favier B., Solodky M., et al (2022).** Survival and risk of CPVID -19 after SARS – COV-2 vaccination in a series of 2391 cancer patients. Eur J Cancer, 165, 174 – 183.
7. **Xu S. (2021).** COVID -19 vaccination and Non – COVID -19 Mortality Risk – Seven Integrated Health Care Organization, United States, December 14, 2020 – July 31, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 70.
8. **Trần Thị Nhị Hà, Ngô T Hiếu Minh, Nguyễn Văn Thường và cộng sự (2022).** Phân tích sống còn ở bệnh nhân COVID – 19 nguy kịch tại bệnh viện đa khoa Đức Giang; Tạp chí Y học Việt Nam, tập 514, tr 20 – 27.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HẸP KHÚC NỐI BỂ THẬN - NIỆU QUẢN TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN GIAI ĐOẠN 2018-2021

Tạ Đức Thành*, Đào Quang Minh*, Bùi Xuân Cường*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản (BT-NQ) được áp dụng khá rộng rãi trên thế giới. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu đánh giá kết quả sớm loại phẫu thuật này tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu trên 15 bệnh nhân (BN) được PTNS tạo hình điều trị hẹp khúc nối BT - NQ từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2021 tại Bệnh viện Thanh Nhàn

Kết quả: Nghiên cứu có 15 BN trong đó nam chiếm tỷ lệ 73,3% và nữ chiếm 26,7%. Độ tuổi trung bình là $35,4 \pm 13,6$ tuổi (19 - 55 tuổi). Nội soi qua phúc mạc 10 BN, nội soi sau phúc mạc 5 BN. Can thiệp bên phải 9 BN và bên trái là 6 BN. Thời gian mổ trung bình: $113,62 \pm 32,54$ phút (50 - 220). Lượng máu mất trong mổ trung bình: 50,6 ml (15 - 110). Thời gian nằm viện trung bình: $6,1 \pm 2,5$ ngày (5 - 13). Kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn thành công đạt 93,3%. 1 BN (6,7%) chuyển mổ mở do BT - NQ phù nề, viêm dính. Có 3 trường hợp phát hiện nguyên nhân hẹp khúc nối do dải xơ hoặc mạch máu bất thường chèn ép. Theo dõi sau mổ có 3 BN bị nhiễm khuẩn tiết niệu nhưng điều trị nội khoa ổn

định. Tất cả BN rút sonde JJ sau 2 tháng và khám lại sau 3 tháng với tỉ lệ đạt kết quả tốt 13/15 BN (86,67%)

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khúc nối BT-NQ cho kết quả tương đương với mổ mở, nhưng rút ngắn được thời gian nằm viện và mang tính thẩm mỹ cao hơn.

Từ khóa: Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR THE TREATMENT OF URETEROPELVIC JUNCTION AT THANH NHAN HOSPITAL PERIOD 2018-2021

Background and objectives: Laparoscopic surgery to treatment the ureteropelvic junction is widely applied in the world. In our study, I aimed to evaluate the early outcomes of this method at Thanh Nhan Hospital.

Subjects and research methods: Descriptive resuscitation on 15 patients created by laparoscopic surgery to treatment ureteropelvic junction from January 2018 to December 2021 at Thanh Nhan Hospital.

Results: The study had 15 patients in which male accounted for 73.3% and female accounted for 26.7%. The mean age was 35.4 ± 13.6 years old (19 - 55 years old). Peritoneal laparoscopic 10 patients, retroperitoneal laparoscopic 5 patients. The right intervention is 9 patients and the left is 6 patients. Average surgery time: 113.62 ± 32.54 minutes (50 - 220). The average amount of blood loss during surgery: 50.6 ml (15

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Đức Thành

Email: bvtncdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 13/6/2022

Ngày duyệt bài: 28/6/2022

- 110). Average hospital time: 6.1 ± 2.5 days (5 - 13). Results completely reached 93.3%. 1 patient (6.7%) had open surgery - esophageal edema, inflammation. There are 3 cases of detecting connection personnel due to abnormal band or blood vessel compression. Post-operative follow-up, there were 3 patients with urinary tract infection but the treatment content was stable. All patients withdrew the JJ catheter after 2 months and re-examined after 3 months with a good rate of 13/15 patients (86.67%)

Conclusion: Laparoscopic surgery for the treatment of ureteropelvic junction gives the same results as open surgery, but shortens the hospital stay and is more aesthetically pleasing.

Keywords: ureteropelvic junction, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản (HKNBT-NQ) là dị tật bẩm sinh mà nguyên nhân do giải phẫu hoặc chức năng gây chít hẹp khúc nối khiến sự lưu thông của nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản bị tắc nghẽn, gây ứ nước ở thận dẫn đến suy giảm dần chức năng thận. Tiêu chuẩn vàng của điều trị phẫu thuật HKNBT-NQ là phương pháp tạo hình cắt bỏ khúc nối hẹp và bể thận giãn, tạo hình lại bể thận - niệu quản (BT - NQ) theo phương pháp Anderson - Hynes [1]. Tuy nhiên, bệnh nhân (BN) có thể chịu vết mổ lớn gây ảnh hưởng về thẩm mỹ, bên cạnh đó là những sang chấn lớn do phẫu thuật và thời gian hậu phẫu kéo dài.

Phẫu thuật nội soi niệu quản xẻ rộng khúc nối hẹp cũng được sử dụng để điều trị bệnh lý này. Tuy nhiên, tỉ lệ thành công thấp hơn mổ mở 10 - 20% nhất là trong các trường hợp thận ứ nước đài bể thận giãn to hoặc chức năng thận giảm nhiều. Ngoài ra, phương pháp này còn chống chỉ định trong trường hợp có mạch máu bất thường chèn ép

do nguy cơ chảy máu trong và sau mổ. Phẫu thuật nội soi ổ bụng tạo hình hẹp BT -NQ được mô tả lần đầu tiên năm 1993 bởi Schuessler và Kavoussi(2,3). Năm 1996, Janetschek G đã báo cáo lần đầu tiên sử dụng nội soi sau phúc mạc (NSSPM) tạo hình BT - NQ(4). Ngày nay, phương pháp này đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới và là một lựa chọn tốt thay thế phương pháp mổ mở truyền thống (5,6).

Kỹ thuật mổ nội soi điều trị hẹp khúc nối BT - NQ được thực hiện tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ năm 2011. Chúng tôi thực hiện đề tài “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản tại Bệnh viện Thanh Nhàn giai đoạn 2018-2021” nhằm 2 mục tiêu:

1. Mục tiêu nghiên cứu.

1.1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

1.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Tất cả các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định HKNBT-NQ và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tạo hình khúc nối bể thận niệu quản từ T1/2018 đến T12/2021 tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

a. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định HKNBT-NQ và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tạo hình khúc nối bể thận niệu quản từ T1/2018 đến T12/2021 tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

b. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả hồi cứu.

2.3. Quy trình nghiên cứu

Đánh giá trước mổ:

Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính đa dãy đánh giá: Mức độ ứ nước thận, độ dày của nhu mô thận, mức độ giãn của đài bể thận, vị trí xuất phát của NQ từ BT (cao, thấp) và đặc điểm phân bố mạch thận.

* Quy trình phẫu thuật nội soi sau phúc mạc: Bệnh nhân nằm nghiêng 90 độ về phía đối diện, độn gối dưới hố thắt lưng. Gây mê nội khí quản. Phẫu thuật viên và người phụ đứng sau lưng BN. Đặt trocar thứ nhất 10mm trên đường nách giữa, cách mào chậu 1cm. Tạo khoang sau phúc mạc bằng ngón tay gắng bơm 500 - 800ml, bơm hơi áp lực 12mmHg. Sau đó, đặt tiếp trocar 2 (5mm) trên đường nách trước ở giữa mào chậu và bờ sườn, trocar 3 (10mm) ở bờ dưới xương sườn 12, có thể đặt trocar 4 ở góc xương sườn 12. Bộc lộ BT - NQ ở bờ ngoài cơ thắt lưng chậu.

* Quy trình phẫu thuật nội soi qua phúc mạc: Bệnh nhân nằm ngửa, có độn gối bên phẫu thuật, nghiêng 30 độ về phía đối diện. Gây mê nội khí quản. Đặt Trocar thứ nhất 10mm ở trên rốn hoặc ngang rốn bờ ngoài cơ

thẳng to, theo phương pháp Harrison, bơm hơi áp lực 12mmHg. Đặt Trocar thứ 2 (5mm) ở đường giữa trên rốn dưới xương ức và Trocar thứ 3 (10mm) ở hố chậu cùng bên phẫu thuật. Có thể đặt tiếp 1 Trocar 4 ở bờ ngoài cơ thẳng to cắt đường ngang 2 gai chậu trước trên để hỗ trợ. Hạ góc đại tràng bên phẫu thuật và mở phúc mạc thành sau để bộc lộ đoạn bể thận niệu quản.

Tùy theo nguyên nhân gây hẹp mà lựa chọn phương pháp mổ: Gỡ dính xơ - cắt dây chằng giải phóng hẹp BT - NQ, cắt mạch bất thường hoặc cắt rời - chuyển vị khúc nối BT - NQ, tạo hình lại khúc nối BT - NQ theo phương pháp Anderson - Hynes trên ống thông JJ, kết hợp lấy sỏi bể thận nếu có.

Trong mổ ghi nhận về thời gian mổ, cách thức phẫu thuật, phương pháp tạo hình và các biến chứng trong mổ.

Đánh giá kết quả phẫu thuật: phẫu thuật nội soi hoàn toàn; chuyển mổ mở; biến chứng sau mổ.

Theo dõi và đánh giá sau phẫu thuật:

Đánh giá diễn biến lâm sàng bao gồm, tình trạng BN sau mổ, dẫn lưu và các biến chứng sau mổ.

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 3 tháng: dựa theo tiêu chuẩn của tác giả Nguyễn Đức Minh (2019) [7]

Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả sau phẫu thuật 3 tháng. [7].

Kết quả chung	Lâm sàng	Siêu âm	Chụp cắt lớp vi tính
Tốt	Không còn triệu chứng lâm sàng	Nhu mô thận tăng, bể thận thu nhỏ so với trước mổ.	Đài, bể thận nhỏ lại so với trước mổ. Giảm độ giãn của thận.
Trung bình	Thỉnh thoảng còn triệu chứng lâm sàng.	Nhu mô thận không thay đổi, bể thận thu nhỏ hoặc không đổi.	Ngấm thuốc và đào thải thuốc không cải thiện hoặc cải thiện ít so với trước mổ. Đài và hoặc bể thận giãn không giảm. Độ giãn thận không giảm.
Xấu	Còn triệu chứng lâm sàng.	Nhu mô thận không tăng, tăng độ ứ nước thận.	Đài bể thận giãn không cải thiện so với trước mổ. Nhu mô thận mỏng. Lưu thông thuốc qua khúc nối kém không cải thiện. Thận không ngấm thuốc.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm IPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu có 15 BN nam chiếm tỷ lệ 73,3% và nữ chiếm 26,7%.

- Độ tuổi trung bình là $35,4 \pm 13,6$ tuổi (19 - 55 tuổi).

- Triệu chứng lâm sàng:

Tình cờ, không triệu chứng: 5 BN

Đái buốt, đái dắt kèm nhiễm khuẩn tiết niệu: 4 BN

Đau bụng vùng hạ sườn hoặc đau thắt lưng: 8 BN

Bụng to lên hoặc sờ thấy khối u bụng: 0 BN

- Nội soi qua phúc mạc 10 BN, nội soi sau phúc mạc 5 BN.

- Can thiệp bên phải 9 BN và bên trái là 6 BN.

- Thời gian mổ trung bình: $113,62 \pm 32,54$ phút (50 - 220).

- Lượng máu mất trong mổ trung bình: 50,6 ml (15 - 110).

- Thời gian nằm viện trung bình: $6,1 \pm 2,5$ ngày (5 - 13).

- Kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn thành công đạt 93,3%.

1 BN (6,7%) chuyển mổ mở do BT - NQ phù nề, viêm dính, không bộc lộ được với phẫu thuật nội soi.

Không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong phẫu thuật (thủng tạng, chảy máu nhiều do rách mạch máu lớn...).

- Cách thức phẫu thuật:

+ Gỡ dính xơ, cắt dây chằng và mạch máu bất thường: 3 BN (20%)

+ Tạo hình Anderson – Hynes trên sonde JJ : 12 BN (80%)

- Biến chứng sau phẫu thuật : 3 bệnh nhân bị nhiễm khuẩn tiết niệu nhưng điều trị nội khoa ổn định theo kháng sinh đồ. Không có trường hợp nào chảy máu sau phẫu thuật.

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 3 tháng: Tất cả BN khám lại sau 1 tháng và sau 3

tháng với tỉ lệ đạt kết quả tốt 13/15 BN (86,6%), 1 BN (6,7%) kết quả trung bình và 1 BN (6,7%) kết quả xấu.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của người bệnh là $35,4 \pm 13,6$ tuổi. Nghiên cứu của tác giả Ngô Đại Hải tại Thành phố Hồ Chí Minh cũng cho kết quả tương tự khi tuổi trung bình của 96 BN trong nghiên cứu là 29,34 tuổi; Nguyễn Huy Hoàng (2015) với độ tuổi trung bình $32,4 \pm 15,7$ tuổi.[8,9]

Về các triệu chứng lâm sàng khiến bệnh nhân phải đến viện thì có 5/15 bệnh nhân không có triệu chứng tình cờ đi khám phát hiện ra bệnh chiếm 33,3%. Có 8/15 bệnh nhân có những triệu chứng như tức nặng hay đau hông lưng và hạ sườn bên tổn thương chiếm 53,3%. Triệu chứng đái buốt đái dắt kèm với nguyên nhân nhiễm khuẩn tiết niệu xuất hiện ở 4/15 bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả điều trị được đánh giá qua 3 tiêu chí về lâm sàng, siêu âm và cắt lớp vi tính với bảng đánh giá theo tiêu chuẩn của tác giả Nguyễn Đức Minh (2019) [7]. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt theo tiêu chuẩn chung là 86,6%. Các tiêu chuẩn để đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khúc nối NQ-BT vẫn chưa được xác định và thống nhất giữa các nghiên cứu tại nước ta. Tác giả Phạm Ngọc Thạch và cộng sự, trong một nghiên cứu hồi cứu mổ mở tạo hình khúc nối có dùng thông JJ trên 105 bệnh nhân là trẻ em, đã đánh giá kết quả phẫu thuật (tốt, không tốt) qua tiêu chuẩn có cải thiện về triệu chứng lâm sàng và độ ứ nước trên siêu âm [10]. Trên quốc tế, đa số tác giả theo dõi bệnh nhân sau mổ vào thời điểm 3 tháng để ghi nhận triệu chứng lâm sàng và chụp UIV,

6 tháng để làm xạ hình thận, sau đó là mỗi năm để siêu âm kiểm tra. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả phẫu thuật là thành công/thất bại dựa trên dấu hiệu chủ quan là triệu chứng lâm sàng và dấu hiệu khách quan là độ cải thiện trên UIV hoặc xạ hình thận.

Việc lựa chọn đường mổ qua phúc mạc hay sau phúc mạc? Mặc dù đường qua phúc mạc có nguy cơ tổn thương tạng trong ổ bụng và khó tiếp cận đoạn bể thận niệu quản hơn do vướng cuống thận ở phía trước nhưng bệnh viện chúng tôi có những phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phẫu thuật tiêu hóa nên việc triển khai nội soi tạo hình khúc nối bể thận niệu quản qua phúc mạc được thực hiện đầu tiên với ưu điểm trường phẫu thuật rộng, dễ thao tác. Điều này cũng lý giải cho tỉ lệ mổ nội soi qua phúc mạc nhiều hơn sau phúc mạc trong nghiên cứu. Sau này khi chúng tôi thực hiện kỹ thuật nội soi lấy sỏi niệu quản sau phúc mạc thành thạo thì đã tiến hành phẫu thuật nội soi tạo hình KNBTNQ sau phúc mạc cũng đạt được kết quả tốt. Tỉ lệ mổ nội soi qua phúc mạc

Trong nghiên cứu có 3/15 BN hẹp KNBTNQ do dải xơ và mạch máu bất thường chèn ép, chúng tôi giải quyết nguyên nhân chèn ép như gỡ dính giải phóng bể thận niệu quản, các mạch máu nhỏ không gây ảnh hưởng cấp máu thận. Cả 3 bệnh nhân chụp lại kiểm tra sau 3 tháng thì đều đạt kết quả tốt.

Thời gian mổ trung bình là $113,62 \pm 32,54$ phút (50 - 220) trên 15 bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tương đồng so với một số báo cáo khác đã thực hiện tại Việt Nam. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hoa về thời gian mổ mở kinh điển theo đường dưới sườn là $75,3 \pm 17,55$ phút với 140 bệnh nhân được mổ thận ứ nước do hẹp khúc nối bể thận -

niệu quản, có 128 bệnh nhân được mổ mở và 12 bệnh nhân được mổ nội soi. Thời gian mổ trung bình sử dụng nội soi qua phúc mạc trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hoa là $176,84 \pm 63,22$ phút, nhanh nhất là 150 phút và lâu nhất là 210 phút.[11] Có lẽ đây là thời gian đầu phẫu thuật nội soi được sử dụng để tạo hình khúc nối bể thận - niệu quản ở trẻ em nên thời gian mổ còn kéo dài. Gần đây, thời gian mổ đã rút ngắn hơn theo báo cáo của tác giả Ngô Đại Hải về phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình khúc nối bể thận - niệu quản trên người lớn tại Bệnh viện Bình dân thì thời gian mổ trung bình là 130 phút (55 – 210 phút) [1]. Trong khi đó trên đối tượng người lớn, thời gian mổ trung bình cũng không có sự khác biệt đáng kể. Nghiên cứu của Singh và cộng sự tiến hành tạo hình qua nội soi trong phúc mạc trên 142 bệnh nhân có bể thận giãn rộng, kết quả cho thấy thời gian mổ trung bình là 145 phút [12]. Tác giả Nguyễn Huy Hoàng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc trên 42 BN tại Bệnh viện Việt Đức với thời gian $105,42 \pm 21,67$ phút [9]. Tác giả Martina và cộng sự cũng thực hiện nội soi qua đường sau phúc mạc tạo hình kiểu cắt rời tạo hình cho 86 bệnh nhân tại Ý, trong đó, thời gian mổ trung bình là 79,3 phút [13].

Chúng tôi không gặp biến chứng chảy máu trong và sau phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ đều dưới 100 ml. Biến chứng nhiễm khuẩn tiết niệu gặp 3 trường hợp nhưng chỉ cần điều trị nội khoa theo kháng sinh đồ.

Có 1 trường hợp chụp lại sau 3 tháng kết quả xấu là trường hợp bệnh nhân đến muộn, thận giãn độ IV, hẹp khúc nối kèm sỏi niệu quản 1/3 trên. Sau khi rút sonde JJ thì bệnh nhân khám lại sau 3 tháng, đã rút JJ thì vẫn còn triệu chứng đau hông lưng, thận vẫn còn

giãn nhiều.

Tỷ lệ thành công chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 93,7% (bao gồm kết quả điều trị tốt và trung bình). Kết quả này cho thấy sự tương đồng với hầu hết các nghiên cứu phẫu thuật nội soi trên bệnh nhân hẹp bể thận - niệu quản đã được thực hiện tại Việt Nam và trên thế giới. Trên thế giới, phẫu thuật thành công trong các nghiên cứu của Singh, Martina đều cho thấy kết quả cao với tỉ lệ từ 96,6% tới 98% [12,13]. Nghiên cứu của tác giả Ngô Đại Hải báo cáo kết quả điều trị cho 100 trường hợp hẹp khúc nối bể thận - niệu quản bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cho kết quả tốt tương đương như phẫu thuật mở (kết quả tốt chiếm tỷ lệ 87%), nhưng rút ngắn được thời gian nằm viện và có tính thẩm mỹ cao [1].

V. KẾT LUẬN

Với tỷ lệ phẫu thuật nội soi hoàn toàn thành công là 93,3%, kết quả tốt sau phẫu thuật 3 tháng chiếm 86,6%, phẫu thuật nội soi tạo hình hẹp khúc nối BT – NQ được triển khai tại Bệnh viện Thanh Nhân trong thời gian qua cho thấy kết quả tích cực, phẫu thuật an toàn đạt được kết quả tương đương với điều trị mổ mở, tuy nhiên, vẫn giữ được đầy đủ các ưu điểm của phẫu thuật ít xâm lấn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anderson J.C.**, Hynes W. (1949). Retrocaval ureter: a case diagnosed preoperatively and treated successfully by a plastic operation. *Br J Urol*; 21: 209-11.
2. **Kavoussi L.R.**, Peters C.A. (1993). pyeloplasty. *J Urol*; 150: 1891-4.
3. **Shuessler W.W.**, Grune M.T., Tecuanhuey L.V., Preminger G.M. (1993). dismembered pyeloplasty. *J Urol*; 150: 1795-99.
4. **Janetschek G.**, Peschel R., Altarac S., Bartsch G. (1996). and retroperitoneoscopic repair of ureteropelvic junction obstruction. *Urology*; 47: 311-6.
5. **Davenport K.**, Minervini A., Timoney A.G., Keeley F.X. Jr (2005). Our experience with retroperitoneal and transperitoneal pyeloplasty for pelvi-ureteric junction obstruction. *Eur Urol*; 48: 973- 977.
6. **Zhang X.**, Li H.Z., Wang S.G., Ma X., Zheng T., Fu B. et al (2005). Retroperitoneal dismembered pyeloplasty: experience with 50 cases, *Urology*; 66; 5: 14-
7. **Nguyễn Đức Minh**, Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long (2019). Điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản qua nội soi sau phúc mạc: Đánh giá sau 3 tháng phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí y dược* 108 15(1): 92-98.
8. **Ngô Đại Hải** (2014) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình khúc nối niệu quản - bể thận kiểu cắt rời. Luận án Tiến sỹ, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh
9. **Nguyễn Huy Hoàng** (2015). Kết quả điều trị hẹp khúc nối bể thận – niệu quản qua nội soi sau phúc mạc tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh* 19(4):146-150
10. **Phạm Ngọc Thạch** (2012) Tạo hình khúc nối bể thận niệu quản ở trẻ em có dùng thông JJ. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh* 16(1), tr. 211-215.
11. **Nguyễn Việt Hoa** (2010) Đánh giá kết quả theo dõi xa tạo hình bể thận niệu quản theo phương pháp Anderson - Hynes. Luận văn Tiến sỹ, Trường Đại học Y khoa Hà Nội.
12. **Singh O** (2010) dismembered pyeloplasty for ureteropelvic junction obstruction: experience with 142 cases in a high-volume center. *J Endourol* 24(9): 1431-1434.
13. **Martina GR** (2011) A single institute's experience in retroperitoneal dismembered.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM BILAN VIÊM VÀ CÁC RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU Ở BỆNH NHÂN COVID19 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Phùng Thị Hồng Hạnh*, Phạm Thị Liên*, Trần Thanh Tú*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bilan viêm ở bệnh nhân Covid 19 điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 11/2021 đến tháng 1/2022 và phân tích các chỉ số đông máu trên đối tượng này. **Phương pháp:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 323 bệnh nhân Covid19 điều trị nội trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn, được làm các XN viêm, đông máu khi vào viện và sau 5-7 ngày. **Đặc điểm chung:** nam 43,7%, nữ 56,3%, có 68,4% BN trên 65 tuổi, 18,3% từ 50-65 tuổi, 13,3% dưới 50 tuổi. **Đặc điểm lâm sàng:** có 88,2% nguy cơ rất cao, 6,2% nguy cơ cao, 1,2% trung bình và 4,3% nguy cơ thấp. **Đặc điểm Bilan viêm:** có 18,3% BN có sốt. Khi vào viện trung bình số lượng BC 9,96G/l; BC đoạn TT 8,1G/l; lympho 1,13G/l; IL6 309,92 pg/ml; Ferritin 1499,4ug/l; CRP 91,64 mg/l; LDH 490,98 U/l. Sau 5-7 ngày trung bình các xét nghiệm BC là 12,91G/l, BCTT 10,88G/l; lympho 1,15G/l; IL6 179,79pg/ml; Ferritin 1999,6ug/l; CRP 46,34mg/l; LDH 566,21 U/l. So sánh trước sau: Số lượng BC, BCTT, lympho, Ferritin tăng sau 5-7 ngày, CRP giảm, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. IL6 giảm nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Các mức biến đổi: BC > 10G/l có 37,5% khi vào viện và 65,3% sau 5-7 ngày. BC < 4 là 7,7% và 3,5%; lympho

< 1000 tỉ lệ là 50,8% và 55%; IL6 > 7 là 86,6% và 71,8%; Ferritin > 1000 là 81,2% và 83,4%; CRP > 10 là 81,2% và 67,3%. **Đặc điểm rối loạn đông máu:** Lúc vào viện trung bình tiểu cầu là 228,22G/l; PT 104,65%; APTT 37,2s; Fibrinogen 5,45g/l; D Dimer 3,42 μ g/ml. Sau 5-7 ngày trung bình tiểu cầu là 203,77G/l; PT 121,25%; APTT 30,93s; Fibrinogen 4,38 g/l; D Dimer 3,92 μ g/ml. So sánh trước sau thấy: Số lượng tiểu cầu giảm; PT% tăng; Fibrinogen giảm sau 5-7 ngày có sự khác biệt với $p = 0,000$. Các mức biến đổi: Tiểu cầu > 450G/l là 2,5% khi vào viện và 7,0% sau 5-7 ngày, giảm < 150G/l là 21,1% và 16,3%; PT giảm < 70% là 5,6% và 16,3%; APTT kéo dài là 16,4% và 23,3%; Fibrinogen > 4g/l có 68,7% và 54,9%, < 2g có 2,9% và 11,1%; D Dimer > 1 μ g/ml có 60% và 65,1%. **Kết luận:** BC đoạn, CRP, IL6, Ferritin, LDH tăng cao, lympho giảm, tỉ lệ BN có XN ở mức “bão Cytokin” lớn, sau 5-7 ngày vẫn ở mức cao. Các rối loạn đông máu phức tạp cả tăng đông và giảm đông với biểu hiện D Dimer tăng cao.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE CHARACTERISTICS OF BILAN INFECTION AND COAGULATION DISORDERS IN COVID19 PATIENTS TREATED AT THANH NHAN HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of inflammatory bowel disease in COVID-19 patients treated at Thanh Nhan Hospital from November 2021 to March 2022 and analyze the coagulation indices on these patients. **Method:**

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Hồng Hạnh

Email: hanh.hhtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/03/2022

Ngày phản biện khoa học: 01/06/2022

Ngày duyệt bài: 01/07/2022

Retrospective, cross-sectional description.

Results: The study was carried out on 323 COVID-19 inpatients treated at Thanh Nhan hospital, those who were tested for inflammation and blood coagulation on admission and after 5-7 days. **General characteristics:** male 43.7%, female 56.3%, of which 68.4% patients are over 65 years old, 18.3% are from 50-65 years old, 13.3% are under 50 years old. **Clinical features:** 88.2% very high risk, 6.2% high risk, 1.2% moderate risk and 4.3% low risk.

Characteristics of inflammatory Bilan: 18.3% of patients had fever. On admission, the average WBC was 9.96G/l; Neu 8.1G/l; Lymphocyte 1.13G/l; IL6 309.92pg/ml; Ferritin 1499.4 ug/l; CRP 91.64mg/l; LDH 490.98U/l. After 5-7 days, the average of WBC is 12.91G/l, Neu 10.88G/l; lymphocyte 1.15G/l; IL6 179.79 pg/ml; Ferritin 1999.6 ug/l; CRP is 46.34 mg/l; LDH 566.21 U/l. Comparison before and after: WBC, Neu, lymphocytes, Ferritin increased after 5-7 days, CRP decreased, the difference was significant with $p < 0.05$. IL6 decreased but made no statistical significance. Variable levels: WBC > 10G/l with 37.5% on admission and 65.3% after 5-7 days. The rate of WBC < 4 G/l is 7.7% and 3.5%; of lymphocyte < 1000/mm³ is 50.8% and 55%; of IL6 > 7pg/ml is 86.6% and 71.8%; of Ferritin > 1000 ug/l is 81.2% and 83.4%; of CRP > 10 mg/l is 81.2% - 67.3%.

Characteristics of coagulation: On admission, the average PLT is 228.22G/l; PT 104.65%; APTT 37.2s; Fibrinogen 5.45g/l; D Dimer 3.42 µg/ml. After 5-7 days, the average PLT is 203.77G/l; PT 121.25%; APTT 30.93s; Fibrinogen 4.38 g/l; D Dimer 3.92 µg/ml. Comparison before and after: PLT decreased; PT% increased; Fibrinogen decreased after 5-7 days with $p = 0.000$. Variable levels: PLT > 450G/l: 2.5% on admission and 7.0% after 5-7 days, decrease < 150G/l: 21.1% - 16.3%; PT

< 70%: 5.6% - 16.3%; APTT: 16.4% - 23.3%; Fibrinogen > 4g/l: 68.7% - 54.9%, Fibrinogen < 2g/l: 2.9% and 11.1%; D Dimer > 1 µg/ml: 60% - 65.1%. **Conclusion:** The result of inflammatory tests is at a high level: WBC, CRP, IL6, Ferritin, LDH; decrease in lymphocyte count; this also applies to the percentage of patients with test results of "Cytokine storm" and it is still high after 5-7 days. Coagulopathies, both hypercoagulability and hypocoagulability, are complicated with elevated D Dimer expression.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tháng 12/2019, dịch viêm phổi do Coronavirus (Covid19) xuất phát từ Vũ Hán (Trung Quốc) và nhanh chóng lan ra toàn thế giới. Tại Việt Nam, dịch COVID19 đã trải qua 4 đợt bùng phát, đến ngày 22/2/2022, Việt Nam đứng thứ 32/225 về số ca nhiễm, tỷ lệ số ca nhiễm/1 triệu dân, Việt Nam đứng thứ 144/225 quốc gia và vùng lãnh thổ. Người bệnh Covid19 có biểu hiện lâm sàng đa dạng, cơ chế bệnh sinh của bệnh có vai trò của "cơn bão cytokine" và các rối loạn đông máu, huyết khối mao mạch phổi, D-dimer tăng cao. Bệnh viện Thanh Nhàn được giao là một trong những bệnh viện tuyến cuối nhận điều trị các bệnh nhân Covid19 nặng của Hà Nội nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Đánh giá đặc điểm bilan viêm và rối loạn đông máu ở bệnh nhân covid 19 điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn*" với mục tiêu: Mô tả đặc điểm bilan viêm ở bệnh nhân covid 19 điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 11/2021 đến tháng 1/2022 và phân tích các chỉ số đông máu trên đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: BN điều trị Covid19 tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 11/2021 đến tháng 3/2022.

Phương pháp NC: hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} p(1-p)}{d^2}$$

Theo NC trước tỉ lệ giảm lympho là 0,7 thì cỡ mẫu là 323 bệnh nhân.

Thiết kế NC: Các BN được làm các XN đánh giá viêm và rối loạn đông máu khi vào viện, được theo dõi XN lại sau 5-7 ngày điều trị. Các XN được thực hiện tại các Lab của bệnh viện Thanh Nhàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1 Đặc điểm chung

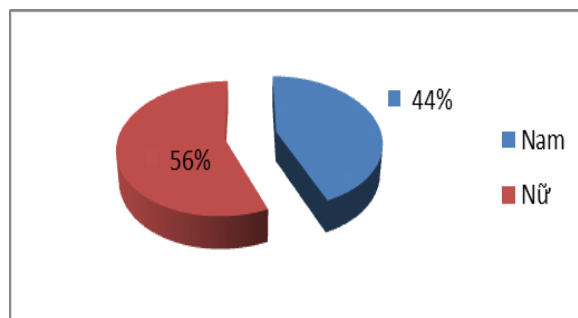
Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi.

Tuổi	Bệnh nhân	Tỉ lệ
<50	43	13,3
50-65	59	18,3
>65	221	68,4
Tổng	323	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân lớn tuổi trên 65 chiếm tỉ lệ cao nhất 68,4%. BN 50-65 tuổi chiếm 18,3%, dưới 50 tuổi chỉ có 13,3%.

Bảng 4. Trung bình các XN Bilan viêm

Xét nghiệm	Vào viện		Sau 5-7 ngày	
	X	±SD	X	±SD
Số lượng bạch cầu	9,96	6,28	12,91	6,54
BC trung tính	8,10	5,85	10,88	6,57
Lympho	1,13	0,76	1,15	1,27



Biểu 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Nữ chiếm 56% cao hơn nam 44%.

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo mức độ nguy cơ

Mức độ nguy cơ	Số lượng BN	Tỉ lệ
Thấp	14	4,3
Trung bình	4	1,2
Cao	20	6,2
Rất cao	285	88,2
Tổng	323	100,0

Nhận xét: Các BN nguy cơ rất cao chiếm phần lớn 88,2% tổng số BN.

2 Đặc điểm Bilan viêm

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của BN COVID-19.

Đặc điểm	Số lượng BN	Tỉ lệ
Sốt	59	18,3
Không sốt	264	81,7
Tổng	323	100,0

Nhận xét: BN có triệu chứng sốt chỉ có 18,3%.

IL6	309,92	827,04	179,79	690,17
Ferritin	1499,40	2134,20	1999,60	9958,83
CRP	91,64	86,45	46,34	60,10
LDH	490,98	604,74	566,21	1009,77

Nhận xét: Các XN số lượng BC, BCTT, IL6, Ferritin, CRP, LDH đều tăng cao ở thời điểm nhập viện và vẫn ở mức cao sau 5-7 ngày điều trị. Số lượng lympho giảm trung bình 1,1-1,2 G/L.

Bảng 5. So sánh ghép cặp các XN Bilan viêm khi vào và sau 5-7 ngày điều trị

Xét nghiệm	X vào viện	X sau 5-7 ngày	p
Số lượng bạch cầu	9,74	12,92	0,000
BC trung tính	7,89	10,88	<0,001
Lympho	1,09	1,15	0,049
IL6	293,6	189,3	0,202
Ferritin	1340,3	2014,1	0,020
CRP	85,6	46,4	0,000
LDH	498,8	570,7	0,349

Nhận xét: Số lượng bạch cầu, BC đoạn TT, Ferritin đều vẫn tăng sau thời gian điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số lượng lympho không có sự khác biệt. IL6, CRP có giảm nhưng chưa có ý nghĩa.

Bảng 6. Các mức biến đổi Bilan viêm

Đặc điểm		Vào viện		Sau 5-7 ngày	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Bạch cầu(G/L)	>10	121	37,5	169	65,3
	4-10	177	54,8	81	31,3
	<4	25	7,7	9	3,5
BC trung tính	>5,5	197	61,0	207	79,3
	2,8-5,5	89	27,6	37	14,2
	<2,8	37	11,5	17	6,5
Lympho (1000/mm ³)	>1000	158	49,2	117	45,0
	<1000	163	50,8	143	55,0
IL6	≥7	232	86,6	117	71,8
	<7	36	13,4	46	28,2
Ferritin	> 1000	255	81,2	206	83,4
	500-1000	19	6,1	19	7,7
	<500	40	12,7	22	8,9

CRP	>50	181	57,6	72	30,1
	10-50	74	23,6	89	37,2
	<10	59	18,8	78	32,6
LDH	> 300	214	67,9	151	64,8
	≤ 300	101	32,1	82	35,2

Nhận xét: Số lượng BC đoạn TT tăng >5,5G/l lên tới 79,3% sau 5-7 ngày, 50-55% số BN giảm lymphocyte dưới 1G/l. Các macker viêm như IL6, Ferritin, CRP, LDH đều tăng ở mức cảnh báo có loại tới 80% số BN(CRP, Ferritin).

3. Đặc điểm rối loạn đông máu

Bảng 7. Trung bình các chỉ số đông máu

Xét nghiệm	Vào viện		Sau 5-7 ngày	
	X	±SD	X	±SD
Tiểu cầu G/l	228,22	133,3	203,77	151,52
PT%	104,65	22,31	121,25	508,51
APTT s	37,12	146,45	30,93	15,02
Fibrinogen g/l	5,45	2,18	4,38	1,86
DDimer (µg/ml)	3,42	6,70	3,92	6,88

Nhận xét: Có APTT trung bình kéo dài ở thời điểm nhập viện, Fibrinogen và DDimer tăng, DDimer tăng cao hơn sau 5-7 ngày(3,92).

Bảng 8. So sánh ghép cặp các XN đông máu khi vào viện và sau 5-7 ngày ĐT

Xét nghiệm	X vào viện	X sau 5-7 ngày	p
Tiểu cầu G/l	228,22	203,77	0.000
PT%	101,44	121,45	0.000
APTT s	43,60	30,93	0.389
Fibrinogen g/l	5,53	4,39	0.000
DDimer (µg/ml)	3,90	4,58	0,255

Nhận xét: Số lượng tiểu cầu giảm, Fibrinogen giảm sau 5-7 ngày, thời gian APTT giảm không có ý nghĩa thống kê. D Dimer tăng sau 5-7 ngày nhưng chưa có khác biệt.

Bảng 9. Các mức biến đổi XN đông máu

Đặc điểm		Vào viện		Sau 5-7 ngày	
		Số lượng	Tỉ lệ	Số lượng	Tỉ lệ
Tiểu cầu	>450	8	2,5	18	7,0
	150-450	246	76,4	198	76,7
	<150	68	21,1	42	16,3
PT	>140	12	4,2	2	1,1

	70-140	258	90,2	133	75,1
	<70	16	5,6	42	23,7
APTT	>32,4	52	16,4	42	23,3
	21,6-32,4	258	81,1	130	72,2
	<21,6	8	2,5	8	4,4
Fibrinogen	>4	213	68,7	84	54,9
	2-4	88	28,4	52	34,0
	<2	9	2,9	17	11,1
DDimer	>1	189	60,0	151	65,1
	0,5-1	78	24,8	41	17,7
	<0,5	48	15,2	40	17,2

Nhận xét: Các rối loạn đông máu rất đa dạng và phức tạp. Có 2,5-7% số BN có tăng tiểu cầu, 21,1% giảm tiểu cầu. 16-23,7% có thời gian PT kéo dài. Có 68,7% có tăng Fibrinogen và 11,1% BN có Fibrinogen giảm. Tỷ lệ BN có D Dimer tăng >1µg/ml: 60-65%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Trong NC của chúng tôi đối tượng BN nặng, nguy cơ rất cao, lớn tuổi (>65) chiếm tỷ lệ lớn. Điều này phù hợp nhiệm vụ được phân công, BV Thanh Nhân tiếp nhận điều trị các BN Covid nặng, đây cũng là thời kỳ cao điểm các ca mắc Covid19 tại Hà Nội. Tỷ lệ của chúng tôi là 68,4% BN >65 tuổi, 88,2% BN ở nguy cơ rất cao, tỷ lệ này cao hơn BV Đức Giang là 29,56% BN >60 tuổi.

Đặc điểm bilan viêm: Tỷ lệ BN có sốt không cao 18,3%; tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ 85% ở trẻ em có sốt tại bv Đức Giang, thấp hơn NC được công bố của Yang(2020) là 51,2%; Điều này có thể do đối tượng NC của chúng tôi là các BN lớn tuổi, mức độ nặng nên phản ứng miễn dịch kém hơn, tỷ lệ sốt thấp hơn các NC trên. Các XN đánh giá viêm: Số lượng BC, BC đoạn trung tính, IL6, Ferritin, CRP đều tăng rất cao, số lượng lympho giảm. Số lượng bạch cầu trung bình 9,96G/l khi vào viện, 12,91 sau 5-7 ngày, sự

khác biệt trước-sau với $p=0,000$. Lúc vào có 37,5% tăng BC trên 10G/l, sau 5-7 ngày là 65,3%, cao hơn Đức Giang 15,08%. Tỷ lệ giảm BC dưới 4G/l là 3,5-7,7% cao hơn Đức Giang là 2,72%; BC đoạn trung tính tăng, trung bình 8,1-10,88G/l; Số lượng lympho giảm, trung bình 1,13-1,15G/l, tỷ lệ giảm lympho <1000/mm³ là 50,8-55% cao hơn Đức Giang là 17,17%; sau 5-7 ngày số lượng lympho tăng so với lúc vào với $p=0,049$; Xét nghiệm IL6 tăng rất cao, trung bình 309,92 và 179,79 có tới 86,6% tăng IL6 lúc vào và 71,8% sau 5-7 ngày, IL6 giảm sau điều trị tuy nhiên chưa có sự khác biệt $p=2,202$; Ferritin tăng rất cao, trung bình 1499,4 lúc vào và 1999,6 sau 5-7 ngày, có sự khác biệt trước sau với $p=0,02$, có tới 81,2 và 83,4% BN tăng >1000 khi vào và sau 5-7 ngày, tỷ lệ này cao hơn Đức Giang là 15,89%; CRP tăng cao, trung bình 91,64 khi vào, giảm còn 46,34 sau 5 ngày, khác biệt trước sau với $p=0,000$; có tới 81,2% BN tăng >10, trong đó 57,6% > 50 lúc vào viện, giảm sau 5-7 ngày

tương ứng là 67,3% tăng >10 và 30,1% tăng >50. Tỷ lệ tăng CRP >50mg/l cao hơn của BV Đức Giang là 21,63%; Xét nghiệm LDH trung bình 490,98 lúc vào và 566,21 sau 5-7 ngày, chưa có sự khác biệt trước sau với $p=0,349$; có 67,9% và 63,8% BN có tăng LDH>300 lúc vào và sau 5-7 ngày, tỷ lệ này cao hơn BV Đức Giang là 12,55%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, các BN nặng, lớn tuổi, nhập viện với nguy cơ cao và rất cao ít có phản ứng sốt, các XN Bilan viêm có phản ứng rất mạnh, tăng BC, BC trung tính, giảm lymphocyte, tăng IL6, Ferritin, CRP, LDH, tỷ lệ các XN ở mức “bão Cytokin” là rất cao. Qua 5-7 ngày các triệu chứng vẫn ở mức rất nặng, BC tiếp tục tăng cao, Ferritin ~ 2000, CRP đã hạ nhưng vẫn ở mức ~ 50, cho thấy ở thời điểm này các dấu hiệu “bão Cytokin” vẫn tiếp diễn.

Đặc điểm rối loạn đông máu: Lúc vào viện trung bình tiểu cầu là 228,22G/l; PT104,65%; APTT 37,2s; Fibrinogen 5,45g/l; D Dimer 3,42 μ g/ml. Sau 5-7 ngày trung bình tiểu cầu là 203,77G/l; PT121,25%; APTT 30,93s; Fibrinogen 4,38 g/l; D Dimer 3,92 μ g/ml. So sánh trước sau thấy: Số lượng tiểu cầu giảm 24,45G/l; PT tăng 20,01%; Fibrinogen giảm 1,13g/l sau 5-7 ngày có sự khác biệt với $p=0,000$. Các mức độ rối loạn: Có 2,5% BN tăng tiểu cầu và 21,1% giảm tiểu cầu lúc vào viện, tỷ lệ tăng là 7%, giảm là 16,3% sau 5-7 ngày; Tỷ lệ BN có PT giảm là 5,6% khi vào và 16,3% sau 5-7 ngày; Thời gian APTT kéo dài là 16,4% khi vào viện và 23,3% sau 5-7 ngày; Có 68,7% BN tăng Fibrinogen, 2,9% giảm khi vào viện, sau 5-7 ngày có 54,9% tăng và 11,1% BN giảm; D Dimer có số BN tăng rất

cao, khi vào viện có tới 84,8% tăng, trong đó 60% BN tăng >1, sau 5-7 ngày tỷ lệ BN tăng vẫn là 82,8% trong đó 65,1% tăng >1.

Trong NC của chúng tôi các biến đổi XN đông máu đa dạng, các XN thể hiện cả tình trạng nguy cơ tăng đông: tăng tiểu cầu, thời gian PT, APTT ngắn, Fibrinogen tăng, D Dimer tăng và cả tình trạng giảm đông số lượng tiểu cầu giảm, PT, APTT kéo dài, Fibrinogen giảm. Fibrinogen tăng trong các trường hợp viêm, khi tăng Fibrinogen làm nguy cơ tăng đông tăng lên. Các BN có huyết khối vi mạch, tăng tiêu thụ tiểu cầu và các yếu tố đông máu, dẫn đến các rối loạn đông cầm máu phức tạp, BN vừa có biểu hiện tăng đông, vừa có xuất huyết. Như vậy các phản ứng viêm của “bão Cytokin” và các rối loạn đông máu có ảnh hưởng chi phối lẫn nhau. Tỷ lệ BN có D Dimer tăng >1 μ g/ml tới 60% BN khi vào viện và 65% sau 5 ngày cho thấy BN luôn có nguy cơ huyết khối rất cao, tỷ lệ của chúng tôi cao hơn Đức Giang là 13,05%.

Các kết quả trong NC của chúng tôi thể hiện tình trạng BN nặng hơn bệnh viện Đức Giang, có thể cùng thời điểm nhưng trong NC của bệnh viện Đức Giang lấy cả BN đến khám, NC của chúng tôi chỉ ở BN nội trú nên tình trạng BN nặng hơn, các biến đổi xét nghiệm Bilan viêm cũng như xét nghiệm đông máu nặng và phức tạp hơn.

V. KẾT LUẬN

NC trên 323BN được điều trị Covid tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 11/2021 đến 3/2022 chúng tôi có các kết luận sau:

Đặc điểm chung: Tỷ lệ BN lớn tuổi cao, trên 65 tuổi là 68,4%, 50-65 tuổi là 18,3%, dưới 50 tuổi là 13,3%. Tỷ lệ nữ (56%) > nam (44%). BN có nguy cơ rất cao có tỷ lệ 88,2%.

Các XN Bilan viêm

Khi vào viện trung bình BC 9,96G/l; BC đoạn TT 8,1G/l; lympho giảm 1,13G/l; IL6 trung bình 309,92; Ferritin 1499,4; CRP 91,64; LDH 490,98.

Sau 5-7 ngày trung bình các xét nghiệm BC là 12,91G/l, BCTT 10,88G/l; lympho 1,15G/l; IL6 là 179,79; Ferritin 1999,6; CRP là 46,34.

So sánh trước sau: Số lượng BC, BCTT, lympho, Ferritin, tăng sau 5-7 ngày, CRP giảm, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. IL6 giảm nhưng chưa có ý nghĩa thống kê.

Các mức biến đổi: BC > 10G/l có 37,5% khi vào viện và 65,3% sau 5-7 ngày. BC < 4 là 7,7% và 3,5%; lympho < 1000 tỉ lệ là 50,8% và 55%; IL6 > 7 là 86,6% và 71,8%; Ferritin > 1000 là 81,2% và 83,4%; CRP > 10 là 81,2% và 67,3%.

Các XN đông máu:

Lúc vào viện trung bình tiểu cầu là 228,22G/l; PT 104,65%; APTT 37,2s; Fibrinogen 5,45g/l; D Dimer 3,42 µg/ml.

Sau 5-7 ngày trung bình tiểu cầu là 203,77G/l; PT 121,25%; APTT 30,93s; Fibrinogen 4,38 g/l; D Dimer 3,92 µg/ml.

So sánh trước sau thấy: Số lượng tiểu cầu giảm; PT% tăng; Fibrinogen giảm sau 5-7

ngày có sự khác biệt với $p = 0,000$.

Các mức biến đổi: Tiểu cầu > 450G/l là 2,5% khi vào viện và 7,0% sau 5-7 ngày, giảm < 150G/l là 21,1% và 16,3%; PT giảm < 70% là 5,6% và 16,3%; APTT kéo dài là 16,4% và 23,3%; Fibrinogen > 4g/l có 68,7% và 54,9%, < 2g có 2,9% và 11,1%; D Dimer > 1 µg/ml có 60% và 65,1% BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wood GD, Miller JL: The impact of COVID-19 disease on platelets and coagulation. *Pathobiology* 88:15-27, 2021.
2. Bộ Y Tế (2021). “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2)”.
3. Yang B.Y., Barnard L.M., Emert J.M., et al. (2020). “Clinical Characteristics of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Receiving Emergency Medical Services in King County, Washington. *JAMA Netw Open*, 3(7), e2014549
4. Trần Thị Nhị Hà, Nguyễn Văn Học, Ngô Thị Hiếu Minh và CS 2022, “Đặc điểm BN Covid19 tại đơn nguyên khám cấp cứu Covid19 bệnh viện đa khoa Đức Giang”, *Tạp chí Y học Việt Nam* 514, tr5-12.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG KHÁNG INSULIN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP2 CÓ GAN NHIỄM MỠ

Đinh Văn Hoàng*, Nguyễn Thị Lan Hương*, Lê Thị Phương Huệ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường typ2 có gan nhiễm mỡ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu gồm 30 bệnh nhân đái tháo đường typ2 có gan nhiễm mỡ không do rượu điều trị tại khoa nội tiết và cách bệnh chuyển hóa bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 3/2021 đến 8/2021. **Kết quả:** Bệnh nhân đái tháo đường có gan nhiễm mỡ phân loại mức độ (độ 1, 2, 3) chiếm tỷ lệ tương ứng là 40%, 26,7%, 33,3%; triệu chứng mệt mỏi, chán ăn hay gặp nhất chiếm 90%; tình trạng tăng men gan lần lượt là AST (37,67%), AST (40%), có tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid là 81,5%. Có tỷ lệ kháng insulin trên bệnh nhân đái tháo đường có gan nhiễm mỡ không do rượu là 73,3%, tình trạng kháng insulin theo phân loại mức độ gan nhiễm mỡ (độ 1, 2, 3 tương ứng là $9,15 \pm 14,23$; $18,21 \pm 37,57$; $7,2 \pm 8,17$).

Từ khóa: đề kháng insulin, gan nhiễm mỡ.

SUMMARY

COMMENT ON SUBCLINICAL, CLINICAL AND INSULIN RESISTANCE IN PATIENT WITH

**Bệnh viện Thanh Nhân*

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Hoàng

Email: drhoang2581989@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2022

Ngày duyệt bài: 29/6/2022

NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AT THANH NHAN HOSPITAL

Introduction: Comment on subclinical, clinical and insulin resistance in patient with nonalcoholic fatty liver disease. **Subject and method:** A total of 30 examined patients in Thanh Nhan hospital Department of Endocrinology and Metabolic Diseases were enroll in this cross sectional study from March 2021 to August 2021. **Results:** NAFLD classification in patient with nonalcoholic fatty liver disease (class 1, 2, 3 is 40%, 26,7%, 33,3% respectively), has a lipid metabolism disorder rate of 81,5%, the most common symptoms of fatigue and loss of appetite (90%), the status of increasing liver enzymes in turn AST (37,67%), AST (40%); has a lipid metabolism disorder rate of 81,5%. The prevalence of insulin resistance was 73% in NAFLD subjects, the increased of insulin resistance was associated with NAFLD classification (class 1, 2, 3 is $9,15 \pm 14,23$; $18,21 \pm 37,57$; $7,2 \pm 8,17$, respectively).

Keywords: Insulin resistance, Nonalcoholic fatty liver disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường typ2 chiếm chủ yếu hơn 90%. Bệnh nhân đái tháo đường với nhiều cơ chế sinh bệnh phức tạp khác nhau đã được tìm ra, tuy nhiên cơ chế kháng insulin vẫn có vai trò chủ chốt trong bệnh đái tháo đường typ2. Mối liên quan giữa tình trạng kháng insulin trong bệnh đái tháo

đường typ 2 với nhiều yếu tố khác nhau đã và đang tiếp tục được nghiên cứu, trong đó tình trạng gan nhiễm mỡ là một yếu tố được đề cập tới nhiều và nổi bật gần đây (1,2).

Tỷ lệ mắc gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) ở BN ĐTĐ typ 2 gấp hai lần so với dân số dân số chung, tỷ lệ mắc NAFLD ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 là 55,5%. Bệnh nhân mắc NAFLD và đái tháo đường typ2 khi sinh thiết gan có đến 17% đã bị xơ hoá (3). Việc phát hiện và đánh giá được các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong bệnh đái tháo đường typ2 có gan nhiễm mỡ là một yếu tố giúp cho việc lựa chọn thuốc điều trị phù hợp và hiệu quả nhằm giảm bớt tình trạng đề kháng insulin, biến chứng của gan nhiễm mỡ.

Bệnh viện Thanh Nhàn quản lý ngoại trú gần 6000 bệnh nhân đái tháo đường, điều trị nội trú với số lượng trung bình hơn 2000 bệnh nhân đái tháo đường một năm, đặc biệt rất nhiều bệnh nhân đái tháo đường có tình trạng gan nhiễm mỡ và kháng insulin khó kiểm soát đường huyết trong quá trình điều trị. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường typ2 có gan nhiễm mỡ."* nhằm 2 mục tiêu sau:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường typ2 có gan nhiễm mỡ.

2. Đánh giá tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường typ2 có gan nhiễm mỡ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu bao gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường typ2 có gan nhiễm mỡ

không do rượu (NAFLD) điều trị nội trú tại khoa Nội tiết và các bệnh chuyển hóa bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 3/2021-8/2021. Bệnh nhân đã được chẩn đoán đái tháo đường typ2 và chẩn đoán gan nhiễm mỡ bằng phương pháp đo độ đàn hồi mô gan tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Thanh Nhàn.

Các bệnh nhân cũng được loại trừ tiền sử nghiện rượu, uống rượu thường xuyên hoặc gần đây uống hơn 140 gram ethanol đối với nam giới và 70 gram ethanol đối với nữ giới mỗi tuần, nhiễm viêm gan virus B, C, viêm gan, xơ gan, các bệnh lý về gan và đường mật khác, mắc các bệnh lý nội tiết, sử dụng các chất gây độc cho gan, có rối loạn chuyển hóa sắt, đồng, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu được hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, khai thác các yếu tố nguy cơ, đo chiều cao, cân nặng và được làm đầy đủ các xét nghiệm sau: định lượng nồng độ insulin, Cpeptid, HbA1c, glucose máu lúc đói, các thành phần lipid máu (cholesterol, triglycerid, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol), các thành phần men gan (AST, ALT, GGT), đo độ đàn hồi mô gan (Fibroscans).

- Định nghĩa và chẩn đoán về NAFLD : Kết hợp các triệu chứng lâm sàng cận lâm sàng và được đánh giá phân loại mức độ bằng phương pháp đo độ đàn hồi mô (Fibroscans) thế hệ LOGIQ S8 do bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh BV Thanh Nhàn thực hiện. Định lượng mỡ: chỉ số CAP/ Fibroscans.

Bảng 2.1: Mức độ gan nhiễm mỡ theo CAP/Fibroscans

FIBROCAN	BÌNH THƯỜNG	ĐỘ NHIỄM MỠ NAFLD (dB/m)		
Độ nhiễm mỡ gan	Không nhiễm mỡ	Nhiễm mỡ độ 1	Nhiễm mỡ độ 2	Nhiễm mỡ độ 3
Giá trị đo CAP	201±44	253±43	321±42	335±43

- Sử dụng cặp nồng độ (glucose, c-peptid) bằng phần mềm mô hình HOMA2 (Computer Homeostatic Model Assessment) phiên bản 2.2.2 năm 2007, chạy trên giao diện excel. Phần mềm HOMA 2 được cung cấp qua trang web (www.OCDem.ox.ac.uk).

+ HOMA2% B_Cpep: Chức năng tế bào β tính theo cặp nồng độ glucose, c-peptid.

+ HOMA2 %B_Ins: Chức năng tế bào β tính theo cặp nồng độ glucose, insulin.

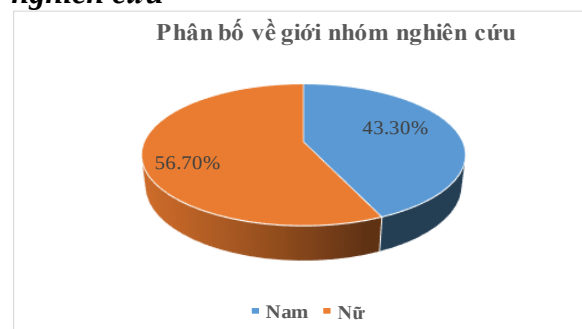
+ Đánh giá tình trạng kháng insulin theo HOMA2 ở trên đối tượng nghiên cứu.

***Giá trị tham chiếu của các chỉ số kháng insulin ở người bình thường bao gồm:**

- HOMA2-IR > 2,53 được coi là tăng.
- HOMA2-%S > 114,64 được coi là tăng; < 64,12 là giảm
- HOMA2-%B > 170,52 được coi là tăng; < 70,52 là giảm
- Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0 và Excel 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1: Phân bố về giới nghiên cứu

Nhận xét: GNM thường gặp ở nữ là 56,7% nam là 43,3% .

Bảng 3.1: Phân bố nhóm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu.

ĐTĐ typ2 có GNM	n	Tỷ lệ %
< 45	4	13,33
45-59	10	33,33
> 60	16	53,34
Tổng số	30	100

Nhận xét: BN > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 53,34%.

Bảng 3.2. Chỉ số BMI, vòng eo

		n	Tỷ lệ %
BMI	<18,5	1	3,3
	18,5-22,9	15	50
	>23	14	46,7
Vòng eo	Nam > 90 cm (n = 13)	5	35,7
	Nữ > 80 cm (n = 17)	9	64,3
	Tổng	14	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 46,7% bệnh nhân béo phì, thừa cân. Tỷ lệ béo phì ở nữ giới chiếm 64,3% cao hơn nam giới chiếm 35,7%.

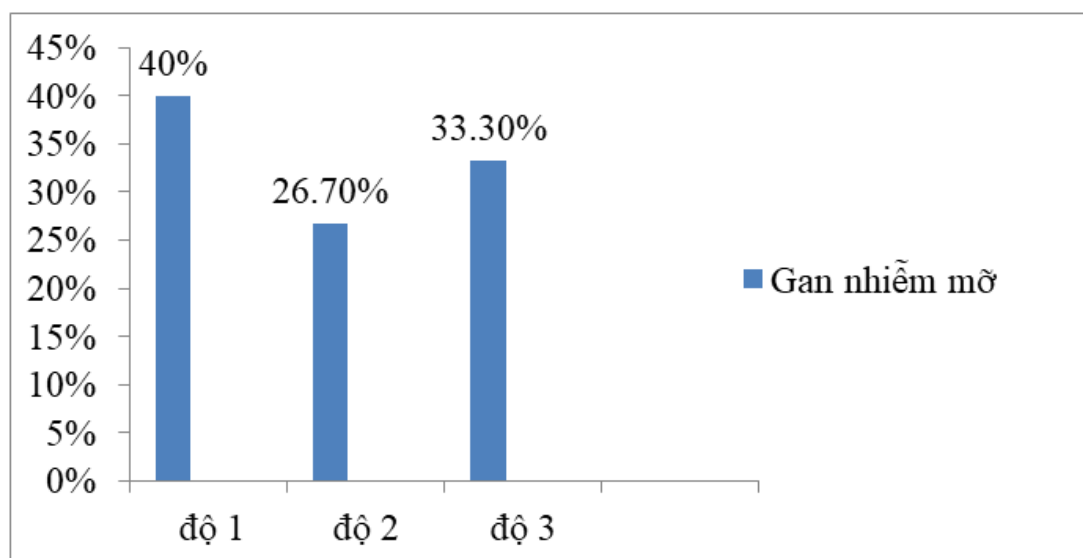
3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng bệnh nhân ĐTĐ typ2 có GNM

Bảng 3.3: Đặc điểm triệu chứng lâm sàng bệnh nhân ĐTĐ typ2 có GNM

Các triệu chứng	n	%
Mệt mỏi, chán ăn	27	90
Vàng da	2	6,7
Gan to	9	30
Đau tức hạ sườn phải	6	20
Nôn	4	13,3

Nhận xét: Bệnh nhân ĐTĐ typ2 có GNM có triệu chứng mệt mỏi chán ăn hay gặp nhất 90%, tiếp đến là triệu chứng gan to gặp 30%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng



Biểu đồ 2: Mức độ GNM đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ GNM độ 1 chung cả 2 giới chiếm tỷ lệ cao 40%, GNM độ 2 chiếm 26,7%. GNM độ 3 chiếm 33,3%.

3.3.2. Tình trạng lipid máu đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Tình trạng lipid máu đối tượng nghiên cứu

Lipid	min (mmol/l)	max (mmol/l)	X±SD	Bệnh lý (n,%)
Cholesterol	3,07	9,71	5,79±1,77	18, 60,0%
Triglycerid	0,89	12,87	4,54±3,17	22, 73,3%
HDL	0,70	2,02	1,13±0,27	5, 16,7%
LDL	1,50	7,02	3,48±1,31	16, 53,3%

Nhận xét: BN có nồng độ cholesterol trung bình là $5,79 \pm 1,77$ mmol/l, triglyceride trung bình là $4,54 \pm 3,17$ mmol/l, LDL trung bình là $3,48 \pm 1,31$ mmol/l, HDL $< 0,9$ mmol/l có 5 bệnh nhân chiếm 16,7%.

3.3.3. Mức độ tăng AST và ALT

Bảng 3.5. Mức độ tăng AST và ALT

Mức độ tăng	AST (n = 30)		ALT (n = 30)	
Bình thường	19	63,33%	18	60%
Tăng	11	36,67%	12	40

Nhận xét: Bệnh nhân có nồng độ men gan tăng là: tăng AST 36,67%, tăng ALT 40%.

3.3.4 Mối liên quan đề kháng insulin BN ĐTĐ typ2 có GNM với một số yếu tố nguy cơ

Bảng 3.6: Mối liên quan đề kháng insulin BN ĐTĐ typ2 có GNM với một số yếu tố nguy cơ

Nhóm chỉ số nghiên cứu	Có kháng insulin		Không có kháng insulin		p
	n	%	n	%	
GNM độ 2,3	15	83,3	3	16,7	P=0,143>0,05
GNM độ 1	8	66,7	4	33,7	
BMI ≥ 23	8	57,1	6	42,9	p=0.090>0,05
BMI < 23	14	87,5	2	12,5	
Có RLCH lipid	22	81,5	5	18,5	p=0,014
Không RLCH lipid	1	33,3	2	66,7	
HbA1c $\geq 7\%$	19	73,1	7	26,9	p=0,092
HbA1c $< 7\%$	3	75	1	25	
Glucose	22	73,3	8	26,7	p=0,001

Nhận xét: Những bệnh nhân có gan nhiễm mỡ độ 2, 3, thừa cân béo phì, đường huyết khó kiểm soát (nồng độ glucose máu lúc đói và nồng độ HbA1c), và rối loạn lipid máu đều có tình trạng đề kháng insulin cao hơn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nhóm 30 bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là $(58,70 \pm 14,22)$, tuổi trung bình ở nghiên cứu này cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hóa $(56,29 \pm 10,59)$ (4).

Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu gặp ở nữ là 56,7% hơn nam là 43,3%, trong nghiên cứu chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt về nguy cơ ở hai giới tuy nhiên có thể do số lượng bệnh nhân thu thập của nghiên cứu còn ít, như nghiên cứu của Phạm Công Chánh trên 310 BN GNM (nữ chiếm 66,5% còn nam chiếm 33,5%) (5), hay Trần Thị

Thanh Hóa (nữ chiếm 61% nam chiếm 39%) (4).

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu này phản ánh sự phân bố tuổi trung bình và tỷ lệ giới cho thấy GNM gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới và đều thuộc lứa tuổi trung niên trở lên. Điều này có thể giải thích là do ở độ tuổi này, có sự thay đổi của các hormon sinh dục sẽ ảnh hưởng tới sự phân bố và tích tụ mỡ trong cơ thể và khối cơ giảm dần, khối mỡ tăng dần. Do vậy, đề kháng insulin và acid béo tự do tăng cao làm dễ tích mỡ cơ quan.

Trong nghiên cứu có 46,7% bệnh nhân béo phì, thừa cân (BMI >23 và có vòng eo nam > 90cm, nữ > 80cm) tương đương nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hóa 50,9% (4) nhưng thấp hơn ở nghiên cứu của Phạm Công Chánh 62,2% BN béo phì thừa cân (5). Tỷ lệ béo phì ở nữ giới chiếm 64,3% cao hơn nam giới chiếm 35,7% có sự tương đồng về tỷ lệ mắc nữ giới cao hơn nam giới tuy nhiên tỷ lệ BN nghiên cứu thấp hơn nghiên cứu của Phạm Công Chánh (nữ chiếm 96,1% cao hơn nam giới chiếm 77,9%) có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu này ít hơn và do đối tượng nghiên cứu của tác giả khác chúng tôi. Theo khuyến cáo của Hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ năm 2018, giảm cân nói chung sẽ làm giảm tình trạng nhiễm mỡ gan, có thể giảm cân bằng chế độ ăn uống giảm calo đơn thuần hoặc kết hợp với tăng cường hoạt động thể chất. Đồng thời giảm cân ít nhất 3% -5% trọng lượng cơ thể là cần thiết để cải thiện tình trạng nhiễm mỡ, nhưng cần giảm cân nhiều hơn (7% -10%) để cải thiện phần lớn các đặc điểm mô bệnh học của bệnh

gan nhiễm mỡ không do rượu, bao gồm cả viêm gan nhiễm mỡ và xơ hóa gan.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Bệnh nhân ĐTĐ typ2 có GNM có các triệu chứng mệt mỏi chán ăn hay gặp nhất 90% BN có triệu chứng cao hơn nghiên cứu Phạm Công Chánh (mệt mỏi gặp 63,9%), tiếp đến triệu chứng gan to gặp ở 30% BN, đau tức hạ sườn phải (đau điểm gan) chiếm 20% gặp ít hơn trong nghiên cứu của Phạm Công Chánh (48,7%), triệu chứng nôn gặp 13,3%, triệu chứng ít gặp nhất là triệu chứng vàng da 3,3% tương tự nghiên cứu của Phạm Công Chánh (vàng da vàng mắt gặp 2,3%) (5). Nhận thấy triệu chứng lâm sàng BN ĐTĐ typ2 có GNM chủ yếu biểu hiện triệu chứng cơ năng là mệt mỏi, chán ăn và các triệu chứng thực thể ít gặp và chủ yếu gặp khi tình trạng GNM đã rất nặng. Vì vậy nên khám và tầm soát rất kỹ cho BN để phát hiện sớm và kịp thời can thiệp.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng và tình trạng kháng insulin

4.3.1. Đặc điểm nồng độ glucose, HbA1c, Lipid máu của nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu BN ĐTĐ typ2 có GNM độ 1 có nồng độ glucose trung bình là $(16,02 \pm 4,75\text{mmol/l})$; độ 2 là $(16,99 \pm 5,22\text{mmol/l})$; độ 3 $(14,61 \pm 5,99\text{mmol/l})$. BN có nồng độ glucose trung bình lúc đói là $(15,81 \pm 5,21\text{mmol/l})$ tương tự như kết quả nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hóa $(14,13 \pm 4,85\text{mmol/l})$ (4), Hoàng Trung Vinh $(15,9 \pm 7,5\text{mmol/l})$ (6). Nghiên cứu chúng tôi thu được kết quả BN ĐTĐ typ2 có GNM độ 1 nồng độ HbA1c là $10,0 \pm 2,09\%$; độ 2 là

10,94 ± 4,03%; độ 3 là 9,59 ± 1,92%. Nồng độ HbA1c trung bình ở nhóm nghiên cứu là 10,11 ± 2,65%, kết quả nghiên cứu của tôi thấp với kết quả nghiên cứu của Hoàng Trung Vinh HbA1c trung bình là 11,3 ± 2,7% (6), Trần Thị Thanh Hóa trên đối tượng ĐTĐ typ2 có GNM HbA1c trung bình là 11,5 ± 2,34% (4), Shaista Kawal và các cộng sự 12,1 ± 2,1% (7). Cao hơn kết quả nghiên cứu của When-Shan Lv và các cộng sự HbA1c trung bình 8,91% ± 2,47% (8).

Vai trò của rối loạn lipid máu ở bệnh nhân gan nhiễm mỡ không do rượu, nhất là sự tăng acid béo tự do do mô mỡ tiết ra và tích tụ triglyceride trong gan làm gan nhiễm mỡ, thoái hóa mỡ đã được nhiều nghiên cứu công nhận. Hầu hết các nghiên cứu thấy rằng ở bệnh nhân gan nhiễm mỡ không do rượu thì rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ khá cao (trong đó thường tăng cholesterol toàn phần, triglyceride và giảm HDL – C). Chitturi S và cộng sự đã tổng hợp các nghiên cứu thuộc khu vực châu Á Thái Bình Dương, thấy rằng tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần là 54 – 68%, tăng triglyceride là 45 – 70% và giảm HDL – C là 12 – 51%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên với tỷ lệ rối loạn lipid máu chung ở bệnh nhân gan nhiễm mỡ không do rượu là 90 %. Tỷ lệ rối loạn lipid máu từng thành phần lần lượt là: 60% tăng cholesterol toàn phần, 73% triglyceride, 16,7% giảm HDL – C. Chúng tôi cũng thấy có tình trạng tăng men gan chiếm tỷ lệ khá cao (có tăng AST 36, 67%, tăng ALT 40%), bệnh nhân đến với chúng tôi đã có tình trạng

viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH), một biến thể ít phổ biến nhưng quan trọng hơn nếu không phát hiện và điều trị sớm sẽ dẫn đến tình trạng xơ hóa gan và/hoặc tiến triển ung thư gan(10).

4.3.2. Đặc điểm tình trạng kháng insulin

Trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn mức tăng chỉ số HOMA-IR là 2,53 , dựa vào nghiên cứu của Salgado và cộng sự và nghiên cứu của Trần Kim Sơn. Theo đó giá trị HOMA-IR ≥ 2,0 hoặc 2,5 cho thấy giá trị chẩn đoán người mang bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ insulin và chỉ số HOMA-IR trung bình lần lượt là: 7,23±12,01 µUI/ml và 10,93±21,42; tỉ lệ kháng insulin chiếm tới 73,3%. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu tình trạng kháng insulin Phan Diễm Quỳnh 77,5% (9).

V. KẾT LUẬN

- Triệu chứng mệt mỏi, chán ăn hay gặp nhất chiếm 90%.
- Mức độ gan nhiễm mỡ (độ 1, 2, 3) chiếm tỷ lệ tương ứng là 40%, 26,67% , 33,33%
- Tỷ lệ RLCH lipid máu: 90%.
- Bệnh nhân có nồng độ men gan tăng là: tăng AST 36,67%, tăng ALT 40%.
- Tỷ lệ kháng insulin: 73,3%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khuyến cáo Bệnh đái tháo đường:** dịch tễ, phân loại, chẩn đoán – Hội Nội tiết & Đái tháo đường Việt Nam . 2021. <https://vade.org.vn/khuyen-cau-benh-dai-thao-duong-dich-te-phân-loại-chẩn-đoan/>.

2. **Nguyễn Khoa Diệu Vân.** Bệnh học nội khoa tập 2. Nhà xuất bản Y học; 2012. 322–327 tr.
3. **Gupte P, Amarapurkar D, Agal S, Baijal R, Kulshrestha P, Pramanik S, và c.s.** Non-alcoholic steatohepatitis in type 2 diabetes mellitus. *J Gastroenterol Hepatol.* 8-2004;19(8):854–8.
4. **Trần Thị Thanh Hóa.** Nghiên cứu kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường typ2 phát hiện lần đầu có gan nhiễm mỡ ở bệnh viện Nội Tiết. Luận văn tiến sĩ. Đại học Y Hà Nội; 2009.
5. **Phạm Công Chánh.** “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân gan nhiễm mỡ không do rượu tại trung tâm y khoa Medic, Thành phố Hồ Chí Minh” .2017. <http://vasld.com.vn/nguyen-cuu-dac-diem-lam-sang-can-lam-sang-o-benh-nhan-gan-nhiem-mo-khong-do-ruou-tai-trung-tam-y-khoa-medic-thanh-pho-ho-chi-minh>.
6. **Nguyễn Hòa Hiệp, Hoàng Xuân Cường, Hoàng Trung Vinh.**” Nồng độ insulin, chỉ số kháng insulin, độ nhạy insulin và chức năng tế bào beta xác định theo mô hình HOMA2 ở bệnh nhân đái tháo đường typ1 2 trên 60 tuổi”..Tạp chí y học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2021.<https://yhoctphcm.ump.edu.vn>.
7. **Kanwal S, Ghaffar T, Aamir AH, Usman K.** Frequency of non-alcoholic fatty liver disease in patients with type-2 diabetes mellitus and its associated risk factors. *Pak J Med Sci.* 2020;37(5):1335–41.
8. **Lv W-S, Sun R-X, Gao Y-Y, Wen J-P, Pan R-F, Li L, và c.s.** Nonalcoholic fatty liver disease and microvascular complications in type 2 diabetes. *World J Gastroenterol.* 2013;19(20):3134–42.
9. **Phan Diễm Quỳnh, Đỗ Trung Quân.** “Nhận xét tình trạng đề kháng insulin trên bệnh nhân gan nhiễm mỡ”. *Vietnam J Diabetes Endocrinol.* 2020;(41):105–17. Available at: <https://vjde.vn/journal/article/view/92>.
10. **Nasr P, Ignatova S, Kechagias E, et al:** Natural history of nonalcoholic fatty liver disease: A prospective follow-up study with serial biopsies. *Hepatol Commun* 2(2):199-210, 2017. doi: 10.1002/hep4.1134. eCollection 2018 tháng 2

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG TĂNG ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN NHIỄM COVID - 19 CÓ ĐIỀU TRỊ CORTICOID TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Hoàng Giang*, Nguyễn Thị Lan Hương*, Lê Thị Phương Huệ*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: GC là một trong những thuốc quan trọng trong điều trị cho bệnh nhân COVID19 nhập viện mức độ trung bình đến nguy kịch. Tuy nhiên, tăng ĐH không kiểm soát do GC là một yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn đến tử vong ở BN Covid – 19.

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng tăng đường huyết ở bệnh nhân nhiễm Covid – 19 có điều trị Glucocorticoid điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2021 và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng đường huyết ở các bệnh nhân.

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu được thiết kế mô tả, cắt ngang, hồi cứu trên 47 bệnh nhân (22 nam và 25 nữ), tuổi từ 25 đến 87, nhiễm Covid – 19 mức độ trung bình đến nguy kịch, được điều trị bằng Glucocorticoid tại Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội từ tháng 8/2021 đến tháng 11/2021.

Kết quả: Tỷ lệ nữ giới trong nhóm nghiên cứu là 53.2%. Tuổi trung bình là 62.7 ± 14.9 . Nhóm tuổi chiếm ưu thế là nhóm > 70 tuổi với tỷ lệ 42.6%. 23.4% bệnh nhân có ĐTD, 42.6% bệnh nhân có THA. Tỷ lệ bệnh nhân tăng đường huyết do dùng GC là 36.2%. Nhóm bệnh nhân mắc COVID 19 mức độ trung bình chiếm nhiều nhất với 61.7%. 70.2% bệnh nhân được sử dụng Dexamethasone, 29,8% bệnh nhân còn lại sử

dụng MethylPrednisolone. Trong số các bệnh nhân sử dụng Dexamethasone, liều Dexamethasone 6mg chiếm nhiều nhất (36.2%). Tỷ lệ tăng đường huyết ở nhóm sử dụng MethylPrednisolone (38.5%) cao hơn so với nhóm sử dụng Dexamethasone (35.3%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Nhóm có BMI > 23 có tỷ lệ tăng đường huyết cao nhất (53.8%). Tỷ lệ tăng ĐH ở nhóm bệnh nhân COVID nhóm mức độ nguy kịch cao nhất với 40%. Liều GC trung bình ở nhóm tăng ĐH (18.93 ± 19.1 mg) cao hơn liều GC trung bình ở nhóm không tăng ĐH (15.32 ± 14.83 mg).

Kết luận: Tỷ lệ tăng đường huyết do GC khá cao ở nhóm BN COVID19 trung bình đến nguy kịch. Do đó, vấn đề này cần được theo dõi và quản lý chặt chẽ để giảm thiểu những hậu quả về mặt sức khỏe đối với người bệnh.

Từ khoá: Glucocorticoid (GC), Tăng đường huyết (Tăng ĐH), COVID19

SUMMARY

ASSESSMENT OF GLUCOCORTICOID-INDUCED HYPERGLYCEMIA IN PATIENTS WITH COVID 19 AT THANH NHAN HOSPITAL

Background: GC is one of the important drugs in the treatment of moderate to critical COVID19 patients. However, uncontrolled Glucocorticoid-induced hyperglycemia is an important risk factor for mortality in patients with Covid-19.

Objective: To describe the status of Glucocorticoid-induced hyperglycemia in

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Giang

Email: bvtncdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2022

Ngày duyệt bài: 29/6/2022

patients with Covid-19 at Thanh Nhan Hospital in 2021 and assess the association between some related factors and hyperglycemia in these patients.

Subjects and Methods: The study was designed as a retrospective, cross-sectional study, which involved 47 patients (22 men and 25 women), aged between 25 and 87, with moderate to critical Covid-19 infection, and treated by Glucocorticoid at Thanh Nhan Hospital, Hanoi since August 2021 to November 2021.

Results: The proportion of women in the study group was 53.2. The participants' mean age was 62.7 ± 14.9 %. The dominant age group is the group > 70 years old with 42.6%. 23.4% of patients have diabetes, 42.6% of patients have hypertension. The proportion of patients diagnosed with GC-induced hyperglycemia was 36.2%. The group of patients with moderate level of COVID-19 accounted for the most with 61.7%. 70.2% of patients used Dexamethasone, the remaining 29.8% of patients used MethylPrednisolone. Among the patients using Dexamethasone, the dose of Dexamethasone 6mg accounted for the most (36.2%). The proportion of hyperglycemia in the group using MethylPrednisolone (38.5%) was higher than in the group using Dexamethasone (35.3%), the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). The group of patients with BMI > 23 has the highest proportion of hyperglycemia (53.8%). The incidence of hyperglycemia in the group of COVID patients in the critical group was the highest with 40%. The mean GC dose in the hyperglycemia group (18.93 ± 19.1 mg) was higher than the mean GC dose in the normoglycemia group (15.32 ± 14.83 mg).

Conclusion: The incidence of GC-induced hyperglycemia was quite high in the group of moderate to critical COVID19 patients. Therefore, this issue must be closely monitored

and managed to minimize the health consequences for hospitalized patients.

Keywords: Glucocorticoid (GC), Hyperglycemia, COVID19

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

CORONAVIRUS 2019 (Covid – 19), là bệnh truyền nhiễm mới nổi rất dễ lây lan do SARS-COV-2 virus gây ra hội chứng hô hấp cấp tính nghiêm trọng (SARS-CoV-2), ảnh hưởng thảm khốc đến sức khỏe cộng đồng¹. SARS-COV-2 có thể gây ra tổn thương đa cơ quan và để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng cho bệnh nhân. Một trong những hậu quả của Covid – 19 là tình trạng tăng đường huyết khó kiểm soát, làm gia tăng nguy cơ tử vong của các bệnh nhân này.

Tăng đường huyết có thể xảy ra ở bệnh nhân (BN) Covid – 19 có đái tháo đường (ĐTĐ) hoặc không ĐTĐ và là một yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn đến tử vong ở BN Covid – 19². Ở các BN Covid – 19 mức độ trung bình – nặng, Glucocorticoid (GC) vẫn là nền tảng điều trị của bệnh để làm giảm các đáp ứng miễn dịch quá mức của cơ thể do virus gây ra³. Tuy nhiên, việc sử dụng GC giống như con dao hai lưỡi, luôn đi kèm những thách thức như nhiễm trùng và tăng đường huyết.⁴ Việc quản lý tình trạng tăng đường huyết vẫn là một thách thức điều trị ở các bệnh nhân Covid – 19. Để quản lý tình trạng tăng đường huyết tốt hơn, chúng ta cần có thêm các khảo sát để có cái nhìn tổng quan về vấn đề này. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá về tình trạng tăng đường huyết ở bệnh nhân Covid – 19, nhưng tại Việt Nam, có rất ít đề tài nghiên cứu về vấn đề này. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài: “khảo sát tình trạng tăng đường huyết ở bệnh nhân nhiễm Covid – 19

có điều trị GlucoCorticoid tại bệnh viện Thanh Nhân” với 2 mục tiêu sau:

1. *Thực trạng tăng đường huyết ở bệnh nhân nhiễm Covid – 19 có điều trị Corticoid điều trị tại bệnh viện Thanh Nhân năm 2021*
2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng đường huyết ở các bệnh nhân.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

47 bệnh nhân được chẩn đoán Covid – 19 được điều trị bằng Glucocorticoid tại Bệnh viện Thanh Nhân, Hà Nội từ tháng 8/2021 đến tháng 11/2021

1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

- Những bệnh nhân được chẩn đoán coronavirus bằng xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên vi rút SARS-CoV-2 hoặc xét nghiệm RT – PCR SAS – CoV – 2 theo tiêu chuẩn của bộ Y Tế Việt Nam theo Quyết định số 2008⁵.
- Những bệnh nhân có chỉ định bằng Glucocorticoid theo tiêu chuẩn của bộ Y Tế Việt Nam theo Quyết định số 2008⁵.
- Bệnh nhân Covid – 19 mức độ trung bình, nặng hoặc nguy kịch

1.2 Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu:

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.
- Bệnh nhân sử dụng Glucocorticoid hoặc các thuốc gây tăng đường huyết khác trước khi nhập viện.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, hồi cứu

2.2 Mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.

2.3 Phương pháp tiến hành

Tiến hành nghiên cứu theo các bước sau:

Bước 1: Sàng lọc bệnh nhân: chọn lựa các hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 2: Thu thập dữ liệu từ bệnh án: thông tin chung (tuổi, giới, nghề nghiệp, mã hồ sơ bệnh án, tiền sử bệnh tật và các yếu tố liên quan, thông tin khám lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng)

Bước 3: Phân tích và xử lý số liệu

2.4 Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	22	46.8
	Nữ	25	53.2
	Tổng	47	100.0
Tuổi	< 50	9	19.1
	50 - 59	7	14.9
	60 - 69	11	23.4
	> 70	20	42.6

	Trung bình	62.7 ± 14.9 (25 ÷ 87)	
BMI	< 18.5	1	2.1
	18.5 – 23	33	70.2
	> 23	13	27.7
	Trung bình	21.8 ± 2.1 (17.7 ÷ 29.4)	

Nhận xét: Tỷ lệ nữ giới trong nhóm nghiên cứu là 53.2%. Nhóm tuổi chiếm ưu thế là nhóm > 70 tuổi với tỷ lệ 42.6%. Tuổi trung bình là 62.7 ± 14.9. BMI trung bình là 21.8 ± 2.1. Nhóm có BMI bình thường (từ 18.5-23) chiếm nhiều nhất với 70.2%

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường	Có	11	23.4
	Không	36	76.6
Tăng huyết áp	Có	20	42.6
	Không	27	57.4
Tăng đường huyết	Có	17	36.2
	Không	30	63.8
Mức độ nhiễm Covid – 19	Trung bình	29	61.7
	Nặng	13	27.7
	Nguy Kịch	5	10.6
Loại GC	Dexamethasone	33	70.2
	MethylPrednisolone	14	29.8
Liều điều trị GC (Theo liều Dexamethasone)	6 mg	17	36.2
	8 mg	8	17.0
	12 mg	9	19.1
	≥ 15 mg	13	27.7

Nhận xét: 23.4% bệnh nhân có ĐTĐ, 42.6% bệnh nhân có THA. Tỷ lệ bệnh nhân tăng đường huyết do dùng GC là 36.2%. Nhóm bệnh nhân mắc COVID 19 mức độ trung bình chiếm nhiều nhất với 61.7%. 70.2% bệnh nhân được sử dụng Dexamethasone, 29,8% bệnh nhân còn lại sử dụng MethylPrednisolone. Nhóm sử dụng GC liều 6mg (theo liều Dexamethasone) chiếm nhiều nhất (36.2%).

Bảng 3: Mối liên quan giữa tăng đường huyết với tuổi, giới và BMI

Đặc điểm lâm sàng		Tỷ lệ tăng ĐH N (%)	Giá trị P
Tuổi	< 50	2 (22.2)	0.382
	50 - 59	5 (71.4)	
	60 -69	6 (54.5)	
	> 70	4 (20.0)	

Giới	Nam	7 (31.8)	0.761
	Nữ	10 (40.0)	
BMI	< 18.5	0 (0.0)	0.244
	18.5 – 23	10 (30.3)	
	> 23	7 (53.8)	

Nhận xét: Tỷ lệ tăng đường huyết ở nhóm tuổi từ 50-59 chiếm nhiều nhất với 71.4% ($p > 0.05$). Nữ giới có tỷ lệ tăng ĐH cao hơn nam giới. Nhóm có BMI > 23 có tỷ lệ tăng ĐH cao nhất với 53.8%

Bảng 4: Mối liên quan giữa tăng ĐH và mức độ COVID 19

Mức độ Covid 19	Tỷ lệ Tăng ĐH N (%)	Giá trị P
Trung bình	10 (34.5)	0.953
Nặng	5 (38.5)	
Nguy kịch	2 (40.0)	

Nhận xét: Tỷ lệ tăng ĐH ở nhóm bệnh nhân COVID nhóm mức độ nguy kịch cao nhất với 40%, theo sau là nhóm mức độ nặng và trung bình với tỷ lệ lần lượt là 38.5% và 34.5%. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$)

Bảng 5: Mối liên quan giữa tăng ĐH và loại GC

Loại GC	Tỷ lệ Tăng ĐH N (%)	Giá trị P
Dexamethasone	12 (35.3)	0.84
MethylPrednisolone	5 (38.5)	

Nhận xét: Tỷ lệ tăng đường huyết ở nhóm sử dụng MethylPrednisolone (38.5%) cao hơn so với nhóm sử dụng Dexamethasone (35.3%). Tuy nhiên, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$)

Bảng 6: Mối liên quan giữa tăng ĐH và loại GC

Nhóm	Liều GC trung bình N $\pm$ SD (mg)	Giá trị P
Nhóm tăng ĐH	18.93 $\pm$ 19.1	0.51
Nhóm không tăng ĐH	15.32 $\pm$ 14.83	

Nhận xét: Liều GC trung bình (quy đổi tương đương liều Dexamethasone) ở nhóm tăng ĐH (18.93 $\pm$ 19.1 mg) cao hơn liều GC trung bình ở nhóm không tăng ĐH (15.32 $\pm$ 14.83 mg). Khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$)

IV. BÀN LUẬN

1. Thực trạng tăng đường huyết ở bệnh nhân nhiễm Covid – 19 có điều trị Corticoid điều trị tại bệnh viện Thanh Nhân năm 2021

Trong số 47 bệnh nhân chẩn đoán Covid – 19 được điều trị bằng Glucocorticoid, có 22

nam (46.8%) và 25 nữ (53.2%). BMI trung bình là 21.8 ± 2.1 . Nhóm có BMI bình thường (từ 18.5-23) chiếm nhiều nhất với 70.2%. Tuổi trung bình là 62.7 ± 14.9 , tuổi cao nhất là 87, tuổi thấp nhất là 25. Chúng ta có thể thấy, các bệnh nhân phải nhập viện do COVID có độ tuổi khá cao, điều này cũng phù hợp với các phân tích trên thế giới khi ở độ tuổi này, các bệnh nhân có nhiều bệnh lý nền như ĐTĐ, THA, suy giảm miễn dịch ... làm bệnh nhân trở nên dễ bị tổn thương hơn với COVID-19³.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện ĐTĐ là 23.4%, THA là 42.6%. Thực tế, có rất nhiều bệnh nhân sau khi nhập viện do COVID19 mới phát hiện ra THA và ĐTĐ. Tất cả các bệnh nhân đều thuộc nhóm nhiễm COVID-19 trung bình đến nặng và phải sử dụng GC. Tỷ lệ tăng đường huyết ở nhóm nghiên cứu là 36.2%. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả của nghiên cứu của Rana và cộng sự tiến hành trên 230 bệnh nhân nội trú COVID19, với tỷ lệ tăng đường huyết do GC là 15.65%⁶. Đặc biệt, Tăng ĐH do GC có thể xảy ra ở cả các bệnh nhân chưa có tiền sử ĐTĐ.

Các bệnh nhân COVID-19 phải nhập viện cũng chủ yếu thuộc nhóm từ trung bình, nặng đến nguy kịch nên khả năng cao phải sử dụng GC. Loại GC được sử dụng nhiều nhất cũng là Dexamethasone với 70.2%, sau đó là MethylPrednisolone với 29.8%. Trong các BN được sử dụng Dexamethasone, nhóm sử dụng Dexamethasone liều 6mg chiếm nhiều nhất (36.2%). Hiện nay đây cũng là 2 loại thuốc GC được sử dụng phổ biến nhất theo các phác đồ điều trị COVID19 của Bộ Y Tế Việt Nam cũng như các hướng dẫn điều trị

trên thế giới^{3,5}.

2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng đường huyết ở các bệnh nhân.

Liên quan đến độ tuổi của nhóm bệnh nhân COVID19, nhóm tuổi từ 50-59 có tỷ lệ tăng ĐH cao nhất (71.4%), theo sau là nhóm tuổi 60-69 (54.5%). Tỷ lệ tăng ĐH ở giới nữ (40.0%) cao hơn 1 chút so với giới nam (31.8%), tuy nhiên, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Liên quan đến BMI, nhóm có BMI > 23 có tỷ lệ tăng ĐH do GC cao nhất (53.8%). Điều này có thể là do các bệnh nhân BMI > 23 thì nguy cơ mắc các bệnh chuyển hoá như ĐTĐ, thừa cân, béo phì cũng cao hơn và đường huyết nhạy cảm hơn với GC.

Liên quan đến các nhóm bệnh nhân COVID19, chúng tôi thấy tỷ lệ tăng đường huyết ở nhóm bệnh nhân COVID nhóm mức độ nguy kịch cao nhất với 40%, theo sau là nhóm mức độ nặng và trung bình với tỷ lệ lần lượt là 38.5% và 34.5%. Tuy nhiên, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Kết quả này cho thấy, mức độ COVID19 càng nặng thì khả năng tăng đường huyết do dùng GC càng cao. Trên thực tế, khi bệnh nhân COVID19 mức độ càng nặng, liều GC sử dụng sẽ càng cao và kéo dài, dẫn đến ảnh hưởng trên đường huyết của bệnh nhân cũng lớn hơn. Khác biệt giữa các nhóm chưa có ý nghĩa thống kê có thể là do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp, nên sự khác biệt về mặt thống kê chưa thực sự rõ ràng.

Về mối liên quan giữa tăng đường huyết và các loại GC, chúng tôi thấy tỷ lệ tăng đường huyết ở nhóm sử dụng MethylPrednisolone (38.5%) cao hơn so với

nhóm sử dụng Dexamethasone (35.3%). Tuy nhiên, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Liên quan giữa tình trạng tăng đường huyết và liều GC, chúng tôi thấy liều GC trung bình (quy đổi tương đương Dexamethasone) ở nhóm tăng ĐH (18.93 ± 19.1 mg) cao hơn liều GC trung bình ở nhóm không tăng ĐH (15.32 ± 14.83 mg). Khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Điều này cho thấy khi dùng GC với liều càng cao, đặc biệt ở các bệnh nhân mức độ nặng và nguy kịch, tỷ lệ tăng đường huyết cũng sẽ cao hơn. Theo chúng tôi quan sát trên các bệnh nhân COVID19 được điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn, liều MethylPrednisolone thường được sử dụng khá cao, một số bệnh nhân được sử dụng với liều > 320 mg. Theo nghiên cứu của David J. Douin và các cộng sự trên 292 bệnh nhân COVID19 thở máy xâm nhập, việc sử dụng GC liều > 320 mg MethylPrednisolone, tương đương 60mg Dexamethasone làm tăng cả nguy cơ tăng đường huyết và hạ đường huyết ở các bệnh nhân này⁷.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng đường huyết do GC khá cao ở nhóm BN COVID19 trung bình đến nguy kịch. Vấn đề này cần được theo dõi và quản lý chặt chẽ đường huyết ở nhóm bệnh nhân này để giảm thiểu những hậu quả về mặt sức khỏe đối với người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO.** WHO Coronavirus (Covid – 19) Dashboard. Published online 2022.
2. **Wargny M, Potier L, Gourdy P, et al.** Predictors of hospital discharge and mortality in patients with diabetes and COVID-19: updated results from the nationwide CORONADO study. *Diabetologia*. 2021;64(4):778-794. doi:10.1007/s00125-020-05351-w
3. **van Paassen J, Vos JS, Hoekstra EM, Neumann KMI, Boot PC, Arbous SM.** Corticosteroid use in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis on clinical outcomes. *Crit Care Lond Engl*. 2020;24(1):696. doi:10.1186/s13054-020-03400-9
4. **Veronese N, Demurtas J, Yang L, et al.** Use of Corticosteroids in Coronavirus Disease 2019 Pneumonia: A Systematic Review of the Literature. *Front Med*. 2020;7:170. doi:10.3389/fmed.2020.00170
5. **Bộ Y Tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Covid-19. Published online 2021.
6. **Rana MA, Siddiqui MH, Raza S, et al.** Incidence of steroid-induced diabetes in Covid-19 patients. *Pak J Med Health Sci*. Published online 2021:2595-2596.
7. **Douin DJ, Krause M, Williams C, et al.** Corticosteroid Administration and Impaired Glycemic Control in Mechanically Ventilated COVID-19 Patients. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth*. 2022;26(1):32-40. doi:10.1177/10892532211043313

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG Ở BỆNH NHÂN SỎI ỐNG MẬT CHỦ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đoàn Hoài Linh*, Nguyễn Thị Mai Hương*,
Dương Văn Tân*, Lê Minh Tiến*, Trần Thị Hồng Phương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp nội soi mật ngược dòng (ERCP) ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có so sánh trước sau điều trị ERCP bệnh nhân sỏi ống mật chủ. **Kết quả:** Từ tháng 1/2021 đến tháng 07/2022 tại Bệnh viện Thanh Nhàn chúng tôi thu thập được 16 ca sỏi ống mật chủ đã can thiệp ERCP lấy sỏi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,67 Tuổi trung bình là 66,94 tuổi, thấp nhất 30 tuổi và cao nhất 90 tuổi. Cải thiện có ý nghĩa tình trạng viêm đường mật và mức độ đau sau ERCP. Tình trạng gia tăng Bilirubin thuyên giảm có ý nghĩa sau can thiệp ERCP. Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật ERCP là: $68,12 \pm 17,97$ phút. Tỷ lệ can thiệp ERCP thành công sau lần 01 là 14/16 ca chiếm tỷ lệ 87,5%. Tỷ lệ biến chứng chung sau thủ thuật ERCP là 6,25,5%. **Kết luận:** Nội soi mật ngược dòng là một phương pháp can thiệp điều trị bệnh lý sỏi ống mật chủ mang lại kết quả tốt và an toàn.

Từ khóa: Nội soi mật ngược dòng; sỏi mật

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF ERCP PROCEDURE OF COMMON BILE

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Hoài Linh

Email: doanhoailinh80@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2022

Ngày duyệt bài: 29/6/2022

DUCT PATIENTS IN THANH NHÀN HOSPITAL

Objectives: Evaluation of the results of Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography on common bile duct stones patients. **Methods:** Cross-sectional description study. **Results:** From 1/2021 to 7/2022 at Thanh Nhàn Hospital, we performed 16 gallstones cases that interfered with ERCP. The ratio male/female is 1,67 with mean age 66,94. Improve the level of pain and cholangitis. Decrease the serum bilirubin. Average time to perform ERCP is $68,12 \pm 17,97$ minutes. The success rate of ERCP after the first was 14 cases, to be approximately 87.5%. The overall complication rate after ERCP was 6,25%. **Conclusion:** Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography is an interventional method of treating gallstone disease resulting in good and safe life of the patients.

Keywords: Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP); Bile stones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh lý thường gặp ở nước ta hiện nay cũng như ở các nước đang phát triển trên thế giới và là bệnh lý đặc trưng của các nước nhiệt đới [1], [2]. Đặc điểm dịch tễ học, sỏi mật đứng lượng thứ hai sau viêm gan các loại. Theo các thống kê thì 90% bệnh lý viêm đường mật nguyên nhân do sỏi. Sự tồn tại của sỏi có thể gây ra những biến chứng cấp tính ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe của bệnh nhân như: Viêm

đường mật cấp, viêm tụy cấp, ung thư đường mật, tắc nghẽn đường mật cấp tính, sỏi kẹt cơ Oddi [2]. Chính vì vậy, trên thế giới cũng đã có rất nhiều phương pháp đưa ra để can thiệp lấy và điều trị bệnh lý sỏi mật như: Mở mở, mổ nội soi hay lấy sỏi qua da [3], [4]. Với sự phát triển vượt bậc của ngành nội soi tiêu hóa can thiệp đã áp dụng một phương pháp điều trị đã mang lại nhiều thành công trong điều trị bệnh lý sỏi ống mật chủ và những biến chứng cấp tính mà chúng gây ra đó là nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) [5]. Phương pháp này được áp dụng rất phổ biến ở các nước trên thế giới với tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng [6], [7], [8]. Tại Việt nam phương pháp này cũng áp dụng từ những năm 90 của thế kỷ XX. Riêng Bệnh viện Thanh Nhân trong những năm gần đây cũng đã có nhiều thành công trong việc áp dụng ERCP cho những trường hợp bệnh nhân sỏi mật nhằm giải quyết tình trạng nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân do sỏi mật gây ra. Để đánh giá kết quả của phương pháp ERCP khi can thiệp bệnh lý sỏi mật nhóm nghiên cứu đã tiến hành làm sáng tỏ vấn đề qua đề tài: *“Đánh giá kết quả của phương pháp can thiệp nội soi mật ngược dòng ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ tại bệnh viện Thanh Nhân”*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu tổng số 16 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý sỏi mật đã tiến hành can thiệp ERCP điều trị từ tháng 01/2016 đến tháng 07/2022 tại Bệnh viện Thanh Nhân. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân trên 18 tuổi đồng ý tham gia vào nghiên cứu được chẩn đoán có bệnh lý sỏi mật: Viêm tụy cấp do sỏi, nhiễm trùng đường mật do sỏi, sỏi kẹt cơ Oddi, tắc mật cấp do sỏi ống mật đã can thiệp ERCP lấy

sỏi mật. Loại trừ bệnh nhân có túi thừa thực quản lớn, hẹp thực quản, hẹp tâm vị, hẹp môn vị, Zenker, tiền sử mổ cắt dạ dày, suy tim giai đoạn cuối, suy thận giai đoạn cuối, khó thở vì bất cứ nguyên nhân gì chưa kiểm soát, rối loạn đông máu nặng chưa điều chỉnh, có biến chứng thủng mật phúc mạc hay viêm phúc mạc mật do sỏi mật, không đồng ý can thiệp ERCP hoặc được can thiệp ERCP nhưng nguyên nhân không phải sỏi mật.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có so sánh trước sau. Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập thông tin nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu tại các thời điểm trước can thiệp ERCP, sau can thiệp 01 ngày, sau can thiệp 03 ngày và sau can thiệp 30 ngày, so sánh trước sau theo các chỉ số nghiên cứu. Phương tiện nghiên cứu: Xét nghiệm CTM, SHM, đông máu cơ bản, nhóm máu, Siêu âm, CTScanner, điện tim, hệ thống Máy C-arm, máy nội soi mật tụy ngược dòng cửa sổ bên, các loại dụng cụ can thiệp: dao, rọ, bóng thông, stent đường mật, thuốc cản quang, bệnh án nghiên cứu. Phương pháp tiến hành: Chuẩn bị bệnh nhân, chuẩn bị dụng cụ, tiến hành thủ thuật, điều trị sau nội soi mật ngược dòng lấy sỏi.

Cỡ mẫu: Tính theo cỡ mẫu thuận tiện: Trong thời gian nghiên cứu cỡ mẫu bao gồm 16 bệnh nhân đủ điều kiện và đồng ý tham gia vào nghiên cứu chúng tôi thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu để tiến hành phân tích số liệu.

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 16.0 version. Các kết quả nghiên cứu được thể hiện dưới dạng số lượng, giá trị trung bình tỷ lệ phần trăm và so sánh hai giá trị. Giá trị $P < 0,05$ là được xác định là sự khác biệt

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Tổng số có 16 đối tượng tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $66,94 \pm 20,08$. Thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 90 tuổi

Bảng 1: Đặc điểm chung của các đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	n (ca)	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	n (%)	Tỷ lệ (%)
Nam	10	62,5	≤ 30	02	12,5
			31-50	2	12,5
Nữ	6	37,5	51-70	2	12,5
			71-90	10	62,5
			> 90	0	0
Tổng	16	100	Tổng	16	100

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ: 1.67. Trong nghiên cứu nhóm tuổi 71 đến 90 có 10 ca chiếm tỷ lệ cao nhất 62,5%. Nhóm tuổi 31 đến 50 có 2 ca chiếm tỷ lệ 12,5%. Nhóm tuổi > 90 không có ca bệnh nào.

3.2. Cải thiện triệu chứng cận lâm sàng trước và sau can thiệp ERCP

Bảng 2: Cải thiện bilirubin máu trong nhóm bệnh nhân có tăng bilirubin

Đặc điểm	Bilirubin toàn phần(mmol/l)		P
	Trước ERCP	Sau 03 ngày	
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	51,15 ±40,70	27,22 ±29,05	P=0,046

Nhận xét: Tình trạng tăng Bilirubin trước can thiệp có trung bình $51,15 \pm 40,70$ mmol/l, sau can thiệp 03 ngày tình trạng tăng có giá trị trung bình là $27,22 \pm 29,05$ mmol/l. Mức độ cải thiện tình trạng tăng Bilirubin sau can thiệp so với trước can thiệp khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000$.

3.3 Thời gian hoàn thành thủ thuật ERCP

Bảng 3: Thời gian hoàn thành thủ thuật

Thời gian hoàn thành thủ thuật	n (ca)	Tỷ lệ(%)
< 30 phút	1	6,25
30-60 phút	7	43,75
60-90 phút	8	50
>90 phút	0	00
Tổng	16	100

Nhận xét: Thời gian hoàn thành thủ thuật dưới 30 phút 1ca, chiếm tỷ lệ 6,25%. Thời gian từ 30 phút đến 60 phút 30 ca chiếm tỷ lệ 43,75%. Có 08 ca thực hiện từ 60 đến 90 phút chiếm

tỷ lệ 50%. Không ca nào thực hiện lớn hơn 90 phút. Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật ERCP là: $68,12 \pm 17,97$ phút.

3.4 Phương pháp can thiệp qua nội soi mật ngược dòng

Bảng 4: Phương pháp can thiệp

Phương pháp	n (ca)	Tỷ lệ(%)	Kết quả (n) ERCP lần 01	Tỷ lệ (%)
Cắt cơ Oddi, lấy hết sỏi	14	87,5	15 Thành công	85,7
Lấy sỏi một phần, đặt stent	2	12,5	1 ERCP thì 2	12,5
Tổng	16	100		

Nhận xét: Phương pháp can thiệp ERCP thành công trong lần lấy đầu tiên là 14/16 ca chiếm tỷ lệ 87,5%.

Trong đó: Cắt cơ Oddi lấy hết sỏi 14 ca chiếm tỷ lệ 87,5%; Tỷ lệ còn sót sỏi sau lần can thiệp ERCP đầu tiên 02 ca chiếm tỷ lệ 12,55%.

3.5 Tỷ lệ các tai biến

Bảng 5: Tỷ lệ các tai biến

Tai biến	n (ca)	Tỷ lệ (%)
Viêm tụy cấp sau ERCP	01	6,25
Chảy máu	00	00
Thủng tá tràng	00	00
Viêm đường mật	00	00
Tổng	1	6,25

Nhận xét: Tỷ lệ tai biến chung là 01 ca chiếm 6,25% là viêm tụy cấp

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 16 bệnh nhân chúng tôi thấy chủ yếu gặp sỏi mật ở nam với tỷ lệ nam/nữ: 1,67. Tương tự nghiên cứu của La Văn Phương (2012) lại có tỷ lệ nam cao hơn nữ với Nam/nữ:1,33. Trong nghiên cứu nhóm tuổi 71 đến 90 có ca chiếm tỷ lệ cao nhất 62,5%. Nhóm < 30 tuổi có 2 ca chiếm 12,5%, Nhóm tuổi 31 đến 50 có 2 ca chiếm tỷ lệ 12,5%. Nhóm tuổi 51 đến 70 có 2 ca chiếm tỷ lệ 12,5%, nhóm >90 tuổi không có ca bệnh. Độ tuổi mắc bệnh trung bình là 66,94 tuổi, thấp nhất 30 tuổi và tuổi cao nhất

được can thiệp là 90 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Đào Xuân Cường (2015) với độ tuổi trung bình là 64, thấp nhất là 29 và cao nhất là 99, Suissa A và cộng sự (2005) độ tuổi trung bình 63,4. Một tác dụng quan trọng khác của ERCP là cải thiện nhanh chóng tình trạng tắc nghẽn đường mật gây tăng Bilirubin cũng được thể hiện trong nghiên cứu là tình trạng tăng Bilirubin trước can thiệp có trung bình $51,15 \pm 40,70 \mu\text{mol/l}$ và sau can thiệp 03 ngày tình trạng tăng Bilirubin cải thiện rõ ràng khi có giá trị trung

bình là $27.22 \pm 29.05 \mu\text{mol/l}$ với mức độ tin cậy $p=0,046$. Nghiên cứu này cũng có kết quả tương tự như nhiều nghiên cứu khác trên thế giới như Liu Y1 và cs (2010) với nồng độ bilirubin toàn phần giảm sau can thiệp 01 tuần từ $221.89 \pm 64.70 \mu\text{mol/L}$ xuống $156.0 \pm 32.2 \mu\text{mol/L}$. Tỷ lệ lấy sỏi thành công trong lần đầu can thiệp ERCP trong nghiên cứu của chúng tôi là 14/16 ca chiếm tỷ lệ 87,5%, 02 ca còn sót sỏi sau can thiệp chiếm tỷ lệ 12,5% nguyên nhân là do có nhiều sỏi lớn trong ống mật chủ. Chúng tôi đã tiến hành đặt stent đường mật để cải thiện triệu chứng và tạo điều kiện thuận lợi cho lấy sỏi lần 2. Mức độ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với những nghiên cứu trên thế giới như suissa và cộng sự (2005) là 92%, nghiên cứu trong nước như của La Văn Phương là 85,7% và cao hơn so với nghiên cứu của Đào Xuân Cường (2015) với tỷ lệ thành công 78%. Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật ERCP là: $68,12 \pm 17,97$ phút. Ca nhanh nhất là 30 phút, ca lâu nhất là 90 phút. Điều này chỉ rõ sự thành thạo đồng và chuyên nghiệp của Ekip làm can thiệp với những thủ thuật như: Cắt cơ Oddi lấy hết sỏi không đặt stent 14/16 ca chiếm tỷ lệ 87,5%, 02 ca không lấy được sỏi cần đặt stent và lấy sỏi thì hai chiếm 12,5%. Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi gặp biến chứng chung là 01 ca chiếm 6,25% là viêm tụy cấp, không có biến chứng chảy máu hay thủng tá tràng, thấp hơn với các nghiên cứu của Wang và cộng sự (2009) là 7,92%, thấp hơn nghiên cứu của Vandervoort J và cộng sự (2002) là 11,2% và suissa và cộng sự

(2005) là 9%. Điều này có thể do số liệu nghiên cứu chưa lớn nên tỉ lệ biến chứng còn khác biệt so với các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Nội soi mật ngược dòng là một phương pháp can thiệp điều trị sỏi mật có hiệu quả trong việc giảm mức độ đau, cải thiện tình trạng nhiễm khuẩn, tạo sự lưu thông đường mật tránh gây tắc nghẽn, an toàn và tỷ lệ thành công cao

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. PGS.TS. Hà Văn Quyết (2006), Bài giảng bệnh học ngoại khoa- Trường đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, trang 84-90
2. Nguyễn Công Long, L. ục Lê Long (2017). Đánh giá kết quả phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân có sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Bạch Mai
3. Tạ Văn Ngọc Đức, Nguyễn Ngọc Tuấn. Kết quả lấy sỏi đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong 4 năm tại Bệnh viện bình dân (06/2005 – 06/2009), (2010), Chuyên đề KHKT BV Bình Dân, Tập14, Số1, Trang: 388.
4. La Văn Phương (2012). Đánh giá kết quả nội soi mật-tụy ngược dòng (ercp) sớm trong điều trị sỏi ống mật chủ có biến chứng tại bvdktw cần thơ. y học thành phố Hồ Chí Minh. 16(3).
5. Đào Xuân Cường (2015). Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị cấp cứu sỏi đường mật có biến chứng. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 19(5).
6. Ahmed M¹, Kanotra R², Savani GT³, Kotadiya F⁴, Patel N⁵, Tareen S⁶, Fasullo MJ⁷, Kesavan M⁸, Kahn A⁸, Nalluri N¹, Khan HM¹, Pau D¹, Abergel J⁸, Deeb L⁸, Andrawes S⁸, Das A⁹. Utilization

- trends in inpatient endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP): A cross-sectional US experience. *Endosc Int Open*. 2017 Apr;5(4):E261-E271
7. **Đặng Việt Dũng, Lê Văn Luận, Triệu Triều Dương (2012).** Đánh giá kết quả phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi đường mật chính tại bệnh viện Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh. *Y học Quân sự*.
 8. **Bùi Tuấn Anh (2011).** Ứng dụng kỹ thuật mới tạo đường hầm nội soi tán sỏi đường mật xuyên qua da. *Tạp chí y học Quân sự. Chuyên đề ngoại bụng*. 41-44.
 9. **Liu Y1, Meng J, Wang J, et al (2010).** Repeated rendezvous treatment of PTBD and ERCP in patients with recurrent obstructive jaundice. *Hepatogastroenterology*. 57 (102-103).1029-33.
 10. **Vandervoort J, Soetikno RM, Tham TC, et al (2002).** Risk factors for complications after performance of ERCP. *Gastrointest Endosc*. 56. 652-656.
 11. **Wang P, Li ZS, Liu F, et al (2017).** Risk factors for ERCP-related complications: a prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol*.104. 31-40.
 12. **Suissa A, Yassin K, Lavy A, et al (2005).** Outcome and early complications of ERCP: a prospective single center study. *Hepatogastroenterology*.52. 352-355.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH ZONA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐAU TRONG BỆNH ZONA TẠI KHOA THẦN KINH BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Ngô Thanh Sơn*, Trương Trường Giang*,
Phạm Quang Phúc*, Đỗ Khánh Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh zona và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến đau trong bệnh zona tại khoa thần kinh bệnh viện thanh nhàn từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 09 năm 2020. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Bệnh gặp nhiều ở người lớn tuổi, triệu chứng sớm của bệnh là đau nhức, đau như điện giật và đau bỏng rát tại khu vực sẽ hình thành dát đỏ, tổn thương này nhanh chóng chuyển thành phỏng nước, sau khi tổn thương lành hầu hết các bệnh nhân có thay đổi sắc tố da. Đau là biểu hiện đặc trưng ở mọi giai đoạn. Đau ở mức độ vừa và nặng tính theo thang điểm trực quan tương ứng (VAS) chiếm tới trên 90%. Đau kiểu châm chích, đau như điện giật, đau rát bỏng, cảm giác kiến bò, loạn cảm đau, tăng cảm giác đau xuất hiện ở 70,0% đến 96,6% bệnh nhân. Đánh giá tính chất đau theo thang điểm bộ 4 câu hỏi (DN4) có 96,7% bệnh nhân đạt điểm trên hoặc bằng 4, và đánh giá theo thang đau xuất xứ thần kinh (LANSS) có tới 80,0% bệnh nhân có điểm trên hoặc bằng 12.

SUMMARY

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thanh Sơn

Email: vn.neurology@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2022

Ngày duyệt bài: 29/6/2022

ASSESSMENT OF CLINICAL CHARACTERISTICS OF SHINGLES AND SOME FACTORS RELATED TO PAIN IN SHINGLES AT THE NEUROLOGY DEPARTMENT OF THANH NHAN HOSPITAL

Objectives: Describe the clinical features of shingles and assess some factors related to pain in shingles at the neurology department of Thanh Nhan hospital from January 2020 to September 2020. **Methods:** This was a cross - sectional study. **Results:** The disease is common in the elderly. Early symptoms of the disease are aching, electric shock-like pain, and burning pain in the area where the rash will appear, this rash quickly develops into fluid-filled blisters, and most patients have changes in skin pigmentation in the affected area after healing. Pain is characteristic at all stages. Moderate and severe pain according to the Visual Analogue Scale (VAS) accounts for over 90%. Stinging pain, electric shock-like pain, burning pain, tingling sensation, dysesthesia, and increased pain sensation occurred in 70.0% to 96.6% of patients. Evaluation of pain on the DN4 questionnaire has 96.7% of patients with scores above or equal to 4, and evaluation according to the Leads Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS) has up to 80.0% of patients with score above or equal to 12.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh zona là một trong những bệnh da

thường gặp, do virus Herpes Zoster gây nên. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng gặp nhiều ở những người lớn tuổi, đặc biệt là trên 50 tuổi và những người có suy giảm miễn dịch, là bệnh thường gặp trong thực hành lâm sàng, ở nhiều chuyên khoa như: thần kinh, da liễu, mắt.

Đau sau zona là biến chứng thường gặp, ảnh hưởng đến khoảng 50% bệnh nhân trên 50 tuổi. Bệnh có thể phát triển như một sự tiếp nối của các cơn đau đi kèm zona cấp tính, hoặc sau khi đã điều trị khỏi bệnh. Đau có xu hướng tự giảm dần qua nhiều tháng. Tuy nhiên nhiều trường hợp đau kéo dài, dữ dội làm người bệnh rất khó chịu. Đây là loại đau rất khó điều trị, đau dai dẳng, kéo dài từ một tháng đến nhiều tháng, hay nhiều năm thậm chí kéo dài đến suốt đời. Do vậy xác định các yếu tố liên quan đến đau trong bệnh zona giúp hiểu biết thêm về diễn biến tự nhiên và góp phần vào biện pháp ngăn ngừa biến chứng này.

Hiện nay chưa có nhiều đề tài áp dụng các thang điểm đau xuất xứ thần kinh để đánh giá các tính chất đau trong bệnh zona. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: “*Nhận xét đặc*

điểm lâm sàng của bệnh Zona và một số yếu tố liên quan đến đau trong bệnh Zona tại khoa Thần kinh bệnh viện Thanh Nhân

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bệnh nhân được chẩn đoán là bệnh zona tại khoa Thần kinh bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 09 năm 2020 ở các giai đoạn thỏa mãn điều kiện: có đau khu trú ở một vùng, có biểu hiện zona ở các giai đoạn liên quan đến vùng đau.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện

Thiết kế nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được làm hồ sơ theo một mẫu thống nhất để khai thác đầy đủ các đặc điểm về tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, các biến chứng của zona, mức độ đau đánh giá bằng dụng cụ trực quan tương ứng (VAS) từng giai đoạn và đánh giá và cho điểm theo từng tính chất đau xuất xứ thần kinh theo thang điểm LANSS, DN4

Phân tích và xử lý số liệu : bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới, tuổi

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Tổng	Tỷ lệ %
≤ 50	0	2	2	6,6
51 - 60	2	3	5	16,7
61 - 70	6	5	11	36,7
> 70	3	9	12	40
Tổng	11	19	30	100

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh hai nhóm nam và nữ gần tương đương nhau, nhóm tuổi gặp chủ yếu trên 50 tuổi (93,4%), tuổi trung bình: $65,21 \pm 16,57$.

Bảng 2. Đặc điểm các tiền triệu

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n = 30)
Đau nhức, đau như điện giật	26	86,7
Rát bỏng	23	76,7
Phù nề	14	46,7
Ngứa	12	40,0
Dát đỏ trên da	20	66,7
Các triệu chứng khác	3	10

Nhận xét: Các triệu chứng đau nhức, đau như điện giật (86,7%), bỏng rát (76,7%), dát đỏ trên da (66,7%) gặp ở đa số bệnh nhân..

Bảng 3. Vị trí tổn thương

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n = 30)
Một bên cơ thể	30	100
Đầu mặt	12	40
Cổ-gáy	4	13,3
Tai (hạch gổ)	6	20,0
Ngực-vai	3	10,0
Liên sườn	7	23,3
Chi trên	2	6,7
Thắt lưng hông, sinh dục, chi dưới	3	10
Nhiều vị trí	9	30

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều có tổn thương ở một bên cơ thể, vị trí hay gặp là đầu mặt, tai, liên sườn.

Bảng 4. Đánh giá mức độ đau bằng dụng cụ trực quan tương ứng (VAS)

Mức độ đau	Giai đoạn tiền triệu		Giai đoạn toàn phát		Giai đoạn sau zona	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhẹ	2	6,6	0	0	1	4,8
Vừa	14	46,7	7	23,3	7	33,3
Nặng và rất nặng	14	46,7	23	76,7	13	61,9
Tổng	30	100	30	100	21	100
VAS trung bình	6,1 ± 1,69		8,14 ± 1,69		6,33 ± 1,41	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có mức độ đau vừa và nặng, tương ứng với điểm trực quan tương ứng (VAS) từ 4 điểm chiếm trên 90%.

Bảng 5. Đánh giá đau theo thang điểm đau xuất xứ thần kinh (LANSS)

Triệu chứng đau	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n = 30)
Cảm giác kim châm, kiến bò	29	96,6
Đau kèm biến đổi màu sắc da	24	80,0
Đau làm thay đổi cảm nhận của da khi sờ vào	25	83,3
Đau đột ngột (dao đâm, điện giật, bỏng buốt)	26	86,6
Đau rát như phải bỏng	23	76,6
Loạn cảm đau	21	70,0
Tăng cảm giác đau	24	80,0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đều có đầy đủ các tính chất đau đánh giá theo thang điểm đau xuất xứ thần kinh (LANSS), tỷ lệ cao nhất là cảm giác kim châm, kiến bò (96,6%), đau đột ngột (86,6%).

Bảng 6. Điểm đau xuất xứ thần kinh theo (LANSS)

Điểm đau xuất xứ thần kinh (LANSS)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dưới 12 điểm	6	20,0
12-15	2	6,6
16-20	4	13,4
21-24	18	60
Tổng	30	100

Nhận xét: Trên 80% bệnh nhân có điểm đau xuất xứ thần kinh (LANSS) từ 12 điểm trở lên, khoảng 60% bệnh nhân có tính chất điển hình (điểm từ 21 trở lên)

Bảng 7. Đánh giá đau theo thang điểm đau xuất xứ thần kinh bộ 4 câu hỏi (DN4)

Triệu chứng đau	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n= 30)
Bỏng buốt	27	90,0
Tê cóng	12	40,0
Điện giật	27	90,0
Kiến bò	27	90,0
Châm chích	29	96,7
Tê buồn	24	80,0
Ngứa	12	40,0
Giảm cảm giác sờ	15	50,0
Giảm cảm giác đau	6	20,0
Quệt nhẹ đau tái diễn hoặc nặng lên	3	10,0

Nhận xét: Trên 80% bệnh nhân có tính chất đau điện giật, châm chích, kiến bò, tê buồn, bỏng buốt và tăng cảm giác đau.

Bảng 8. Điểm đau xuất xứ thần kinh theo bộ 4 câu hỏi (DN4)

Điểm bộ 4 câu hỏi (DN4)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dưới 4	1	3,3
4 đến dưới 6	9	30,0
6-8	15	50,0
Trên 8	5	16,7
Tổng	30	100

Nhận xét: Trên 90% bệnh nhân có điểm bộ 4 câu hỏi (DN4) từ 4 trở lên

IV. BÀN LUẬN

Zona là một bệnh gặp ở mọi lứa tuổi. Trong số 30 bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi từ 34 đến 86, tuổi trung bình là $65,21 \pm 16,57$. Tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm trên 50 tuổi chiếm chủ yếu với tỷ lệ 93,4%. Nhóm trên 50 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nhóm dưới 50 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Một số nghiên cứu trong nước cũng cho kết quả này tương tự. Nghiên cứu của Trần Văn Tiến, Vũ Huy Lượng cũng gặp với tỷ lệ bệnh nhân cao nhất ở nhóm trên 50 tuổi [1]. Ở người già giảm sức đề kháng và thường kèm theo mắc một số bệnh mạn tính đồng diễn, miễn dịch đối với virus Herpes Zoster giảm dần, đến khi không đủ để ức chế siêu vi, vì vậy người lớn tuổi nguy cơ mắc cao hơn nhóm trẻ tuổi [2].

Thời gian tiền triệu trong nghiên cứu của chúng tôi từ 1 ngày đến 15 ngày, thời gian trung bình là $4,01 \pm 2,61$, trong đó thời gian dưới ba ngày chiếm 46,7%. Tỷ lệ trên 6 ngày không nhiều với 6 bệnh nhân chiếm 20,0 %. Thời gian tiền triệu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của các tác giả khác như Bùi Thị Vân (2,47 ngày) [3], Nguyễn Thị Hòa (2,2 ngày) [4]. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian tiền triệu kéo dài, có thể đó cũng là nguyên

nhân bệnh nhân vào khoa Thần kinh chủ yếu là đau sau zona.

Triệu chứng tiền triệu của bệnh zona gặp chủ yếu là đau nhức, ngoài ra có thể có dát đỏ trên da, phù nề và ngứa. Qua hỏi bệnh trong tiền sử, thấy gần 100% bệnh nhân đều có biểu hiện đau, trong đó đau nhức, đau như điện giật có 26 bệnh nhân chiếm 86,7% ; đau rát bỏng có 23 bệnh nhân chiếm 76,7%. Các triệu chứng khác gặp với tỷ lệ ít hơn , trong đó 20 bệnh nhân (66,7%) có dát đỏ trên da, 14 bệnh nhân (46,7%) có phù nề, 12 bệnh nhân (40%) có cảm giác ngứa trên vùng da trước khi có tổn thương mụn nước. Các triệu chứng này là do virus Herpes Zoster đang ở trạng thái tiềm tàng trở lại trạng thái hoạt động, nhân lên làm hạch rễ sau của đoạn thần kinh bị viêm cấp lan truyền theo dây thần kinh ra ngoài gây viêm lan tỏa, xung huyết, phù nề, hoại tử làm tổn thương một khoanh đoạn thần kinh và gây tổn thương một khoanh da, niêm mạc, lúc này trên da có biểu hiện rõ tổn thương zona và chỉ ở một bên cơ thể. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như Nguyễn Lan Anh với 76% bệnh nhân có tiền triệu trong đó 70% có triệu chứng đau nhức, đau như điện giật [5]. Theo Đặng Văn Em và cộng sự, 100% bệnh nhân có tiền triệu với các triệu chứng đau rát, đau như điện giật và

ngứa vùng sắp mọc tổn thương [6]. Như vậy, giai đoạn tiền triệu hầu hết các bệnh nhân đều có triệu chứng đau nhức, đau như điện giật và đau rát ở một bên cơ thể.

Bệnh zona sau khi bong tổn thương vẫn còn để lại nhiều biến chứng khác nhau. Biến chứng hay gặp nhất là để lại dấu tích trên da và đau. Trong nghiên cứu của chúng tôi sau khi tổn thương mụn nước đã khỏi, có 21 bệnh nhân có triệu chứng đau kéo dài sau zona chiếm 70% và hầu hết các bệnh nhân đều để lại dấu tích trên da, trong đó thay đổi màu sắc da 21 bệnh nhân chiếm 70%, để lại sẹo là 5 bệnh nhân chiếm 16,7%. Ngoài ra, chúng tôi còn gặp các biến chứng khác như liệt mặt ngoại vi (23,3%), viêm màng não (3,3%) khi có tổn thương vùng đầu mặt, tai. Những trường hợp này đã được xét nghiệm dịch não - tủy thấy tăng nhẹ tế bào và protein. Đó là những biến chứng khiến bệnh nhân phải nhập viện.

Đau là triệu chứng gây cho bệnh nhân sự khó chịu rất nhiều nên thường là lý do chính bệnh nhân đến khám và nhập viện ở tất cả các giai đoạn. Để đánh giá mức độ đau, nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng thang điểm trực quan tương ứng (VAS: Visual Analogue Scale). Mức độ đau ở các giai đoạn chủ yếu gặp ở mức đau vừa và nặng. Giai đoạn toàn phát chủ yếu gặp ở mức độ đau nặng có 23 bệnh nhân (76,7%), không có mức độ đau nhẹ. Giai đoạn tiền triệu, đau gặp ở cả ba mức độ nhưng mức độ đau nhẹ rất ít, chỉ có 2 bệnh nhân chiếm 6,6%. Giai đoạn sau zona, mức độ đau nặng vẫn gặp nhiều 19 bệnh nhân (63,4%). Đau giai đoạn cấp tính là do sự tổn thương các mô tế bào thần kinh như là một kết quả của sự sao chép

virus và đáp ứng miễn dịch. Như vậy, chúng ta thấy rằng ở giai đoạn toàn phát, đau gặp đa số ở mức độ đau nặng chủ yếu ở nhóm tuổi trên 50, vì vậy việc điều trị tích cực giai đoạn toàn phát để làm giảm các triệu chứng đau, mức độ đau và giảm thời gian đau kéo dài là rất quan trọng, là thách thức đối các bác sĩ lâm sàng.

Để đánh giá tính chất đau trong bệnh zona, chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá tính chất đau (LANSS: The Leads Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) và thang điểm bộ 4 câu hỏi (DN4: Douleur neuropathique en 4 questions) để phát hiện triệu chứng đau có xuất xứ thần kinh (nhằm phân biệt với các đau thực thể khác). Thang điểm LANSS được đánh giá dựa trên phân tích sự miêu tả năm triệu chứng cảm giác và hai thăm khám phát hiện rối loạn cảm giác. Bảng 5 cho thấy các triệu chứng của LANSS xuất hiện ở hầu hết các bệnh nhân và chiếm tỷ lệ cao từ khoảng trên 70% đến trên 90%. Bảng 6 cho thấy các bệnh nhân chủ yếu điểm trên hoặc bằng 12 với LANSS, có 24 bệnh nhân chiếm 80,0%, trong đó điểm từ 21 đến 24 là chủ yếu có 18 bệnh nhân chiếm 60,0%. Điều đó chứng tỏ các bệnh nhân đau trong zona là đau do tổn thương dây thần kinh ngoại vi phù hợp với nhận xét của các tác giả nước ngoài [7],[8]. Thang điểm DN4 được đánh giá dựa vào hai câu hỏi về đau có 7 mục và 2 trắc nghiệm đa có ba mục. Qua bảng cho thấy các bệnh nhân có điểm trên hoặc bằng 4 với DN4 chiếm chủ yếu, có 29 bệnh nhân chiếm 97,3%, trong đó điểm từ 6 có 20 bệnh nhân, chiếm 66,7%. Cũng như LANSS, chứng tỏ các bệnh nhân đau trong zona là đau xuất xứ thần kinh. Đa

số bệnh nhân đều có đầy đủ các tính chất đau đánh giá theo thang điểm đau xuất xứ thần kinh (LANSS), tỷ lệ cao nhất là cảm giác kim châm, kiến bò (96,6%), đau đột ngột (86,6%). Còn tính chất đánh giá theo bộ bốn câu hỏi DN4 (bảng 7) bao gồm: đau như bỏng buốt (90,0%), tê cứng (40,0%), điện giật (90,0%), kiến bò (90,0%), châm chích (96,7), tê buồn (80,0%), giảm cảm giác sờ (50,0%), ngứa (40,0%), giảm cảm giác đau (20,0%) và chậm nhẹ đau tái diễn hoặc nặng lên (10,0%).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân zona điều trị tại khoa Thần kinh Bệnh viện Thanh Nhàn từ 01 /2020 đến 10 /2020, chúng tôi rút ra một số kết luận: Bệnh gặp nhiều ở người lớn tuổi, triệu chứng sớm của bệnh là đau nhức, đau như điện giật và đau bỏng rát tại khu vực sẽ hình thành dát đỏ, tổn thương này nhanh chóng chuyển thành phỏng nước, sau khi tổn thương lành hầu hết các bệnh nhân có thay đổi sắc tố da.

Đau là biểu hiện đặc thù cả trong giai đoạn phát triển của zona và sau khi đã liền sẹo. Đau ở mức độ vừa và nặng tính theo thang điểm trực quan tương ứng (VAS) chiếm tới trên 90%. Các đặc trưng như đau kiểu châm chích, đau như điện giật, đau rát bỏng, cảm giác kiến bò, loạn cảm đau, tăng cảm giác đau xuất hiện ở 70,0% đến 96,6% bệnh nhân.

Đánh giá tính chất đau theo thang điểm bộ 4 câu hỏi (DN4) có tới 96,7% bệnh nhân đạt điểm trên hoặc bằng 4, và đánh giá theo thang đau xuất xứ thần kinh (LANSS) có tới 80,0% bệnh nhân có điểm trên hoặc bằng 12.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Tiến, Vũ Huy Lượng (2011).** Nghiên cứu tình hình, đặc điểm lâm sàng của bệnh zona tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 1/2008 đến 12/2011. Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 6- số 2/2012, 26-29.
2. **Schmader KE, Oxman MN (2012).** Varicella and Herpes Zoster. Fitzpatrick's dermatology in general medicine, eighth edition, Mc Graw – Hill medical publishing division, 2383-2402
3. **Bùi Thị Vân (2012).** Nghiên cứu một số yếu tố liên quan trong bệnh zona. Tạp chí Y học Việt Nam, 421, 58-62.
4. **Nguyễn Thị Hòa (2015).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị của bệnh zona điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Lan Anh (2011).** Nghiên cứu tình hình, đặc điểm lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị bệnh zona bằng kem lô hội AL-4 kết hợp acyclovir, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
6. **Đặng Văn Em, Ngô Xuân Nguyệt (2005).** Nghiên cứu một số tình hình và đặc điểm lâm sàng bệnh zona điều trị nội trú tại Khoa Da liễu Bệnh viện Trung ương quân đội 108. Tạp chí Y học thực hành, 3, tr. 27-29.
7. **Babamahmoodi F, Alikhani A, Ahangarkani F, et al. (2015).** Clinical manifestations of herpes zoster, its comorbidities, and its complications in north of Iran from 2007 to 2013. Neurology research international, 2015 (896098), 1852 – 2090.
8. **Ultsch B, Köster I, Reinhold T, et al. (2012).** Epidemiology and cost of herpes zoster and postherpetic neuralgia in Germany. Eur J Health Econ, 345-350.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THUỐC CHỐNG ĐÔNG KHÁNG VITAMIN K TRÊN BỆNH NHÂN RUNG NHĨ KHÔNG DO BỆNH VAN TIM TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Lê Thị Thắm*, Nguyễn Thị Hoàng Thu*, Lê Hồng Phúc*,
Khúc Mạnh Tùng*, Nguyễn Thị Thùy Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đáp ứng điều trị và tác dụng phụ của thuốc chống đông kháng vitamin K trên bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Phương Pháp:** Thiết kế nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc. **Kết quả nghiên cứu:** 50 bệnh nhân nghiên cứu tại bệnh viện Thanh Nhàn có đặc điểm nhân khẩu học 52% nam, 48% nữ; Tuổi trung bình $70,4 \pm 9,6$ năm, tuổi thấp nhất 52, cao nhất 86 tuổi, bệnh nhân tuổi >70 chiếm tỷ lệ cao nhất (50%). 72% bệnh nhân có triệu chứng báo hiệu cơn rung nhĩ, hội hợp đánh trống ngực là triệu chứng hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 28%. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim chiếm tỷ lệ (68%). Tỷ lệ đạt liều điều trị chống đông theo nguyên lý Rosendaal là 30 %. 8 % bệnh nhân xuất hiện biến cố chảy máu, tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ dung thuốc và tuân thủ chế độ ăn lần lượt là 46% và 34%. Tỷ lệ bệnh nhân đạt liều chống đông cao hơn ở nhóm tuân thủ dung thuốc và nhóm tuân thủ chế độ ăn với tỷ lệ lần lượt là 56,5% và 52,9% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ đạt liều chống đông khi sử dụng thuốc kháng vitamin K trong nghiên cứu là 30 %.

Có mối liên quan giữa việc tuân thủ chế độ dùng thuốc, chế độ ăn với tỷ lệ đạt liều thuốc chống đông.

Từ khóa: thuốc chống đông kháng vitamin K, Rung nhĩ.

SUMMARY

VITAMIN K ANTAGONISTS FOR STROKE PROPHYLAXIS ON PATIENTS WITHOUT VALVULAR HEART DISEASES IN THANH NHAN HOSPITAL

Introduction: Vitamin K antagonists are used for stroke prophylaxis in atrial fibrillation on a regular basis. We evaluated the proportion using vitamin K antagonists achieving target dose on patients without valvular heart diseases in Thanh Nhan Hospital. **Methods:** descriptive, cross sectional study. **Results:** This study included 50 patients with 52% male, mean age $70,4 \pm 9,6$, from 52 to 86, which were over 70 years-old in 50 percent. Symptoms of atrial fibrillation were observed in 72% of all the patients, palpitation was the most popular symptoms with 28%. Hypertension was the highest risk factor with 68%. 30 percent achieving vitamin K antagonist target dose according to Rosendaal principle. The proportion of patients following medication and diet of doctor advises were 46% and 34%, respectively. The rate of patients achieving target dose were significantly higher in the following right medication and diet compared to the other group (56,5% versus 52,9%, $p < 0,05$). Bleeding

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thắm

Email: letham8615@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2022

Ngày duyệt bài: 29/6/2022

events were observed in 8% of all patients.

Conclusion: The proportion achieving target dose using vitamin K antagonists were 30 percent. There was relationship between maintaining target dose and medication and diet obedience.

Keywords: vitamin K antagonists, atrial fibrillation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ là dạng rối loạn nhịp thường gặp nhất trong thực hành lâm sàng, với tỷ lệ 0,5 – 1% trong dân số nói chung nhưng tỷ lệ tăng gấp 10 lần ở nhóm trên 65 tuổi¹.

Rung nhĩ là một yếu tố nguy cơ độc lập với đột quỵ. Tần suất bị đột quỵ do thiếu máu não ở các bệnh nhân có rung nhĩ không do bệnh van tim cao gấp 5 -7 lần so với các bệnh nhân không có rung nhĩ, và nguy cơ tăng cao đáng kể theo tuổi tác của bệnh nhân². Rung nhĩ kịch phát và rung nhĩ mãn tính đều có tạo ra nguy cơ huyết khối thuyên tắc mạch như nhau. Do đó điều trị thuốc kháng đông là rất cần thiết ở các bệnh nhân có rung nhĩ để giảm thiểu nguy cơ bị đột quỵ do thuyên tắc và tăng cường chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim.

Trước khi xuất hiện các thuốc chống đông đường uống ức chế trực tiếp thrombin và Xa, thuốc kháng vitamin K (KVK) được xem là liệu pháp chuẩn để phòng ngừa đột quỵ ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim có nguy cơ đột quỵ cao³. Khi dùng thuốc KVK, cần duy trì xét nghiệm INR

(International Normalized Ratio) của bệnh nhân trong khoảng trị liệu từ 2,0 đến 3,0 để vừa phòng ngừa hữu hiệu đột quỵ vừa giảm thiểu nguy cơ chảy máu của bệnh nhân⁴. Việc chỉnh liều thuốc chống đông kháng vitamin K trên bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim là rất khó khăn và phụ thuộc và rất nhiều yếu tố khách quan.

Tại bệnh viện Thanh Nhàn, số lượng bệnh nhân đang điều trị và theo dõi Rung nhĩ là khá lớn. Trong đó bệnh nhân được sử dụng thuốc chống đông nhóm kháng vitamin K chiếm tỷ lệ cao. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *“Đánh giá kết quả điều trị thuốc chống đông kháng vitamin K trên bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim tại bệnh viện Thanh Nhàn”*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán Rung nhĩ không do bệnh lý van tim được điều trị tại khoa Tĩnh Mạch Bệnh viện Thanh Nhàn và được theo dõi tại Phòng Khám Tim Mạch bệnh viện Thanh Nhàn trong khoảng thời gian từ 1/2020 đến tháng 9/2020.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, những bệnh nhân đang điều trị nội trú và bệnh nhân mới đến khám tại phòng khám nếu có đủ tiêu chuẩn sẽ được lấy vào nghiên cứu⁵.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:**Bảng 1: Đặc điểm về tuổi, giới**

Đặc điểm		n	%
Giới	Nam	26	52
	Nữ	24	48
Tuổi	50 - 60	10	20
	61 - 70	15	30
	>70	25	50

Nhận xét: Trong nghiên cứu tỷ lệ nam nữ là tương đương nhau với nam: 52%, nữ: 48%. Độ tuổi trên 70 chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm nghiên cứu là 50 %.

Bảng 2: Hoàn cảnh phát hiện bệnh

Hoàn cảnh phát hiện bệnh	n	%
Có triệu chứng báo hiệu	36	72
Không có triệu chứng báo hiệu	14	28

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng khởi phát chiếm tỷ lệ cao (72%) trong khi tỷ lệ bệnh nhân không có triệu chứng báo hiệu chỉ đạt (28%) thấp hơn nhiều.

Bảng 3: Nguyên nhân của rung nhĩ

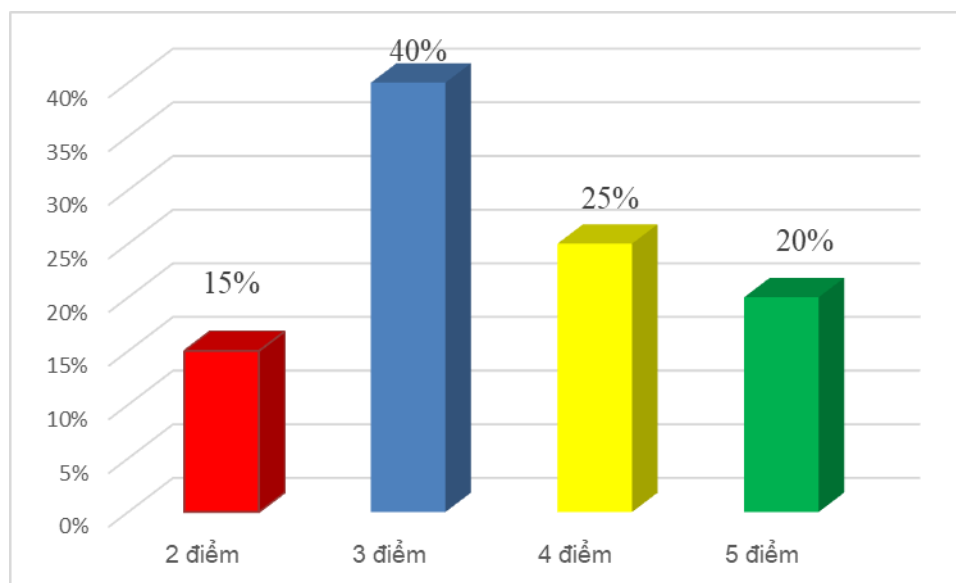
Các yếu tố nguy cơ	n	%
Suy tim	32	64
Bệnh lý động mạch vành	3	6
Cường giáp	0	0
Tăng huyết áp	34	68

Nhận xét: Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim chiếm tỷ lệ (68%), cường giáp là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 4: Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

Triệu chứng	n	%
Hội hộp trống ngực	14	28
Khó thở	15	30
Đau ngực	7	14
Không có triệu chứng	14	28
Tổng	50	100%

Nhận xét: Bệnh nhân có triệu chứng khởi phát là hội hộp trống ngực và khó thở là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là (28%), (30%), có (28%) bệnh nhân không có triệu chứng khởi phát được phát hiện rung nhĩ.

**Biểu đồ 1: Tỷ lệ điểm CHA2DS2 – VASc**

Nhận xét: Bệnh nhân có điểm CHA2DS2-VASc 3 điểm chiếm tỷ lệ (40%), bệnh nhân có số điểm CHA2DS2-VASc 2 điểm chiếm tỷ lệ ít nhất là (15%).

Bảng 5: Tình trạng suy tim

	n	%
Suy tim EF < 40%	5	10
Suy tim EF 40 – 49%	5	10
Suy tim EF ≥ 50%	22	44
Không có suy tim	18	36

Nhận xét: bệnh nhân rung nhĩ có tỷ lệ suy tim có phân suất tống máu bảo tồn chiếm tỷ lệ cao nhất (44%), có (36%) bệnh nhân không có biểu hiện suy tim, (10%) bệnh nhân chuyển sang suy tim phân suất tống máu giảm nhiều.

Bảng 6: Tỷ lệ đạt liều chống đông vào thời điểm tháng thứ 1, 3, 6, 9.

	T1	T3	T6	T9
Chưa đạt liều	29 (58%)	22 (44%)	29 (58%)	23 (46%)
Đạt liều	19 (38%)	22 (44%)	19 (38%)	17 (34%)
Quá liều	2 (4%)	6 (16%)	2 (4%)	10 (20%)

Nhận xét: bệnh nhân đạt liều chống đông chiếm tỷ lệ thấp trong 9 tháng theo dõi chống đông, phần lớn bệnh nhân chưa đạt liều chống đông, tỷ lệ bệnh nhân quá liều chống đông chiếm tỷ lệ thấp cao nhất 20% vào tháng thứ 9.

Bảng 7: Tỷ lệ đạt liều điều trị chống đông theo nguyên lý Rosendaal

	n	%
Đạt liều	15	30
Không đạt liều	35	70

Nhận xét: bệnh nhân đạt liều chống đông kháng vitamin K trên bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim đạt tỷ lệ thấp chiếm khoảng (30%), có đến (70%) bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh lý van tim không đạt liều chống đông khi sử dụng thuốc kháng vitamin K.

Bảng 8: Tác dụng phụ không mong muốn

Tác dụng phụ không mong muốn	T1	T3	T6	T9
Xuất huyết sọ não	0	0	0	0
Chảy máu ngoài da	0	1	1	0
Chảy máu mô mềm	0	2	0	0
Di ứng	0	0	0	0

Nhận xét: gặp chảy máu ngoài da 2 trường hợp trong đó 1 trường hợp gặp ở tháng thứ 3, một trường hợp gặp ở tháng thứ 6. Chảy máu mô mềm gặp 2 trường hợp đều vào tháng thứ 3 sau khi sử dụng thuốc.

Bảng 9: Đặc điểm về chế độ ăn và chế độ dùng thuốc.

Đặc điểm		n	%
Chế độ ăn	Tuân thủ	27	54
	Không tuân thủ	23	46
Chế độ dùng thuốc	Tuân thủ	33	66
	Không tuân thủ	17	34

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn và tuân thủ dùng thuốc lần lượt là 54% và 66%.

Bảng 10: Mối liên quan giữa tỷ lệ đạt liều chống đông với giới

	Không đạt liều	Đạt liều	p
Nam	14 (53.8%)	12 (46.2%)	0,009
Nữ	21 (87.5%)	3 (12.5%)	

Nhận xét: Tỷ lệ nữ không đạt liều cao hơn ở nam giới tương ứng (87.5%) so với (53.8%) với $p < 0.05$.

Bảng 11: Mối liên quan giữa tỷ lệ đạt liều chống đông với tuân thủ chế độ ăn, chế độ dùng thuốc

	Không đạt liều	Đạt liều	p
Tuân thủ dùng thuốc	10 (43,5%)	13 (56,5%)	0,005
Không tuân thủ dùng thuốc	25 (92,6%)	2 (7,4%)	
Tuân thủ chế độ ăn	8 (47,1%)	9 (52,9 %)	0,001
Không tuân thủ chế độ ăn	27 (81,8%)	6 (18,2%)	

Nhận xét: tỷ lệ đạt liều chống đông ở nhóm tuân thủ dùng thuốc và nhóm tuân thủ chế độ ăn cao hơn sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu có 105 bệnh nhân (BN) đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, nhưng trong quá trình nghiên cứu chỉ còn 50 BN tiếp tục sử dụng thuốc kháng vitamin K. Trong nghiên cứu này tuổi trung bình 70.4 ± 9.6 năm, tuổi thấp nhất 52, cao nhất 86 tuổi. Bệnh nhân tuổi >70 chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), độ tuổi bệnh nhân gặp rung nhĩ lớn hơn 51, những độ tuổi thấp hơn có tỷ lệ bệnh nhân rất ít. Trong số 50 bệnh nhân, tỷ lệ mắc bệnh của nam giới là (52%) của nữ giới (48%). Tỷ lệ bệnh nhân nữ và bệnh nhân nam gần như tương đương nhau. Phân bố tuổi và giới trong nghiên cứu có kết quả tương tự như nghiên cứu của tác giả Hồ Huỳnh Quang Trí có tỷ lệ nam giới là (41.9%) và nữ giới là (58.1%), khá tương đồng với kết quả nghiên cứu. Về triệu chứng khởi phát tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng khởi phát chiếm tỷ lệ cao (72%) trong khi tỷ lệ bệnh nhân không có triệu chứng báo hiệu là (28%) thấp hơn rất nhiều so với nhóm có triệu chứng. Phần lớn bệnh nhân tới bệnh viện khi có triệu chứng lâm sàng như hồi hộp trống ngực, khó thở, đau tức vùng ngực và khi được làm điện tim bệnh nhân phát hiện bệnh rung nhĩ. Bệnh nhân có triệu chứng khởi phát là hồi hộp trống ngực và khó thở là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 28%, 30%, đây là triệu chứng khởi phát hay gặp nhất ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh lý van tim. Đau ngực là triệu chứng khởi phát bệnh ít gặp nhất. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng phát hiện đến 28% số bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng gì báo trước. Họ được đi khám định kỳ và phát hiện ra bệnh lý rung nhĩ của bản thân.

Các biểu hiện như chóng mặt hoặc tắc mạch chi cấp tính chưa được phát hiện trong nghiên cứu lần này. Có thể do nghiên cứu này có thời gian tương đối ngắn, số bệnh nhân qua sát được chưa đủ lớn để phát hiện nhưng triệu chứng khởi phát này. Bệnh nhân

rung nhĩ thường được phát hiện khi đã có từ 1 đến 2 yếu tố nguy cơ. Trong đó THA là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất. ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim, yếu tố nguy cơ này chiếm tỷ lệ (68%), suy tim chiếm tỉ lệ thứ hai (64%), cường giáp là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ thấp nhất. Đối chiếu với đề tài nghiên cứu của tác giả Hồ Huỳnh Quang Trí nhóm nghiên cứu thấy rằng bệnh THA là yếu tố nguy cơ cao nhất dẫn đến bệnh rung nhĩ.

Phân tích kết quả TTR nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân đạt liều chống đông kháng vitamin K trên bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim đạt tỷ lệ thấp chiếm 30%, có đến 70% bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh lý van tim không đạt liều chống đông khi sử dụng thuốc kháng vitamin K. Giá trị trung bình của chỉ số TTR là (45,2%). Theo nghiên cứu của Agata Hanna Bryk và cộng sự khi nghiên cứu trên 320 bệnh nhân rung nhĩ trong đó có 203 bệnh nhân sử dụng Aenocoumarol, 117 bệnh nhân được sử dụng Warfarin tỷ lệ bệnh nhân có TTR đạt hiệu quả chống đông của 2 nhóm lần lượt là 33 % và 44%, kết quả nghiên cứu này tương tự với kết quả của chúng tôi. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng thuốc chống đông nhóm kháng Vitamin K có hiệu quả chống đông không cao⁶. Còn theo nghiên cứu trong PC (SIDIAP), tiến hành nghiên cứu trên 60.978 bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim được điều trị kháng đông kháng Vitamin K từ 287 trung tâm vào năm 2018 trong đó 41.430 (93%) bệnh nhân đang được điều trị bằng Acenocoumarol và 7% với warfarin. Kết quả cho thấy tỷ lệ đạt liều của 2 nhóm lần lượt là 61,1% và 61,6 %. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng kiểm soát đông máu kém liên quan đến một số yếu tố như: nghiện rượu, suy gan, xuất huyết nội sọ, nữ giới, tuổi, tiền sử tim mạch, đái tháo đường...⁷ Do đó có thể giải thích kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn là

do sự khác biệt về tuổi, giới, chủng tộc và trình độ nhận thức của 2 nhóm nghiên cứu.

Phân tích về tác dụng phụ của thuốc kết quả cho thấy: chảy máu ngoài da có 2 trường hợp trong đó 1 trường hợp gặp ở tháng thứ 3, một trường hợp gặp ở tháng thứ 6. Chảy máu mô mềm gặp 2 trường hợp đều vào tháng thứ 3 sau khi sử dụng thuốc. Tỷ lệ biến cố chảy máu trong thời gian nghiên cứu là 8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu Georgia Kourlaba và cộng sự khi nghiên cứu trên 48225 bệnh nhân rung nhĩ trong đó 12,633 (26,2%) bệnh nhân được điều trị Acenocoumarol kết quả cho thấy có 5,1 % bệnh nhân có biến cố xuất huyết và 1,7 % bệnh nhân có biến cố xuất huyết nặng cần nhập viện⁸.

Bệnh nhân tuân thủ chế độ dùng thuốc và chế độ ăn lần lượt là 46% và 34%. Có kết quả như vậy là do phần lớn bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim là bệnh nhân đã có lớn tuổi, có nhận thức hạn chế, một số bệnh nhân không có người chăm sóc. Ngoài ra bệnh nhân rung nhĩ không có bệnh lý van tim thường có thêm rất nhiều bệnh lý mạn tính kèm theo, số lượng thuốc họ phải uống quá nhiều dẫn đến có một phần tỷ lệ bệnh nhân quên uống thuốc hoặc uống sai thời điểm. Khi bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn và chế độ dùng thuốc thì tỷ lệ đạt liều thuốc chống đông cũng sẽ cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, phân tích kết quả thu được từ 50 bệnh nhân chẩn đoán rung nhĩ không do bệnh van tim được điều trị thuốc kháng vitamin K trong 9 tháng Tại khoa Tim Mạch và phòng khám khoa Khám bệnh Bệnh viện Thanh Nhàn, thời gian: Từ tháng 1/2020 đến tháng 9/2020 chúng tôi có quả tỷ lệ bệnh nhân đạt liều chống đông kháng vitamin K trên bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van

tim đạt tỷ lệ là 30%. Có 8 % bệnh nhân có biến cố xuất huyết trong thời gian nghiên cứu. Tỷ lệ nữ không đạt liều cao hơn ở nam giới tương ứng (87,5%) so với (53,8%) với $p < 0,05$. Bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn cũng như chế độ dùng thuốc có tỷ lệ đạt liều chống đông cao hơn sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Mạnh Hùng**. Lâm sàng tim mạch học. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2019.
2. **Levine GN**. Cardiology Secrets E-Book. Elsevier Health Sciences; 2017.
3. **You JJ, Singer DE, Howard PA, et al**. Antithrombotic therapy for atrial fibrillation: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2):e531S-e575S.
4. **January CT, Wann LS, Alpert JS, et al**. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. Journal of the American College of Cardiology. 2014;64(21):e1-e76.
5. **Lưu Ngọc Hoạt**. Nghiên cứu khoa học trong y khoa. 2014.
6. **Bryk AH, Plens K, Undas A**. Prediction of unstable anticoagulation with acenocoumarol versus warfarin in atrial fibrillation. Cardiol J. 2017;24(5):477-483.
7. **Dalmau Llorca MR, Aguilar Martín C, Carrasco-Querol N, et al**. Anticoagulation Control with Acenocoumarol or Warfarin in Non-Valvular Atrial Fibrillation in Primary Care (Fantas-TIC Study). International journal of environmental research and public health. 2021;18(11).
8. **Kourlaba G, Stefanou G, Tsalamandris S, et al**. Incidence and cost of bleeding events requiring hospitalization in patients with atrial fibrillation treated with acenocoumarol in Greece. Hellenic Journal of Cardiology. 2021;62(3):234-240.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đào Quang Minh*, Nguyễn Văn Phước*, Phạm Văn Biên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi cắt thực quản trong điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

Đối tượng và phương pháp: - Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán UTTQ ngực (1/3) giữa và (1/3) dưới được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt thực quản tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

Kết quả: Thời gian mổ trung bình thì ngực 120,3 phút ; thì bụng 110,7 phút ; thì cổ 103,0 phút và tổng thời gian mổ $334 \pm 17,4$ phút. Bệnh nhân trung tiện thường trong vòng 3 ngày sau mổ (50,7%). Thời gian hậu phẫu trung bình là $17 \pm 6,2$ ngày. Chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp rò miệng nối chiếm 7,2%

Kết luận: Phẫu thuật cắt thực quản nội soi có tính khả thi, an toàn và hiệu quả. Phẫu thuật đáp ứng được yêu cầu điều trị UTTQ về thời gian sống sau mổ.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF ENDOSCOPIC ESOPHAGECTOMY IN TREATMENT OF FEMALE ESOPHAGEAL CANCER AT THANH NHAN HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of endoscopic esophagectomy in the treatment of

esophageal cancer at Thanh Nhan Hospital.

Subjects and methods: - All patients diagnosed with thoracic (1/3) middle and (1/3) lower thoracic cancer were treated by endoscopic esophagectomy at Thanh Nhan Hospital.

Results: The average surgical time was 120.3 minutes; belly then 110.7 minutes; neck time 103.0 minutes and total surgery time 334 ± 17.4 minutes. Patients with bowel movements usually within 3 days after surgery (50.7%). The mean postoperative time was 17 ± 6.2 days. We recorded 2 cases of anastomosis, accounting for 7.2%.

Conclusion: Laparoscopic esophagectomy is feasible, safe and effective. Surgery meets the requirements for treatment of esophageal cancer in terms of survival time after surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là một bệnh không phải hiếm gặp. Trên thế giới có khoảng 400.000 bệnh nhân ung thư thực quản được chẩn đoán mỗi năm [1]. Tại Việt Nam, ung thư thực quản nằm trong số 10 loại ung thư thường gặp nhất ở nam giới, đứng hàng thứ 4 trong các ung thư đường tiêu hóa (GLOBOCAN 2012).

Ung thư biểu mô tế bào gai là dạng phổ biến nhất của ung thư thực quản trên toàn thế giới. Tuy nhiên ở một số quốc gia phát triển, ung thư biểu mô tuyến thực quản chiếm ưu thế [2]. Ung thư thực quản là một ung thư có tiên lượng xấu, dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị nhưng tỉ lệ sống 5 năm chỉ từ 15% đến 25% [3]. Trong các phương pháp điều

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Biên

SĐT: 0984921556

Email: phamvanbien1913@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/03/2022

Ngày phản biện khoa học: 01/06/2022

Ngày duyệt bài: 01/07/2022

trị, phẫu thuật cắt thực quản vẫn đóng vai trò chủ yếu, hóa xạ trị có vai trò hỗ trợ. Một số tác giả gần đây chú trọng đến điều trị hóa xạ trị trước mổ nhằm giúp làm tăng khả năng cắt được của phẫu thuật cũng như cải thiện tỉ lệ sống thêm của bệnh nhân [4]. Điều trị hỗ trợ sau mổ bằng hóa và/hoặc xạ trị vẫn chưa cho thấy được lợi ích rõ ràng. Theo hướng dẫn của Hội Thực quản Nhật [5], hóa xạ trị sau mổ nên được chỉ định cho những bệnh nhân có kết quả di căn hạch sau phẫu thuật hoặc những bệnh nhân có khả năng phẫu thuật không lấy hết được mô u. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho ung thư thực quản còn nhiều tranh luận trong y văn.

Trong vài thập kỷ trở lại đây, phẫu thuật mở điều trị UTTQ đã có nhiều tiến bộ với tỷ lệ tỷ vong và biến chứng sau mổ giảm rõ rệt nhưng vẫn là phẫu thuật nặng nề với 2-3 đường mổ (ngực-bụng, ngực-bụng-cổ). Từ những năm cuối thế kỷ 20 phẫu thuật nội soi (PTNS) đã được áp dụng để điều trị UTTQ với các phương pháp như mổ mở. Trong đó PTNS ngực bụng với miệng nối cổ là phương pháp thường được áp dụng nhất. Các kết quả sớm đều khẳng định PTNS có nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở: giảm đau, thẩm mỹ, giảm được biến chứng đặc biệt là biến chứng hô hấp. Tại Việt nam, cắt thực quản nội soi điều trị UTTQ với tư thế sấp nghiêng 30 độ được mô tả và áp dụng lần đầu tiên bởi Phạm Đức Huân tại bệnh viện Việt Đức và Nguyễn Minh Hải tại bệnh viện Chợ Rẫy với nghiên cứu cắt thực quản nội soi ngực bụng tư thế nằm nghiêng. Cả hai tác giả cùng báo cáo các kết quả đầu tiên tại Hội nghị Ngoại khoa Việt Nam năm 2004, 2006 [6]. Sau đó PTNS đã được áp dụng ở các cơ sở ngoại khoa khác: viện 108, bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Thanh Nhàn...

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán UTTQ ngực (1/3) giữa và (1/3) dưới được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt thực quản tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ ngày 1 tháng 1 năm 2018 đến hết ngày 1 tháng 1 năm 2022

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. Được tiến hành từ tháng 1/2020 đến nay.

Cỡ mẫu thuận tiện.

2.2.2. Chỉ định:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTTQ.
- Bệnh nhân được mổ cắt thực quản nội soi ngực và bụng tư thế sấp nghiêng 30 độ.
- Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ $\leq$ T3, chưa có di căn xa (hạch, tạng).
- Bệnh nhân phân loại ASA < 3
- Bệnh nhân có tuổi $\leq$ 75.
- PTNS thành công hoặc chuyển mổ mở vì các lý do khó khăn hoặc tai biến.
- Bệnh nhân chưa được hoặc được hóa chất và xạ trị tiền phẫu.

2.2.3. Quy trình phẫu thuật

Thì nội soi ngực:

- Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm sấp, nghiêng trái 30°. Trong thì ngực phổi phải của bệnh nhân được làm xẹp bằng ống nội khí quản 2 nòng (ống Carlène- chỉ thông khí phổi trái). Phẫu thuật viên và người phụ đứng bên phải bệnh nhân. Màn hình nội soi đặt ở phía đối diện.
- Vị trí và số lượng trocars: chúng tôi sử dụng 4 trocars, 3 trocars 10 mm, trong đó 1 đặt ở liên sườn 5 đường nách giữa để đặt camera, 1 ở liên sườn 9 đường nách sau và 1 ở liên sườn 4 đường nách giữa cho các dụng cụ mổ, 1 trocar 5mm ở khoang liên sườn 8 đường nách giữa.

- Kỹ thuật phẫu tích thực quản: đặt camera và dụng cụ phẫu thuật để thăm dò, đánh giá khả năng cắt u. Phẫu thuật bắt đầu bằng việc phẫu tích, thắt, clip và cắt đôi quai tĩnh mạch đơn và sau đó là động mạch phế quản phải để vào phẫu tích thực quản. Cắt dây chằng tam giác phổi phải, mở màng phổi trung thất bằng móc điện hoặc kéo theo 2 đường, đường phía sau dọc theo bờ trước tĩnh mạch đơn và đường phía trước dọc theo màng tim, phế quản phải và dọc theo khí quản. Hai đường rạch gặp nhau ở đỉnh lồng ngực và trên cơ hoành. Kỹ thuật bóc tách thực quản, phẫu tích và đặt clip các mạch máu của thực quản, vét hạch trung thất quanh thực quản và khối hạch dưới chỗ chia khí phế quản thành một khối được thực hiện với kỹ thuật nâng, đẩy thực quản để tạo trường mổ bằng 2 dụng cụ phẫu thuật đưa qua 2 trocars ở liên sườn 9 và 4, trong đó 1 dụng cụ (ống hút hoặc 1 kẹp phẫu thuật to khỏe) nâng, đẩy thực quản để tạo ra khoảng làm việc và 1 (kéo, móc điện, hoặc dao siêu âm, kẹp clip) để bóc tách thực quản và cầm máu. Các mạch máu của thực quản được phẫu tích và đặt clip trước khi cắt. Các hạch trung thất được lấy bỏ cùng với thực quản thành một khối, tránh kẹp trực tiếp vào hạch để tránh làm vỡ hạch gây di căn ung thư trong lồng ngực. Các hạch cần nạo vét bao gồm hạch trung thất giữa và dưới được giới hạn bởi đường viền đi từ ngã ba khí phế quản đến khe hoành, phía trước giới hạn bởi rốn phổi và màng ngoài tim, phía sau là động mạch chủ lên: hạch cạnh thực quản, hạch cạnh khe hoành, hạch ngã ba khí phế quản, hạch cạnh động mạch chủ, hạch rốn phổi hai bên. Chúng tôi cũng lấy thêm nhóm hạch ở dọc hai bên khí quản (nhóm hạch 106, 107, 108, 109, 110, 111 theo phân loại JSED). Lưu ý khi phẫu tích hạch dọc khí quản 2 bên đó là

tránh làm tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản. Bên phải dây thần kinh quặt ngược thanh quản xuất phát từ thần kinh 10 phải ngang mức động mạch dưới đòn, nên việc phẫu tích hạch bên phải khí quản không làm tổn thương thần kinh. Còn bên trái khí quản nhánh quặt ngược xuất phát từ thần kinh 10 trái ngang mức quai động mạch chủ chạy lên trên song song với khí quản, quá trình phẫu tích cần tránh tổn thương. Việc bóc tách thực quản từ trên xuống dưới hay từ dưới lên trên là tùy thuộc vị trí u và thường thực hiện từ phần thực quản lành đến phần thực quản có u. Sau khi bóc tách hết thực quản ngực, dẫn lưu màng phổi được đặt qua lỗ trocar liên sườn 5, nở phổi và khâu các lỗ đặt trocar thành ngực.

Thì nội soi bụng.

- Chúng tôi đặt 5 trocars.
 - + 1 trocar 10: cạnh rốn.
 - + 1 trocar 10: ở ngay dưới mũi ức, có tác dụng vén gan trong quá trình phẫu tích.
 - + 1 trocar 10: giao giữa đường kẻ ngang qua rốn và đường giữa đòn trái.
 - + 1 trocar 5: giao giữa đường kẻ ngang qua rốn và đường giữa đòn phải.
 - + 1 trocar 5: ở dưới bờ sườn trái, đường nách trước.
- Giải phóng bờ cong lớn dạ dày, chú ý bảo tồn nguyên vẹn cung mạch vị mạc nối dọc bờ cong lớn và bó mạch vị mạc nối phải: cắt dây chằng vị đại tràng vào hậu cung mạc nối. Bên trái, dây chằng vị đại tràng được mở dọc lên trên đến dây chằng vị lách. Tiếp tục cắt dây chằng vị lách, cắt các mạch máu vị ngắn tiến về phần cao của bờ cong lớn. Cắt các dây dính giữa dạ dày với cơ hoành và thành bụng phía sau, cắt bỏ phúc mạc chỗ khe thực quản (trụ hoành trái), nạo nhóm hạch 2. Bên phải, dây chằng vị đại tràng được mở đến gốc bó mạch vị mạc nối phải,

giải phóng hoàn toàn phần bờ cong lớn dạ dày.

- Mở dây chằng gan vị đến trụ hoành phải: từ cuống gan giải phóng dạ dày vùng bờ cong nhỏ (nạo hạch nhóm 1). Tiếp tục nạo nhóm hạch 8a, 12a, cắt bó mạch vị trái, nạo các nhóm hạch 7, 9, 11p. Khi bờ cong nhỏ dạ dày được giải phóng đến trụ hoành phải, tiếp tục mở phúc mạc thông với phía trái đã phẫu tích trước đó, nạo nhóm hạch 1. Tách rời hoàn toàn thực quản bụng khỏi khe hoành, cắt mở rộng khe hoành.

Thì cổ trái.

Đường rạch cổ chữ J bờ trước cơ ức đòn chũm trái. Sau khi cắt cơ vai móng, tĩnh mạch giáp giữa và động mạch giáp dưới đi vào khe giữa thùy trái tuyến giáp ở trong và bó mạch cảnh ở ngoài để phẫu tích bờ trái thực quản. Dùng tampon hoặc ngón tay tách vào khoang tế bào trước cột sống để phẫu tích mặt sau thực quản. Ở mặt trước, phẫu tích tách thực quản ra khỏi khí quản. Nhằm tránh làm tổn thương thần kinh quặt ngược cần xác định vị trí thần kinh quặt ngược, không nên đẩy thùy trái tuyến giáp bằng bàn tay động mà bằng ngón tay hoặc bằng tampon nhỏ. Phẫu tích sát bờ phải thực quản thực quản để tránh tổn thương thần kinh quặt ngược. Luồn một ống thông Nelaton nhỏ qua thực quản kéo lên để phẫu tích mặt sau thực quản lên trên và xuống dưới ngực. Cắt đôi thực quản cổ ngang mức bờ dưới tuyến giáp

đóng đầu dưới thực quản và kéo toàn bộ thực quản xuống bụng.

Tạo hình ống dạ dày.

Mở nhỏ 5 cm dưới mũi ức, tạo hình ống dạ dày bằng máy cắt thẳng LC 75mm, dùng ngón trỏ và ngón cái cầm và kéo căng vào đỉnh của phình vị để xác định giới hạn bờ cong nhỏ sẽ cắt bỏ. Phần cắt bỏ được xác định bởi đường nối giữa đỉnh của phình vị đi song song với bờ cong lớn cách 5cm tới bờ cong nhỏ cách môn vị khoảng 4cm, khâu tăng cường chỉ đơn sợi 4.0. Đưa ống dạ dày lên cổ qua trung thất sau và làm miếng nối thực quản ống dạ dày tận bên (tận-tận) một lớp vát chỉ đơn sợi 3.0.

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp
- Cận lâm sàng: Nội soi thực quản dạ dày ống mềm có sinh thiết, giải phẫu bệnh trước mổ qua sinh thiết nội soi, chụp CT ổ bụng, lồng ngực, xét nghiệm máu trước mổ....
- Kết quả điều trị: Kết quả sớm (thời gian mổ trung bình, thời gian trung tiện, đau sau mổ, biến chứng sớm, thời gian nằm viện sau mổ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

Tuổi	64,5 ± 12,7
Giới	Nữ: 20,33% Nam: 79,67%

Bảng 2: Ứng dụng PTNS điều trị ung thư thực quản

Thời gian phẫu thuật	Tổng thời gian mổ trung bình 334 ± 17,4 phút
Chuyển mổ mổ trong phẫu thuật	Chúng tôi không có trường hợp nào chuyển mổ mổ do tai biến mạch máu lớn hoặc tai biến khí phế quản.
Số hạch vét được	Bụng : 11.7; Trung thất: 13.2

Tai biến trong mổ: 2 BN đều là chảy máu chiếm 100 %, không có TH nào tổn thương khí phế quản

Bảng 3. Kết quả sớm

Thời gian trung tiện	Bệnh nhân trung tiện thường trong vòng 3 ngày sau mổ (50,7%).
Thời gian đau sau mổ	4,14 ± 0,83 ngày (1 - 7 ngày)
Biến chứng sớm	2 TH rò miệng nổi
Thời gian nằm viện sau mổ	17 ± 6,2 ngày

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 25 trường hợp UTTQ đoạn 1/3 giữa và 1/3 dưới được phẫu thuật nội soi cắt thực quản, chúng tôi rút ra một số kết luận sau.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Tuổi trung bình: 64,5 ± 12,7 tuổi, Giới: Nữ: 20,33%, Nam: 79,67%

- Vị trí u: 1/3 giữa 52,7%, 1/3 dưới 47,3%

Kết quả ứng dụng máy cắt nối trong phẫu thuật.

Thời gian mổ trung bình thì ngực 120,3 phút ; thì bụng 110,7 phút ; thì cổ 103,0 phút và tổng thời gian mổ 334 ± 17,4 phút. Bệnh nhân trung tiện thường trong vòng 3 ngày sau mổ (50,7%). Thời gian hậu phẫu trung bình là 17 ± 6,2 ngày. Chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp rò miệng nổi chiếm 7,2%

Phẫu thuật đảm bảo về mặt ung thư học.

Phẫu thuật đã đảm bảo tính an toàn: Tai biến trong mổ thấp, không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ.

Việc ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt thực quản đạt hiệu quả không chỉ an toàn về mặt ung thư học và ngoại khoa mà còn góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Việc ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt thực quản đạt hiệu quả không chỉ an toàn về mặt ung thư học và ngoại khoa mà còn góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Chấn Hùng, Phó Đức Mẫn, Cung Thị Tuyết Anh, et al. (1993). Dịch tễ học ung thư hiện nay tại thành phố Hồ Chí Minh và các tỉnh phía Nam Việt Nam. Y học thực hành, 11, 31 - 37.
2. Phạm Hoàng Anh (1993). Ung thư trên người Hà Nội. Hội ung thư Việt Nam - Bệnh viện K, Hà nội.
3. Trần Quốc Vân (2007). Ung thư thực quản. Ngoại khoa lâm sàng, 156 - 71.
4. Elton E (2005). Esophageal cancer. Dis Mon, 51(12), 664-84.
5. Tsurumaru M, Kajiyama Y, Udagawa H, et al. (2001). Outcomes of extended lymph node dissection for squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 7(6), 325-9.
6. Netter FH (2014). Netter's Atlas of Human Anatomy. 6.
7. Harisinghani M G (2013). Atlas of Lymph Node Anatomy.
8. Fujita H, Sueyoshi S, Tanaka T, et al. (2002). Three-field dissection for squamous cell carcinoma in the thoracic esophagus. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 8(6), 328-35.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP CÓ VÀ KHÔNG CÓ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG XẤU TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2022

Trần Quốc Khánh*, Nguyễn Thu Hường*, Lê Thị Liễu*,
Nguyễn Thị Thu Hằng*, Nguyễn Thị Thùy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm điều trị bệnh nhân VKDT có và không có yếu tố tiên lượng xấu tại bệnh viện Thanh Nhân năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang trên 69 bệnh nhân khám và điều trị tại khoa Bệnh nghề nghiệp - đơn nguyên cơ xương khớp và phòng khám cơ xương khớp tại bệnh viện Thanh Nhân từ 01/07/2021 đến 25/7/2022. **Kết quả nghiên cứu:** cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân VKDT tham gia nghiên cứu là $60,3 \pm 12,3$ (nhỏ nhất là 30 tuổi và lớn nhất là 90 tuổi), trong đó độ tuổi TB nhóm có yếu tố tiên lượng xấu (CYTTTLX) là $58,9 \pm 12,4$, còn ở nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu (KYTTTLX) là $63,9 \pm 11,6$. Và không có sự khác biệt về độ tuổi giữa hai nhóm đối tượng ($p > 0,05$). Hầu hết các bệnh nhân đều từ 45 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 92,7%, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 85,5%. Số bệnh nhân được chẩn đoán Viêm khớp dạng thấp có yếu tố tiên lượng xấu (CYTTTLX) là 72,5% và 27,5% bệnh nhân tham gia nghiên cứu KCYTTTLX các yếu tố tiên lượng xấu như: mức độ hoạt động bệnh cao

(hay thất bại với 2 hoặc nhiều thuốc csDMARDs) nồng độ RF hoặc anti CCP dương tính cao, thường được sử dụng nhất để quyết định điều trị trong bệnh VKDT có tỷ lệ lần lượt là 71,0%, 62,3%, 59,4%. Có 63,8% bệnh nhân dùng thuốc điều trị triệu chứng corticoid, trong đó tỷ lệ sử dụng Glucocorticoid của nhóm CYTTTLX sử dụng thuốc này là 70,5% (31/44) và nhóm KCYTTTLX con số này là 68,4% (13/19). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (0,009). Nhóm chống viêm không steroid chiếm tỷ lệ thấp với 36,2%.

Từ khóa: Bệnh VKDT, bệnh viện Thanh Nhân, yếu tố tiên lượng xấu

SUMMARY

COMMENTS CHARACTERISTICS OF LOW-RAID ARTISTIC PATIENTS WITH AND WITHOUT POOR PROTECTION FACTORS AT THANH NHAN HOSPITAL IN 2022

Purposes: Description of clinical, subclinical, and treatment characteristics of RA patients with and without bad prognostic factors at Thanh Nhan hospital in 2022. **Subjects and methods:** The study was conducted by descriptive method, cross-sectional design on 69 patients examined and treated at the Department of Occupational Diseases - musculoskeletal unit and musculoskeletal clinic at Thanh Nhan hospital from July 1st. 2021 to July 25, 2022. **Research results:** The study showed that the mean age of RA patients participating in the study was $60.3 \pm$

*Bệnh Viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Khánh

Điện thoại: 0356092066

Email: tranquockhanh3991@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/03/2022

Ngày phản biện khoa học: 01/06/2022

Ngày duyệt bài: 01/07/2022

12.3 years (the smallest was 30 years old and the largest was 90 years old), in which the age group had a poor prognosis (the age group had a poor prognosis). CYTTLX) was 58.9 ± 12.4 , while in the group without bad prognostic factors (KYTTLX) it was 63.9 ± 11.6 . And there is no difference in age between the two groups of subjects ($p > 0.05$). Most of the patients were 45 years old or older, accounting for 92.7%, female patients accounted for 85.5%. The number of patients diagnosed with Rheumatoid Arthritis with bad prognostic factors (CYTTLX) was 72.5% and 27.5% of patients participating in the study had poor prognostic factors such as: high disease activity level. (or failed with 2 or more csDMARDs) high positive RF or anti-CCP concentration, most often used to decide on treatment in RA with the rate of 71.0%, 62.3%, respectively, 59.4%. There were 63.8% of patients using corticosteroids for symptomatic treatment, in which the rate of Glucocorticoid use of the CYDCL group using this drug was 70.5% (31/44) and the AUC group using this figure was 68.4%. (13/19). This difference is statistically significant with $p < 0.05$ (0.009). The non-steroidal anti-inflammatory group accounted for a low rate with 36.2%.

Keywords: Rheumatoid arthritis, Thanh Nhan hospital, a bad prognostic factor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh tự miễn, đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính màng hoạt dịch nhiều khớp. VKDT một trong những bệnh khớp mạn tính thường gặp nhất tại Việt Nam và trên thế giới. Tỷ lệ mắc bệnh chiếm khoảng 1% dân số thế giới, 0,5-1% dân số ở các nước Châu Âu và 0,17-0,3% dân số ở các nước Châu Á. Tại Việt Nam, theo thống kê năm 2000, tỷ lệ mắc VKDT tại

miền Bắc Việt Nam chiếm 0,28% dân số. VKDT chủ yếu gặp ở nữ, độ tuổi trung niên. [1] [2]

Nguyên nhân gây bệnh VKDT chưa rõ ràng, tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho thấy rằng VKDT có cơ chế bệnh sinh là cơ chế tự miễn qua trung gian miễn dịch đồng thời có liên quan đến các yếu tố như tuổi, giới, yếu tố di truyền, tiền sử hút thuốc lá,...2. Bệnh có biểu hiện đa dạng: tại khớp và ngoài khớp với đặc điểm lâm sàng điển hình là viêm nhiều khớp nhỏ, nhỏ, có tính chất đối xứng hai bên, kèm theo cứng khớp buổi sáng, diễn biến mạn tính xen kẽ các đợt tiến triển [3]-[6]

Bệnh nhân (BN) mắc VKDT đặc biệt là BN có yếu tố tiên lượng xấu như: mức độ hoạt động bệnh cao, số lượng khớp tổn thương nhiều, chỉ số viêm CRP tăng, nồng độ RF hoặc anti CCP dương tính cao, có tổn thương bào mòn sớm hay thất bại với 2 hoặc nhiều thuốc chống thấp tác dụng chậm kinh điển (csDMARDs) nếu không được chẩn đoán đúng và điều trị thích hợp sẽ dẫn đến giảm khả năng vận động, mất khả năng lao động cuối cùng là di chứng tàn phế, giảm chất lượng cuộc sống thậm chí tử vong [7][8]

Hiện nay điều trị VKDT bao gồm 2 nhóm thuốc: các thuốc điều trị triệu chứng và các thuốc điều trị cơ bản phối hợp với nhau, trong đó thuốc điều trị cơ bản có vai trò quan trọng trong điều trị VKDT với nhiều phác đồ khác nhau phù hợp với từng cá thể như: phác đồ 1 thuốc csDMARD, 2 thuốc csDMARD, 3 thuốc csDMARD hay DMARD sinh học (bDMARDs). Đồng thời các yếu tố tiên lượng xấu như: mức độ hoạt động bệnh cao, nồng độ RF hoặc anti CCP dương tính cao,

hay thất bại với 2 hoặc nhiều thuốc csDMARDs thường được sử dụng nhất để quyết định điều trị trong bệnh VKDT. [9]

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới về các yếu tố tiên lượng xấu trong VKDT như: AGREE (2009), TEAR (2013), C-EARLY (2017), C-OPERA (2016), FUNCTION (2016), CareRA (2015) hay trong các khuyến cáo của ACR2021, EULAR 2019 tuy nhiên chưa có tác giả nào ở Việt Nam nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: “*Đặc điểm bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có yếu tố tiên lượng xấu tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2022*” với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm điều trị bệnh nhân VKDT có và không có yếu tố tiên lượng xấu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân khám và điều trị bệnh VKDT tại khoa Bệnh nghề nghiệp - đơn nguyên cơ xương khớp và phòng khám cơ xương khớp.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân khám và điều trị tại khoa Bệnh nghề nghiệp - đơn nguyên cơ xương khớp và phòng khám cơ xương khớp tại bệnh viện Thanh Nhàn từ 01/07/2021 đến 25/7/2022 đáp ứng được các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân được chẩn đoán VKDT theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ACR 1987

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có nhiễm trùng đang hoạt động hoặc nhiễm trùng cần nhập viện do các nguyên nhân bệnh lý khác (trong vòng 4

tuần, kể cả viêm gan B, C tiến triển, nhiễm trùng lao).

- Có tiền sử bệnh huyết học, gan, thận, di ứng, có chống chỉ định với các phương pháp điều trị VKDT.

- BN có thai hoặc dự định có thai hoặc cho con bú.

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Bệnh viện Thanh Nhàn

- Thời gian: Tháng 7/2021 đến tháng 7/2022

2.3. Phương pháp và thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả thiết kế cắt ngang kết hợp hồi cứu

Cỡ mẫu toàn bộ: 69 bệnh nhân được chẩn đoán Viêm khớp dạng thấp đến khám và điều trị tại khoa Bệnh nghề nghiệp - đơn nguyên cơ xương khớp và phòng khám cơ xương khớp.

2.4. Tiến hành nghiên cứu

Các BN được chẩn đoán VKDT được chia thành 2 nhóm:

- Nhóm 1: BN VKDT không có yếu tố tiên lượng xấu,

- Nhóm 2: BN VKDT có ít nhất 1 trong các yếu tố tiên lượng xấu sau:

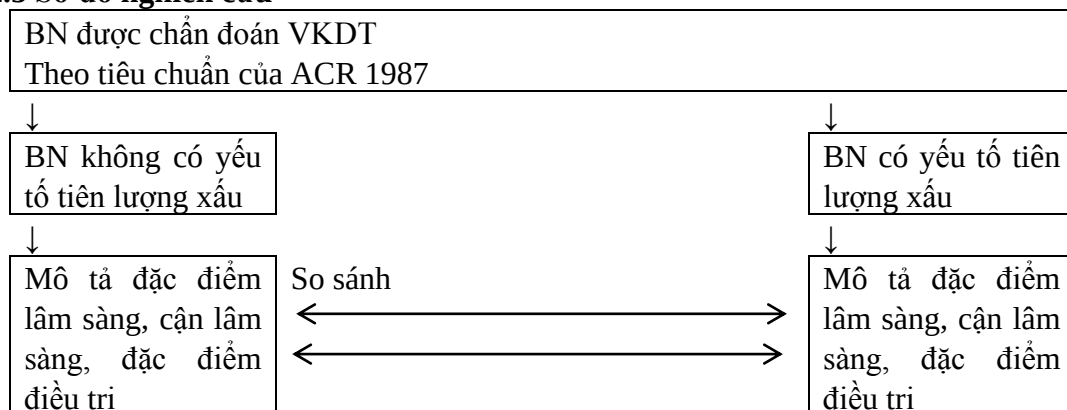
- + Hoạt động bệnh ở mức độ trung bình hoặc cao liên tục ($DAS\ 28 \geq 3,2$)

- + RF dương tính cao và hoặc Anti CCP dương tính cao

- + Thất bại điều trị với liệu pháp trị liệu ít nhất 2 thuốc csDMARD

Tất cả các BN tham gia nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng để đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm điều trị của từng BN.

2.5 Sơ đồ nghiên cứu



2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Nhập liệu bằng chương trình Epidata và xử lý bằng SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán thống kê y học cơ bản (tính tỉ lệ %, giá trị trung bình, hồi quy logistic...).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1 Đặc điểm chung tuổi, giới, tiền sử hút thuốc và BMI của đối tượng nghiên cứu (n=69)

Đặc điểm		Nhóm có yếu tố tiên lượng xấu		Nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu		Chung		p
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi	<45	4	5,8	1	1,4	5	7,2	p=0,215
	45 – 65	31	62,0	8	11,6	39	56,5	p=0,001
	>65	15	30,0	10	14,5	25	36,2	p=0,321
	Tuổi TB nhóm	58,9 ± 12,4		63,9 ± 11,6		60,3 ± 12,3		p=0,07
Giới	Nam	4	5,8	6	8,7	10	14,5	p=0,53
	Nữ	46	66,7	13	18,8	59	85,5	p=0,000
	Tổng	50	72,5	19	27,5	69	100,0	p=0,020
Hút thuốc	Có	3	4,3	1	1,4	4	5,8	p= 0,341
	Không	47	68,1	18	26,1	65	94,2	p= 0,001
	Tổng	50	72,5	19	27,5	69	100,0	p=0,000
BMI	Gầy	8	11,6	6	8,7	14	20,3	p=0,594
	Bình thường	16	23,2	6	8,7	22	31,9	p=0,04

Tiền béo phì	6	8,7	4	5,8	10	14,5	p=0,53
Béo phì độ I	15	21,7	2	2,9	17	24,6	p= 0,07
Béo phì độ II (≥ 30)	5	7,2	1	1,4	6	8,7	p= 0,142
Tổng	50	72,5	19	27,5	69	100,0	p=0,089

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $60,3 \pm 12,3$. Trong đó độ tuổi TB nhóm có yếu tố tiên lượng xấu (YTTLX) là $58,9 \pm 12,4$, còn ở nhóm không có YTTLX là $63,9 \pm 11,6$. Và không có sự khác biệt về độ tuổi giữa hai nhóm đối tượng ($p > 0,05$) và tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi trên 45 tuổi chiếm 92,7% (64/69).

Trong 69 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 10 nam giới, chiếm tỷ lệ 14,5%. Còn lại là nữ giới, chiếm chủ yếu lên tới 85,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới giữa hai nhóm đối tượng VKDT có YTTLX và

VKDT không có YTTLX $p < 0,05$ ($p = 0,02$).

Tỷ lệ hút thuốc lá của nghiên cứu chỉ là 5,8% (4/69), và không hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 94,2% (65/69). Và không có sự khác biệt về độ tuổi giữa hai nhóm đối tượng ($p > 0,05$)

Chỉ số BMI của các đối tượng tham gia nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu về chỉ số BMI. Phân loại thể trạng của các đối tượng trong nghiên cứu là tương đối đồng đều: tỷ lệ béo phì 33,3% (béo phì độ I, II), tỷ lệ bình thường và gầy lần lượt là chiếm 31,9% và 20,3%.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có và không có yếu tố tiên lượng xấu (n=69)

Đặc điểm lâm sàng		Nhóm có yếu tố tiên lượng xấu		Nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu		Chung		P
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Mức độ hoạt động bệnh (DAS28-CRP)	Bệnh không hoạt động (DAS < 2,6)	0	0	7	10,1	7	10,1	-
	Hoạt động bệnh mức độ nhẹ	1	1,4	12	17,4	13	18,8	P= 0,017
	Hoạt động bệnh mức độ TB	25	36,2	0	0,0	25	36,2	-
	Bệnh hoạt động mạnh	24	34,8	0	0,0	24	34,8	-
	TB DAS28 –	5,0 $\pm$ 0,6		2,7 $\pm$ 0,4		4,3 $\pm$ 1,2		P=

	CRP							0,571
RF	Âm tính	1	1,4	5	7,2	6	8,7	P=0,142
	Dương tính thấp	6	8,7	14	20,3	20	29,0	P=0,082
	Dương tính cao	43	62,3	0	0,0	43	62,3	-
	Nồng độ RF TB	102,3 ±55,6		18,8 ±9,3		79,3±60,5		P=0,001
Nồng độ AntiCCP TB	Âm tính	3	4,3	8	11,6	11	15,9	P=0,147
	Dương tính thấp	5	7,2	11	15,9	16	23,2	P=0,144
	Dương tính cao	41	59,4	0	0,0	41	59,4	-
	Nồng độ AntiCCP	210,9 ±148,7		22,6 ±18,5		159,0±152,3		P=0,003
Thời gian cứng khớp buổi sáng	<30 phút	12	17,4	2	2,9	14	20,3	p=0,019
	30-60 phút	16	23,2	6	8,7	22	31,9	p=0,040
	>60 phút	22	31,9	11	15,9	33	47,8	p=0,061
	Tổng	50	72,5	19	27,5	69	100,0	p=0,026
Thiếu máu	Có	24	34,9	5	7,2	29	42,0	-
	Không	26	37,7	14	20,3	40	58,0	-
Thời gian mắc bệnh TB		48,5 ±26,6		33,6±20,6		44,3 ± 25,8		P=0,045
Chỉ số VAS TB		5,5 ±2,0		5,6 ±1,8		5,5±2,0		P=0,652
Số khớp đau TB		15,3 ± 5,7		10,5 ± 5,7		14,0 ± 6,1		P=0,007
Số khớp sưng TB		15,14 ± 5,4		11,6 ± 7,5		14,2 ±6,2		P=0,037
Tốc độ máu lắng TB giờ đầu		74,3 ±37,7		69,9 ±43,2		73,1±39,0		P=0,673
Nồng độ CRP huyết thanh TB		89,9 ±61,7		52,9 ±78,9		79,7±68,3		P=0,049

Nhận xét: Mức độ hoạt động bệnh (theo thang điểm DAS28- CRP): Điểm DAS28-CRP trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 4,3 ±1,2: trong đó nhóm có yếu tố tiên lượng xấu (CYTTLX) mức điểm

này là 5,0 ±0,6 gần gấp 2 lần so với nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu (KYTTLX) 2,7 ±0,4. Phân loại mức độ hoạt động của bệnh dựa trên tiêu chuẩn số điểm DAS28 tính được, tỷ lệ bệnh hoạt động mạnh và hoạt

động trung bình ($\text{DAS28} \geq 3,2$) chiếm tới 71,0% (49/69) và 49/49 trường hợp đều thuộc nhóm CYTTLX. Tỷ lệ mức độ hoạt động bệnh nhẹ và không hoạt động chiếm 28,9% ($\text{DAS28-CRP} < 3,2$) tập trung hầu hết ở nhóm KYTTLX (29/30).

Đặc điểm về nồng độ RF huyết thanh: Nồng độ RF huyết thanh dương tính chiếm 43/69 trường hợp chiếm tỷ lệ 62,3% tỷ lệ chung, và 100%(43/43) các trường hợp RF dương tính cao đều thuộc nhóm có yếu tố tiên lượng xấu. Nồng độ RF huyết thanh âm tính và dương tính thấp tập chung chủ yếu ở nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu với (19/26) trường hợp. Sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê về giới giữa hai nhóm đối tượng VKDT CYTTLX và VKDT KYTTLX $p < 0,05$ ($p = 0,001$).

Đặc điểm về nồng độ antiCCP huyết thanh: Nồng độ antiCCP huyết thanh dương tính chiếm 41/69 trường hợp chiếm tỷ lệ 59,4% tỷ lệ chung, và 100%(41/41) các trường hợp RF dương tính cao đều thuộc nhóm có yếu tố tiên lượng xấu. Nồng độ RF huyết thanh âm tính và dương tính thấp tập chung chủ yếu ở nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu với (19/27) trường hợp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới giữa hai nhóm đối tượng VKDT CYTTLX và VKDT KYTTLX $p < 0,05$ ($p = 0,003$).

Bảng 3. Đặc điểm giai đoạn bệnh trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có và không có yếu tố tiên lượng xấu ($n=69$)

Giai đoạn bệnh	Nhóm có yếu tố tiên lượng xấu		Nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu		Giá trị p
	n	%	n	%	
I	15	30,0	2	10,5	$p = 0,007$
II	16	32,0	12	73,7	$p = 0,451$
III	18	36,0	5	26,3	$p = 0,011$
IV	1	2,0	0	0,0	-
Tổng	50	100,0	19	100,0	P= 0,79

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có yếu tố tiên lượng xấu của nghiên cứu phân bố đều ở các giai đoạn bệnh. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm đối tượng $p > 0,05$ ($p = 0,79$)

Bảng 4. Đặc điểm điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp có và không có yếu tố tiên lượng xấu ($n=69$)

Điều trị		Nhóm có yếu tố tiên lượng xấu		Nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu		Chung		Giá trị p
		n	%	n	%	n	%	
Loại thuốc được sử dụng	NSAID	19	27,5	6	8,7	25	36,2	$P = 0,014$
	Glucorticoid	31	44,9	13	18,8	44	63,8	$P = 0,009$

Phác đồ điều trị cơ bản	1 csDMARD	13	18,8	3	4,3	16	23,2	P = 0,022
	2 csDMARD	17	24,6	15	21,7	32	46,4	P = 0,724
	3 csDMARD	19	27,5	1	1,4	20	29,0	P = 0,004
	1 BMARD + 1 csDMARD	1	1,4	0	0,0	1	1,4	-
	Tổng	50	72,5	19	27,5	69	100,0	P=0,815

Nhận xét: Tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị chung chiếm tỷ lệ tương đối cao Glucorticoid với 63,8% và 36,2% sử dụng NSAID và tỷ lệ này phân bố tương đối đồng đều ở cả 2 nhóm đối tượng, trong đó:

Tỷ lệ sử dụng NSAID của nhóm có yếu tố tiên lượng xấu sử dụng thuốc này là 19/25 và nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu con số

này là 6/25. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (0,014).

Tỷ lệ sử dụng Glucorticoid của nhóm có yếu tố tiên lượng xấu sử dụng thuốc này là 31/44 và nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu con số này là 13/19. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (0,009).

Bảng 5: Tỷ lệ các loại bệnh đi kèm và tác dụng phụ thường gặp

Đặc điểm		Nhóm có yếu tố tiên lượng xấu		Nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu		Chung		p
		n	%	n	%	n	%	
Bệnh đi kèm	Không có bệnh đi kèm	19	27,5	5	7,2	24	34,8	p=0,008
	Tăng huyết áp	2	2,9	1	1,4	3	4,3	p=0,571
	Đái tháo đường	2	2,9	0	0,0	2	2,9	-
	Loãng xương	7	10,1	2	2,9	9	13,0	p=0,118
	Suy Thận	3	4,3	3	4,3	6	8,7	p=1,000
	Khác (từ 02 bệnh trở lên)	17	24,6	8	11,6	25	36,2	p=0,079
	Tổng	50	72,5	19	27,5	69	100,0	p=0,290
Tác dụng phụ thường	Không gặp tác dụng phụ	25	36,2	9	13,0	34	49,3	p=0,009
	Tăng men gan	3	4,3	3	4,3	6	8,7	p=1,000
	Suy thận	3	4,3	0	0,0	3	4,3	-

gặp	Nhìn mờ	12	17,4	2	2,9	14	20,3	p=0,019
	Viêm loét dạ dày tá tràng	4	5,8	3	4,3	7	10,1	p=0,706
	Khác	3	4,3	2	2,9	5	7,2	p=0,657

Nhận xét: Bệnh đi kèm: Có 45/69 trường hợp có bệnh đi kèm chiếm tỷ lệ 65,2%. Và 24/69 bệnh nhân không có bệnh đi kèm đạt tỷ lệ 34,8%, đáng chú ý có 36,2 các trường hợp có từ ít nhất 02 bệnh đi kèm trở lên (Tăng huyết áp, loãng xương, suy thượng thận, đái tháo đường...). Tỷ lệ các tác dụng phụ thường gặp trên bệnh nhân đã điều trị cho thấy có tới 49,3% các trường hợp bệnh nhân ở cả 2 nhóm đối tượng không gặp tác dụng phụ. Trong đó: Với các tác dụng phụ thường gặp như Nhìn mờ 20,3%, Viêm loét dạ dày tá tràng 10,1%, Tăng men gan 8,7% và suy thận 4,3%. Và không có sự khác biệt về các bệnh đi kèm (p=0,29) và tác dụng phụ thường gặp (p=0,657) giữa hai nhóm đối tượng (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân VKDT tham gia nghiên cứu là $60,3 \pm 12,3$ (nhỏ nhất là 30 tuổi và lớn nhất là 90 tuổi), trong đó độ tuổi TB nhóm có yếu tố tiên lượng xấu (CYTTLX) là $58,9 \pm 12,4$, còn ở nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu (KYTTLX) là $63,9 \pm 11,6$. Và không có sự khác biệt về độ tuổi giữa hai nhóm đối tượng (p>0,05). Hầu hết các bệnh nhân đều từ 45 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 92,7%, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 85,5%. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Văn Tuấn [10] và cộng sự với bệnh nhân VKDT tuổi trung bình $59,9 \pm 8,55$, bệnh nhân nữ là 89,32%. Nghiên cứu

của Mulumba. C và cộng sự (2019) ở Kinshasa cũng cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp là $51,8 \pm 14,6$ tuổi và tỷ lệ nữ/nam là 4/1. Sự chênh lệch về giới ở đây là do khác biệt nội tiết tố giữa nam và nữ trong bệnh tự miễn hệ thống cho thấy sự xuất hiện bệnh ở nữ có xu hướng mắc bệnh nhiều hơn nam. Hormon giới tính có vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh tự miễn và Estrogen là một trong những yếu tố kích hoạt đáp ứng miễn dịch dịch thể.

Tỷ lệ bệnh nhân có xuất hiện sốt trong các đợt tiến triển của bệnh có 4 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 5,8% (4/69). Đa số bệnh nhân không sốt, ở những bệnh nhân sốt cũng thường là sốt nhẹ dao động từ 37,5-38,0 độ C. Đa số bệnh nhân có thời gian cứng khớp buổi sáng từ 30 phút trở lên chiếm tỷ lệ 79,7%. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Văn Tuấn (2021) [10] và tác giả Trần Thị Hải Yến (2014) [11] khi tỷ lệ này lần lượt là 85,4% và 67,3%.

Triệu chứng điển hình hay gặp của Viêm khớp dạng thấp là sưng, đau các khớp ở các thời điểm và từng đợt diễn biến của bệnh thì số lượng khớp sưng, số lượng khớp đau có sự chênh lệch không quá nhiều thường số khớp đau sẽ nhiều hơn số khớp sưng. Trong nghiên cứu này của chúng tôi cho kết quả số lượng khớp sưng trung bình là $14,0 \pm 6,1$, số lượng khớp đau trung bình là $14,2 \pm 6,2$. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn [10] và cộng sự (2021) cũng cho kết quả tương tự

với số khớp sưng trung bình là $11,8 \pm 8,6$ và số lượng khớp đau trung bình là $18,2 \pm 8$ khớp.

Đặc điểm mức độ hoạt động của bệnh theo DAS28: Mức độ hoạt động bệnh (theo thang điểm DAS28- CRP): Điểm DAS28-CRP trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $4,3 \pm 1,2$: trong đó nhóm có yếu tố tiên lượng xấu mức điểm này là $5,0 \pm 0,6$ gần gấp 2 lần so với nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu $2,7 \pm 0,4$. Phân loại mức độ hoạt động của bệnh dựa trên tiêu chuẩn số điểm DAS28 tính được, tỷ lệ bệnh hoạt động mạnh và hoạt động trung bình ($\text{DAS28} \geq 3,2$) chiếm tới 71,0% (49/69) và 49/49 trường hợp đều thuộc nhóm CYTTLX. Tỷ lệ mức độ hoạt động bệnh nhẹ và không hoạt động chiếm 28,9% ($\text{DAS28-CRP} < 3,2$) tập trung hầu hết ở nhóm không có YTTLX (29/30). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn [10] cũng cho tỷ lệ này là 87,4% và điểm DAS trung bình cao hơn $6,65 \pm 1,31$.

Xét nghiệm thiếu máu nhược sắc ở đối tượng nghiên cứu: Ở nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tình trạng thiếu máu nhược sắc chiếm 42,0% trong đó với nhóm bệnh nhân CYTTLX chiếm 82,8% (24/29) và nhóm KYTTLX là 17,2% (5/29). Nghiên cứu của Đỗ Thị Diệu Hằng [4] (2018) tỷ lệ này là 64,8% và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn [10] tỷ lệ này là 54,1%. Sự dao động về tỷ lệ thiếu máu nhược sắc trong các nghiên cứu có thể do chế độ dinh dưỡng hoặc do tiến triển của bệnh trong từng giai đoạn.

Yếu tố dạng thấp RF: Tỷ lệ RF dương tính là 91,3 % nghiên cứu của chúng tôi cho ra kết quả nồng độ trung bình là $79,3 \pm 60,5$ UI trong đó: 100% (43/43) các trường hợp RF

dương tính cao đều thuộc nhóm CYTTLX. Nồng độ RF huyết thanh âm tính và dương tính thấp tập chung chủ yếu ở nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu với (19/26) trường hợp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới giữa hai nhóm đối tượng VKDT có YTTLX và VKDT không có YTTLX $p < 0,05$ ($p = 0,001$). RF dương tính của nhóm CYTTLX là 77,8% với nồng độ trung bình là $102,3 \pm 55,6$ và nhóm KYTTLX có RF dương tính 22,2% với nồng độ trung bình $18,8 \pm 9,3$. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Diệu Hằng (2018) [4] khi tỷ lệ RF dương tính chiếm tỷ lệ 85,5%. Nồng độ RF huyết thanh trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn [10] và cộng sự (2021) RF dương tính là 87,4%, nồng độ trung bình là $105,1 \pm 67,4$ UI.

Kháng thể anti CCP: xét nghiệm tìm kháng thể anti CCP thì dương tính là 82,6 % nghiên cứu của chúng tôi cho ra kết quả nồng độ trung bình là $159,0 \pm 152,3$ UI, trong đó: 100% (41/41) các trường hợp RF dương tính cao đều thuộc nhóm CYTTLX. Nồng độ RF huyết thanh âm tính và dương tính thấp tập chung chủ yếu ở nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu với (19/27) trường hợp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới giữa hai nhóm đối tượng VKDT có YTTLX và VKDT không có YTTLX $p < 0,05$ ($p = 0,003$); nhóm CYTTLX có Anti CCP dương tính là 80,7% với nồng độ trung bình là $210,9 \pm 148,7$ và nhóm KYTTLX có Anti CCP dương tính 19,3% với nồng độ trung bình $22,6 \pm 18,5$. Kết quả của tác giả Nguyễn Văn Tuấn [10] cũng cho ra kết quả tương tự với 24 bệnh nhân được làm xét nghiệm thì 100% bệnh nhân có kết quả dương tính trong đó số

bệnh nhân có kết quả dương tính cao chiếm 91,67% nồng độ kháng thể Trung bình $264,67 \pm 148,93$ UI. Nghiên cứu của Trần Thị Hải Yến [11] nghiên cứu trên 52 bệnh nhân VKDT vào năm 2014, bệnh nhân có nồng độ anti CCP dương tính mạnh chiếm tỷ lệ 92,5% với giá trị trung bình là $142,0 \pm 68,3$ UI. Nghiên cứu của Nadeem Afzal và cộng sự (2011) [12] cho thấy tỉ lệ bệnh VKDT có anti CCP dương tính là 55,6% thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

Tình hình điều trị của bệnh nhân: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số bệnh nhân được chẩn đoán bệnh đầu tiên chiếm tỷ lệ 34,95%, có 65,05% bệnh nhân đã từng được chẩn đoán và đang được điều trị tuy nhiên trong số đó bệnh nhân đó có 46,22% bệnh nhân không tuân thủ điều trị, thường xuyên bỏ thuốc và bỏ các đợt tái khám. Điều này có nghĩa là bên cạnh việc điều trị bệnh cho bệnh nhân thì các bác sĩ cần phải giải thích rõ cho bệnh nhân về bệnh của mình và nắm bắt được nhận thức bệnh nhân về bệnh nó sẽ có thể ảnh hưởng đến việc tuân thủ thuốc của bệnh nhân.

Thực trạng sử dụng thuốc điều trị triệu chứng: Trong VKDT Thuốc giảm đau thường được sử dụng đầu tiên ở những bệnh nhân viêm khớp dạng thấp vì lý do an toàn và chi phí, tuy nhiên nếu bệnh nhân có dấu hiệu viêm thì kết hợp NSAIDs có thể giúp giảm đau nhanh hơn và hiệu quả hơn [11]. Tỷ lệ dùng thuốc điều trị triệu chứng corticoid với 63,8%, trong đó Tỷ lệ sử dụng Glucorticoid của nhóm CYTTTLX sử dụng thuốc này là 70,5% (31/44) và nhóm KCYTTTLX con số này là 68,4% (13/19). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

(0,009). Nhóm chống viêm không steroid chiếm tỷ lệ thấp với 36,2%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn năm 2021 [10] với tỷ lệ dùng thuốc điều trị triệu chứng corticoid chiếm 67,0%. Nhóm chống viêm không steroid chiếm tỷ lệ thấp nhất với 33,0%. Nghiên cứu của Đỗ Thị Diệu Hằng (2018) ở 145 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp trong vòng 2 năm thì nhóm thuốc giảm đau, NSAID và corticoid được sử dụng với tỷ lệ lần lượt là 95,2%, 87,6% và 54,5% [4].

Phác đồ điều trị bệnh Viêm khớp dạng thấp: Methotrexate được coi là DMARD ưu tiên cho hầu hết bệnh nhân viêm khớp dạng thấp vì nó hoạt động tốt đối với hầu hết bệnh nhân và thường được dung nạp tốt. Methotrexate có thể được sử dụng đơn độc hoặc có thể kết hợp với các DMARD khác. Các DMARD khác này bao gồm các loại thuốc đã có sẵn và được sử dụng trong nhiều năm như sulfasalazine và hydroxychloroquine, cũng như các phương pháp điều trị mới hơn. Trong nghiên cứu này của chúng tôi hầu hết bệnh nhân đang dùng thuốc điều trị cơ bản, trong số đó có một số bệnh nhân có chỉ định sử dụng kết hợp DMARD sinh học nhưng trên thực tế chỉ sử dụng thuốc điều trị bệnh cơ bản vì lý do điều kiện kinh tế không đủ đáp ứng để điều trị. Do đó việc tiếp cận các phương pháp điều trị mới cũng còn nhiều hạn chế và thách thức đối với cả thầy thuốc và bệnh nhân

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của Bệnh nhân khám và điều trị tại khoa Bệnh nghề nghiệp - đơn nguyên cơ xương khớp và phòng khám

cơ xương khớp tại bệnh viện Thanh Nhàn cho thấy có 72,5% số bệnh nhân được chẩn đoán Viêm khớp dạng thấp có yếu tố tiên lượng xấu (CYTTTLX) và 27,5% bệnh nhân tham gia nghiên cứu KCYTTTLX các yếu tố tiên lượng xấu như: mức độ hoạt động bệnh cao (hay thất bại với 2 hoặc nhiều thuốc csDMARDs) nồng độ RF hoặc anti CCP dương tính cao, thường được sử dụng nhất để quyết định điều trị trong bệnh VKDT có tỷ lệ lần lượt là 71,0%, 62,3%, 59,4%. Có 63,8% bệnh nhân dùng thuốc điều trị triệu chứng corticoid, trong đó tỷ lệ sử dụng Glucocorticoid của nhóm CYTTTLX sử dụng thuốc này là 70,5% (31/44) và nhóm KCYTTTLX con số này là 68,4% (13/19). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (0,009). Nhóm chống viêm không steroid chiếm tỷ lệ thấp với 36,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu (2018)**. Bệnh học nội khoa. Vol 2. 3rd ed. Nhà xuất bản Y học.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2016)**. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. 5th ed. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
3. **Lê Thị Liễu (2008)**, “Nghiên cứu các giai đoạn tiến triển của bệnh viêm khớp dạng thấp qua lâm sàng và siêu âm khớp cổ tay”, Đại học Y Hà Nội.
4. **Đỗ Thị Diệu Hằng (2018)**, “Phân tích đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị VKDT tại khoa Nội thận – Cơ Xương Khớp Bệnh viện Trung ương Huế”, Đại học Dược Hà Nội
5. **Nguyễn Thị Sinh (2019)**. Đánh giá hiệu quả của tính an toàn của leflunomide trong điều trị viêm khớp dạng thấp.
6. **Padjen I, Crnogaj MR, Anić B (2020)**. Conventional disease-modifying agents in rheumatoid arthritis – a review of their current use and role in treatment algorithms. *Reumatologia/Rheumatology*.
7. **Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB (2016)**. Rheumatoid arthritis. *Lancet*.
8. **Vastesaeger N, Xu S, Aletaha D, St Clair EW, Smolen JS (2009)**. A pilot risk model for the prediction of rapid radiographic progression in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*.
9. **K A, A Z (2017)**. Poor prognostic factors guiding treatment decisions in rheumatoid arthritis patients: a review of data from randomized clinical trials and cohort studies. *Arthritis research & therapy*.
10. **Nguyễn Văn Tuấn (2021)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình hình điều trị bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.
11. **Trần Thị Hải Yến (2014)**, “Nghiên cứu nồng độ kháng thể anti CCP huyết thanh ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp ở Thái Nguyên”, Đại học Y Dược Thái Nguyên.
12. **Afzal N., Karim S., Mahmud T-H., Sami W., Arif M., Abbas S. (2011)**, “Evaluation of anti- CCP antibody for diagnosis of rheumatoid arthritis”, *Clin Lab*, 57(11-12); pp.895-9.

PHÂN TÍCH ĐẶC ĐIỂM CAN THIỆP DƯỢC LÂM SÀNG VỚI CÁC KHÁNG SINH ƯU TIÊN QUẢN LÝ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Bùi Thị Kim Dung¹, Nguyễn Thị Tuyền², Ngô Thị Tú Uyên²,
Đặng Thị Lan Anh¹, Nguyễn Thị Mai Anh¹,
Nguyễn Thị Lan Hương¹, Nguyễn Hoàng Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu các phiếu yêu cầu sử dụng kháng sinh (YCSDKS) ưu tiên quản lý (UTQL) của bệnh nhân có can thiệp dược lâm sàng nhằm phân tích đặc điểm can thiệp dược trong chương trình quản lý sử dụng kháng sinh tại bệnh viện Thanh Nhàn giai đoạn tháng 2-4/2021. Tất cả các lượt YCSDKS UTQL đều được dược sĩ lâm sàng duyệt trước khi sử dụng với 389 can thiệp trong 3 tháng khảo sát, tập trung chủ yếu tại Khoa Hồi sức tích cực và với meropenem. Tỷ lệ chấp thuận can thiệp dược của bác sĩ với kháng sinh UTQL trong toàn viện chỉ ở mức 58,7%. Trong đó, Khoa Hồi sức tích cực và Thận tiết niệu có tỷ lệ chấp thuận can thiệp thấp nhất (< 45%). Can thiệp liên quan đến chỉ định và chế độ liều có tỷ lệ chấp thuận tương đối thấp, tương ứng là 26,2% và 48%. Kết quả nghiên cứu phản ánh hiệu quả ban đầu của hoạt động quản lý kháng sinh theo Hướng dẫn của Bộ Y tế tại bệnh viện, đồng thời cần xây dựng Hướng dẫn sử dụng các kháng sinh UTQL để thống nhất sử dụng trong toàn viện. Ngoài ra, cần tăng cường hoạt động làm việc nhóm giữa bác sĩ Hồi sức tích cực/truyền nhiễm – dược sĩ lâm sàng

– vi sinh lâm sàng trong quá trình thực hiện can thiệp nâng cao tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh UTQL.

Từ khóa: can thiệp dược lâm sàng, kháng sinh ưu tiên quản lý, chương trình quản lý sử dụng kháng sinh, Bệnh viện Thanh Nhàn.

SUMMARY

ANALYSIS OF CLINICAL PHARMACIST INTERVENTIONS WITH RESTRICTED ANTIBIOTICS IN ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP AT THANH NHAN HOSPITAL

This study retrospectively analyzed clinical pharmacy interventions on restricted antibiotics in antimicrobial stewardship program in Thanh Nhan Hospital (February 2021 to April 2021). All restricted antibiotics forms were approved by clinical pharmacists with a total of 389 interventions the study period, mainly at the ICU and meropenem. The overall acceptance rate was 58.7%. Of which, the acceptance rate was lowest in the ICU and Nephrology Department (~45%). Interventions related to indications and dosing regimens had relatively low approval rates, at 26.2% and 48%, respectively. The research results reflect the initial effectiveness of antibiotic stewardship according to the Guidelines of the Ministry of Health at Thanh Nhan Hospital. It is necessary to develop hospital protocols for restricted antibiotics for consistent use in the hospital. Moreover, collaboration between infectious disease (ID) specialists,

¹Bệnh viện Thanh Nhàn,

²Trung tâm DI & ADR Quốc Gia, Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Lan Anh
Email: lananh.phar@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2022

Ngày duyệt bài: 29/6/2022

clinical pharmacists, and clinical microbiologists during the implementation of interventions need to be strengthened to improve adherence to guidelines for restricted antibiotics.

Keywords: clinical pharmacy intervention, restricted antibiotics, antimicrobial stewardship, Thanh Nhan Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Triển khai các can thiệp nâng cao chất lượng sử dụng kháng sinh là một trong 06 nhiệm vụ cốt lõi của chương trình quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện [3]. Theo đó, các can thiệp từ Hội đồng thuốc và điều trị thông qua quy định sử dụng kháng sinh ưu tiên quản lý, can thiệp từ dược sĩ lâm sàng khi duyệt sử dụng kháng sinh ưu tiên quản lý trên từng ca bệnh. Can thiệp dược lâm sàng được định nghĩa là “tất cả các hoạt động chuyên môn của dược sĩ trực tiếp tác động tới việc cải thiện chất lượng sử dụng thuốc và đưa ra khuyến cáo để thay đổi thuốc điều trị cho bệnh nhân, cách sử dụng hoặc hành vi sử dụng thuốc” [6]. Dược sĩ lâm sàng là thành viên cốt lõi của nhóm quản lý kháng sinh, có vai trò và trách nhiệm phối hợp trong nhóm đa chuyên khoa để tối ưu hóa điều trị cho bệnh nhân và giảm thiểu các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc trên người bệnh. Năm 2017, Bệnh viện Thanh Nhân đã ban hành Quyết định số 26/BVTN-KHTH hướng dẫn “Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong Bệnh viện” [2]. Trong đó, quy định các kháng sinh cần được dược sĩ lâm sàng duyệt trước khi sử dụng gồm có colistin, fosfomycin, linezolid, carbapenem, vancomycin, teicoplanin. Đây cũng là các kháng sinh ưu tiên quản lý (UTQL) Nhóm 1 trong tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện” được

Bộ Y tế ban hành theo Quyết định 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 [3].

Sau Quyết định trên, bệnh viện Thanh Nhân bắt đầu áp dụng mẫu phiếu yêu cầu sử dụng kháng sinh UTQL mới, cung cấp đầy đủ thông tin hơn về can thiệp của dược sĩ, thống nhất các tiêu chí duyệt sử dụng kháng sinh UTQL và phổ biến trong buổi sinh hoạt khoa học của khoa Dược. Phần quy trình duyệt và danh mục kháng sinh UTQL không thay đổi so với thời điểm trước. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích đặc điểm can thiệp dược lâm sàng trong chương trình quản lý sử dụng kháng sinh tại bệnh viện trong giai đoạn 3 tháng sau khi Quyết định 5631/QĐ-BYT được áp dụng. Từ đó, đề xuất một số biện pháp nhằm giúp cải thiện chương trình quản lý kháng sinh và tăng cường hiệu quả của hoạt động Dược lâm sàng tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các phiếu yêu cầu sử dụng kháng sinh (YCSDKS) ưu tiên quản lý từ tháng 2/2021 – 4/2021. Lựa chọn: Phiếu có các lượt YCSDKS UTQL của bệnh nhân với ít nhất một can thiệp dược lâm sàng. Loại trừ: Phiếu YCSDKS của bệnh nhân dưới 18 tuổi và bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không tiếp cận được trong quá trình thu thập thông tin.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, không can thiệp dựa trên hồi cứu bệnh án nội trú của các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Một số quy ước trong nghiên cứu

❖ Quy trình thực hiện can thiệp dược của dược sĩ lâm sàng trong quá trình duyệt phiếu YCSDKS

– Các nội dung cần xem xét khi được sĩ duyệt kháng sinh UTQL gồm thông tin cơ bản của người bệnh: tuổi, giới, cân nặng; chẩn đoán bệnh nhiễm khuẩn và căn nguyên gây bệnh; chỉ định kháng sinh UTQL tương ứng với bệnh nhiễm khuẩn, kết quả vi sinh (nếu có), đặc điểm người bệnh, phối hợp kháng sinh (nếu cần), thời điểm sử dụng, xuống thang kháng sinh, tương tác thuốc chống chỉ định/nghiêm trọng; liều dùng; giám sát trong quá trình sử dụng như mức độ đáp ứng của người bệnh sau 48 – 72 giờ, kết quả phân lập vi khuẩn, dấu hiệu/triệu chứng phản ứng có hại cần lưu ý; thời gian sử dụng kháng sinh.

– Căn cứ đánh giá sử dụng thuốc và đưa ra các can thiệp được của dược sĩ lâm sàng dựa trên bộ tài liệu tham khảo dành cho dược sĩ duyệt sử dụng kháng sinh ưu tiên quản lý được xây dựng bởi dược sĩ lâm sàng tại bệnh viện. Các tài liệu này gồm có

+ Tài liệu về nguyên tắc chung khi sử dụng kháng sinh, kháng sinh ưu tiên quản lý như (1) Bộ Y tế (2020), Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, ban hành kèm theo Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020; (2) Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015; (3) Bệnh viện Thanh Nhàn (2017), Quy trình và danh mục các kháng sinh cần phê duyệt trước khi sử dụng, ban hành theo Quyết định số 182/QĐ-BVTN ngày 26/3/2017; (4) Hội Hồi sức Cấp cứu và Chống độc Việt Nam (2020), Hướng dẫn chung sử dụng kháng sinh.

+ Tài liệu về thông tin và hướng dẫn sử dụng kháng sinh ưu tiên quản lý như (1) Thông tin nhãn thuốc được Bộ Y tế phê duyệt (ưu tiên các thuốc là biệt dược gốc) (2) Thông tin nhãn thuốc lưu hành tại Anh và

Hoa Kỳ tại <https://www.medicines.org.uk>, <https://dailymed.nlm.nih.gov>; (3) Bệnh viện Thanh Nhàn (2018), Hướng dẫn sử dụng fosfomycin đường tĩnh mạch tại Bệnh viện Thanh Nhàn, ban hành theo Quyết định số 656/QĐ-BVTN ngày 20/6/2018; (4) Bệnh viện Bạch Mai (2019), Quy trình cập nhật bổ sung hướng dẫn sử dụng colistin theo Quyết định số 2339/QĐ-BM của Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai ngày 26/6/2019; (5) The Sanford Guide To Antimicrobial Therapy (2020); (6) Các Hướng dẫn điều trị cập nhật của các bệnh lý nhiễm khuẩn tại Việt Nam và trên thế giới.

– Các vấn đề liên quan đến thuốc và can thiệp của dược sĩ lâm sàng được ghi nhận theo nội dung can thiệp trên phiếu YCSDKS UTQL bao gồm các can thiệp về chỉ định như ngừng kháng sinh, đổi kháng sinh, bổ sung kháng sinh; can thiệp về liều dùng như tăng liều, giảm liều; can thiệp về giám sát điều trị như giới hạn thời gian duyệt để điều chỉnh phác đồ (nếu cần), bổ sung xét nghiệm liên quan đến vi sinh, bilan nhiễm khuẩn, theo dõi phản ứng có hại của thuốc.

❖ Đánh giá mức độ chấp thuận can thiệp được lâm sàng của bác sĩ:

– Các can thiệp được lâm sàng trong mẫu nghiên cứu được đánh giá, loại trừ các trường hợp bệnh nhân ra viện/ tử vong trước khi áp dụng can thiệp được.

– Mức độ chấp thuận của bác sĩ với tư vấn của dược sĩ bao gồm:

+ Chấp thuận: Bác sĩ điều trị thực hiện hoàn toàn theo can thiệp của dược sĩ.

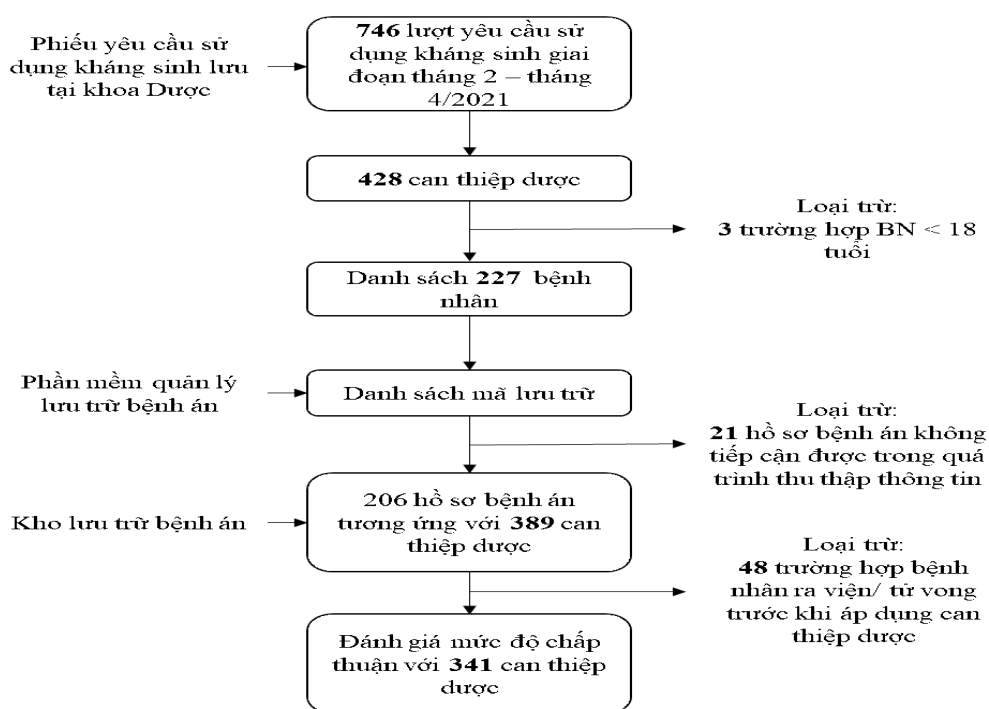
+ Chấp thuận một phần: Bác sĩ điều trị chỉ thực hiện một phần theo can thiệp của dược sĩ.

+ Không chấp thuận: Bác sĩ điều trị hoàn toàn không thực hiện theo can thiệp của dược sĩ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân được kê đơn kháng sinh UTQL tại bệnh viện trong giai đoạn 3 tháng khảo sát đều có phiếu YCSDKS với tổng số 746 lượt yêu cầu sử dụng. 100% phiếu YCSDKS đều được được sĩ lâm sàng duyệt, trong đó, có 428 lượt can thiệp của được sĩ (57,4%). Loại trừ 3 phiếu YCSDKS

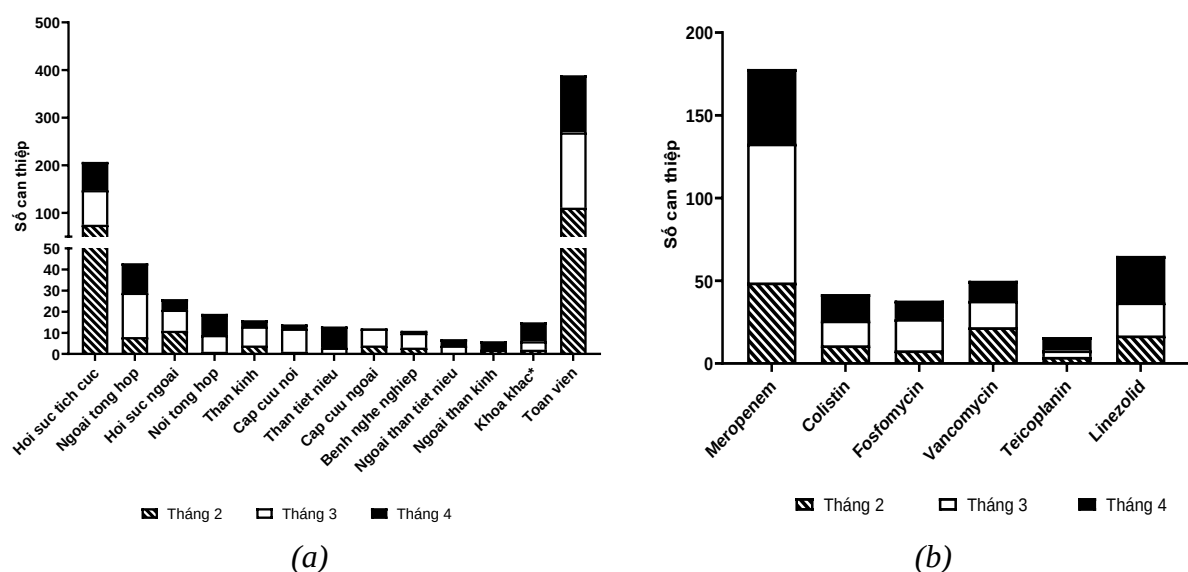
trên bệnh nhân dưới 18 tuổi tương ứng với 3 bệnh án, 21 bệnh án không tiếp cận được trong quá trình tìm kiếm, nhóm nghiên cứu thu thập được 206 bệnh án tương ứng với 389 can thiệp được đưa vào phân tích. Quá trình lựa chọn và thu thập bệnh án nghiên cứu được trình bày trong Hình 1.



Hình 1. Sơ đồ lựa chọn mẫu nghiên cứu

Số lượng can thiệp được ghi nhận ở các khoa lâm sàng và từng kháng sinh trong giai đoạn 3 tháng khảo sát được thể hiện trong Hình 2. Trong giai đoạn này, kháng sinh UTQL được sử dụng khá rộng rãi ở 18/27 khoa lâm sàng của toàn bệnh viện. Hồi sức tích cực là khoa tập trung số can thiệp nhiều nhất, với hơn 200 can thiệp (51,4%), đứng thứ hai là Khoa Ngoại tổng hợp với 43 can thiệp, các khoa khác có số lượng can thiệp thấp từ 10-20 can thiệp. Trong số kháng sinh

UTQL, chỉ có 6/9 kháng sinh trong chương trình quản lý kháng sinh tại bệnh viện được sử dụng do imipenem, ertapenem và doripenem không được cung ứng tại bệnh viện trong giai đoạn này. Kháng sinh được can thiệp nhiều nhất trong giai đoạn khảo sát là meropenem với 178 can thiệp (45,6%), trong khi teicoplanin là kháng sinh có số lượng can thiệp ít nhất với 16 can thiệp. Các kháng sinh khác có số can thiệp dao động từ 40 – 60 can thiệp.



Hình 2. Số lượt can thiệp sử dụng kháng sinh ưu tiên quản lý của từng khoa lâm sàng (a) và từng kháng sinh (b) trong giai đoạn tháng 2 – 4/2021

*Khoa khác bao gồm: Nội tiết, Tim mạch, Tiêu hóa, Ung bướu, Đơn nguyên đột quỵ, Gây mê hồi sức, Chấn thương chỉnh hình

Các loại can thiệp theo từng kháng sinh được trình bày trong Bảng 1. Trong đó, can thiệp về liều dùng có tỷ lệ cao nhất (31,6%); đứng thứ 2 là can thiệp về giới hạn thời gian sử dụng thuốc trong 1 lần duyệt (29,3%); sau đó là một số can thiệp chỉ định, theo dõi tác dụng không mong muốn (TDKMM) hay bổ sung xét nghiệm vi sinh có tỷ lệ khoảng 10%. Các kháng sinh colistin, vancomycin

và teicoplanin có tỷ lệ can thiệp nhiều nhất về chế độ liều, chiếm trên 50% tổng số can thiệp. Linezolid được can thiệp nhiều nhất về theo dõi TDKMM (36,6) và chỉ định (32,3%). Fosfomycin được can thiệp chủ yếu về theo dõi TDKMM (26,3%); thay đổi chế độ liều và giới hạn thời gian sử dụng thuốc trong một lần duyệt, đều chiếm tỷ lệ 23,7%. Meropenem được can thiệp nhiều về giới hạn thời gian sử dụng thuốc trong 1 lần duyệt (39,9%) và chế độ liều (27,5%).

Bảng 1. Đặc điểm can thiệp được lâm sàng với từng kháng sinh ưu tiên quản lý

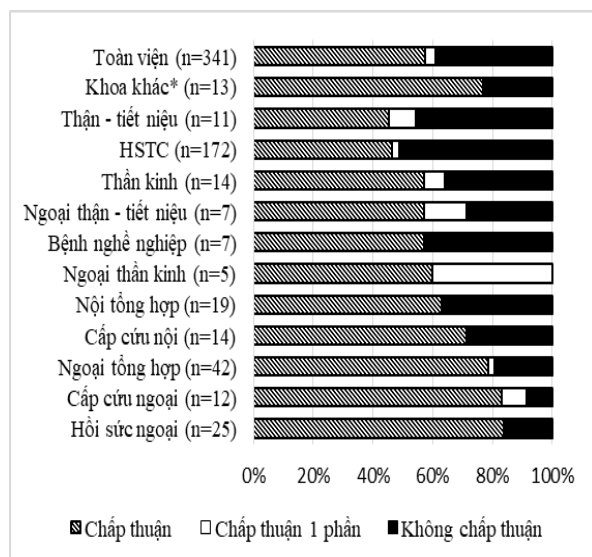
Chỉ tiêu can thiệp	Meropenem (%) N=178	Colistin (%) N=42	Fosfomycin (%) N=38	Vancomycin (%) N=50	Teicoplanin (%) N=16	Linezolid (%) N=65	Tổng (%) N=389
1. Can thiệp về thay đổi điều trị	64 (36,0)	27 (64,3)	15 (39,5)	37 (74,0)	8 (50,0)	21 (32,3)	169 (43,4)
Can thiệp về chỉ định	13 (7,3)	-	6 (15,8)	3 (6,0)	-	21 (32,3)	43 (10,9)

- Thay đổi thuốc	3 (1,7)	-	4 (10,5)	2 (4,0)	-	21 (32,3)	30 (7,7)
- Thêm thuốc	10 (5,6)	-	-	1 (2,0)	-	-	11 (2,8)
- Ngừng thuốc	-	-	1 (2,6)	-	-	-	1 (0,3)
- Không duyệt sử dụng	-	-	1 (2,6)	-	-	-	1 (0,3)
Thay đổi chế độ liều	49 (27,5)	27 (64,3)	9 (23,7)	31 (62,0)	8 (50,0)	-	124 (31,6)
Thay đổi thời gian truyền thuốc	2 (1,1)	-	-	-	-	-	2 (0,5)
2. Can thiệp về theo dõi điều trị	106 (59,6)	14 (33,3)	23 (60,5)	15 (30,0)	8 (50,0)	42 (64,6)	208 (53,5)
Giới hạn thời gian sử dụng thuốc trong 1 lần duyệt	71 (39,9)	8 (19,0)	9 (23,7)	8 (16,0)	4 (25,0)	15 (23,1)	115 (29,3)
Theo dõi TDKMM	-	-	10 (26,3)	-	-	24 (36,9)	34 (8,7)
Theo dõi chức năng thận	1 (0,6)	3 (7,1)	-	-	-	1 (1,5)	5 (1,3)
Bổ sung xét nghiệm vi sinh	29 (16,3)	3 (7,1)	3 (7,9)	6 (12,0)	4 (25,0)	1 (1,5)	46 (11,7)
- Trước khi điều trị bằng kháng sinh UTQL	6 (3,4)	-	3 (7,9)	2 (4,0)	3 (18,8)	-	14 (3,6)
- Trong quá trình điều trị bằng kháng sinh UTQL	23 (12,9)	3 (7,1)	-	4 (8,0)	1 (6,3)	1 (1,5)	32 (8,1)
Bổ sung xét nghiệm bilan nhiễm khuẩn	5 (2,8)	-	1 (2,6)	1 (2,0)	-	1 (1,5)	8 (2,0)
3. Bổ sung thông tin hồ sơ bệnh án	8 (4,5)	1 (2,4)	-	1 (2,0)	-	2 (3,1)	12 (3,1)
Tổng số can thiệp	178 (100,0)	42 (100,0)	38 (100,0)	50 (100,0)	16 (100,0)	65 (100,0)	389 (100,0)

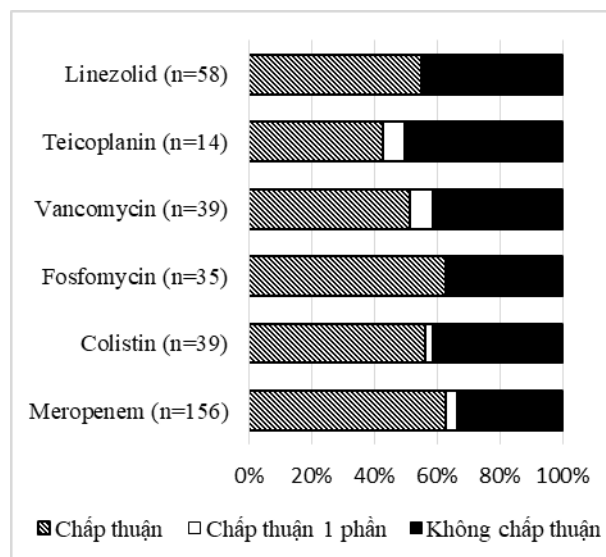
Mức độ chấp thuận can thiệp được của bác sĩ được đánh giá theo từng khoa lâm sàng và từng kháng sinh UTQL được thể hiện trong hình 3. Tỷ lệ chấp thuận chung với các can thiệp sử dụng kháng sinh UTQL của dược sĩ lâm sàng trong toàn viện là 58,7%. Trong đó khoa Cấp cứu nội và các khoa Ngoại như Hồi sức ngoại, Cấp cứu

ngoại, Ngoại tổng hợp có tỷ lệ chấp thuận can thiệp cao trên 70%. Bên cạnh đó, tỷ lệ chấp thuận can thiệp thấp nhất được ghi nhận ở các khoa Hồi sức tích cực và khoa Thận tiết niệu (< 50%), các khoa còn lại được chấp thuận với tỷ lệ dao động từ trên 50% – 60%.

Fosfomycin và meropenem là hai kháng sinh có tỷ lệ chấp thuận can thiệp cao nhất với trên 60%. Teicoplanin là kháng sinh có tỷ lệ chấp thuận thấp nhất (42,9%). Tỷ lệ này với các kháng sinh còn lại dao động từ 50% - 60%.



(a)

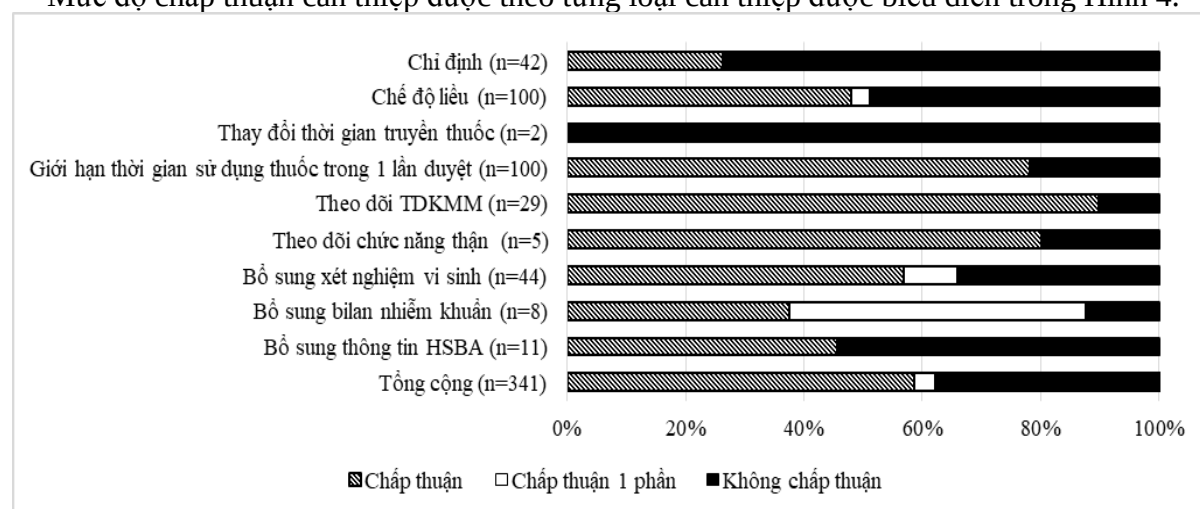


(b)

Hình 3. Mức độ chấp thuận can thiệp được của bác sĩ theo từng khoa lâm sàng (a) và theo từng kháng sinh (b)

*Khoa khác bao gồm: Nội tiết, Tim mạch, Tiêu hóa, Ung bướu, Đơn nguyên đột quỵ, Gây mê hồi sức, Chấn thương chỉnh hình

Mức độ chấp thuận can thiệp được theo từng loại can thiệp được biểu diễn trong Hình 4.



Hình 4. Mức độ chấp thuận can thiệp được của bác sĩ theo từng loại can thiệp được

Loại can thiệp thường được chấp thuận nhiều nhất là can thiệp về theo dõi TDKMM, theo dõi chức năng thận và giới hạn thời gian sử dụng thuốc trong một lần duyệt với tỷ lệ lần lượt là 89,7%, 80% và 78%. Can thiệp liên quan đến chỉ định và chế độ liều có tỷ lệ chấp thuận tương đối thấp, tương ứng là 26,2% và 48%. Một tỷ lệ nhỏ các can thiệp được chấp thuận một phần (3,1%), chủ yếu liên quan đến can thiệp về bổ sung các xét nghiệm liên quan đến nhiễm khuẩn.

IV. BÀN LUẬN

Trong giai đoạn 3 tháng từ tháng 2 – tháng 4/2021, 746 lượt YCSDKS được ghi nhận ở 18/27 khoa lâm sàng trong toàn viện. Tất cả các lượt YCSDKS đều được duyệt sĩ lâm sàng duyệt sử dụng với khoảng 400 can thiệp. Hồi sức tích cực là khoa tập trung số can thiệp nhiều nhất (> 50 %), đứng thứ hai là Khoa Ngoại Tổng hợp (11,1%). Trong số kháng sinh UTQL, meropenem là kháng sinh có số can thiệp cao nhất với 178 can thiệp (45,6%), teicoplanin có số can thiệp thấp nhất 16 can thiệp (4,1%). Các kháng sinh khác có số lượng can thiệp dao động từ 40-50 can thiệp. Các can thiệp được với kháng sinh UTQL chủ yếu là can thiệp về liều dùng có tỷ lệ cao nhất (31,6%); đứng thứ 2 là can thiệp về giới hạn thời gian sử dụng thuốc trong 1 lần duyệt (29,3%). Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ chấp thuận can thiệp trong toàn viện ở mức 58,7%. Khoa lâm sàng có tỷ lệ chấp thuận can thiệp thấp nhất là Hồi sức tích cực và Thận – tiết niệu, với khoảng 45%. Tỷ lệ chấp thuận can thiệp của các kháng sinh dao động từ 40-60%, thấp nhất là teicoplanin. Can thiệp liên quan đến chỉ định có tỷ lệ chấp thuận thấp nhất (26,2%).

Tỷ lệ chấp thuận can thiệp được lâm sàng trong toàn viện chỉ ở mức độ trung bình. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Sanjeev Singh (2019) triển khai chương trình quản lý sử dụng kháng sinh dự trữ tại một bệnh viện ở Nam Ấn Độ (54%) [8]. Tuy nhiên, kết quả về tỷ lệ chấp thuận can thiệp trong nghiên cứu của Morey tại một bệnh viện 164 giường bệnh ở Tây Ban Nha cao hơn chúng tôi khá nhiều (83,4%). Nghiên cứu này khảo sát can thiệp được trên tất cả các kháng sinh, đồng thời các khoa khảo sát không bao gồm Khoa Hồi sức tích cực. Đây có thể là lý do tỷ lệ chấp thuận can thiệp được trong nghiên cứu này tương đối cao [5].

Tỷ lệ chấp thuận có nhiều sự khác biệt giữa các khoa lâm sàng, cao nhất ở các khoa Hồi sức ngoại, Cấp cứu ngoại, Ngoại tổng hợp và Cấp cứu nội, dao động từ 70-80%. Trong khi đó, Hồi sức tích cực là khoa có tỷ lệ chấp thuận thấp nhất (46,5%). Trên thực tế, khoa Hồi sức ngoại mới được thành lập, các khoa Cấp cứu ngoại, Ngoại tổng hợp và Cấp cứu nội có mức độ sử dụng kháng sinh UTQL tương đối thấp, các bác sĩ có ít kinh nghiệm sử dụng các kháng sinh này. Do đó, các khoa lâm sàng trên có tỷ lệ chấp thuận với các can thiệp của DSLS cao hơn các khoa khác. Ngược lại, Hồi sức tích cực là khoa tập trung các bệnh nhân nặng, tình trạng bệnh mắc kèm và bệnh nhiễm khuẩn phức tạp, thường xuyên phải sử dụng kháng sinh UTQL. Vì vậy, các bác sĩ kê đơn sử dụng các kháng sinh này khá thường xuyên và trong một số trường hợp quan điểm lựa chọn thuốc chưa thống nhất với DSLS.

Can thiệp liên quan đến chỉ định có tỷ lệ chấp thuận thấp nhất, trong đó, chủ yếu liên quan đến meropenem, fosfomycin và linezolid (46,2%, 33,3% và 5,0%). Với

meropenem, hầu hết các trường hợp được sĩ can thiệp liên quan đến việc bổ sung hoặc thay đổi kháng sinh có phổ tác dụng trên vi khuẩn Gram âm, Gram dương đa kháng do mức độ nặng, tình trạng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chưa cải thiện hoàn toàn. Tỷ lệ này tương tự nghiên cứu của Seah về tác động của chương trình quản lý kháng sinh carbapenem với tỷ lệ chấp thuận can thiệp liên quan đến chỉ định của carbapenem bao gồm ngừng sử dụng và xuống thang kháng sinh là 34% và 40% [7]. Với fosfomycin, một số trường hợp được sĩ có ý kiến nên ưu tiên lựa chọn carbapenem nhằm dự trữ fosfomycin theo Hướng dẫn sử dụng fosfomycin tại bệnh viện năm 2018 [1]. Đối với chỉ định linezolid, được sĩ can thiệp thay đổi thuốc do linezolid chỉ được khuyến cáo sử dụng khi các thuốc đầu tay khác như vancomycin không phù hợp để sử dụng cho bệnh nhân do dị ứng, không dung nạp hoặc thất bại điều trị [9]. Kết quả này cho thấy việc ban hành hướng dẫn sử dụng linezolid nhằm thắt chặt chỉ định và giới hạn những trường hợp có thể lựa chọn linezolid thay thế vancomycin, là biện pháp cần thiết và cần được triển khai trong thời gian tới.

Can thiệp về chế độ liều cũng có tỷ lệ chấp thuận tương đối thấp (48,0%). Trong đó, ghi nhận tỷ lệ chấp thuận thấp liên quan đến meropenem, colistin, fosfomycin và vancomycin với tỷ lệ lần lượt là 51,3%, 41,7%, 37,5%, 47,8%. Tỷ lệ chấp thuận về liều dùng của meropenem trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Seah (65,0%) [7]. Các trường hợp không được chấp thuận với meropenem và colistin chủ yếu liên quan đến chế độ liều cao trong các nhiễm khuẩn nặng, nhiễm khuẩn đa kháng. Tuy nhiên, có thể do các bác sĩ e ngại về

TDKMM khi sử dụng liều cao nên chưa đồng thuận với can thiệp được. Theo nghiên cứu của Buyle, các khuyến nghị tăng liều thường được các bác sĩ chấp thuận ít hơn so với giảm liều bởi nguy cơ tác dụng phụ và trên các bệnh nhân có chức năng thận suy giảm [4]. Như vậy, có thể thấy được nhu cầu cần thiết phải xây dựng hướng dẫn sử dụng các kháng sinh này trong viện để đem lại sự thống nhất trong sử dụng thuốc giữa các bác sĩ và DSLS.

Hoạt động can thiệp của dược sĩ lâm sàng tại bệnh viện đã có ảnh hưởng nhất định đến bác sĩ trong việc sử dụng kháng sinh cho người bệnh. Trong nghiên cứu này, các trường hợp can thiệp có sự thảo luận, thống nhất giữa DSLS và bác sĩ thường được chấp thuận với tỷ lệ cao hơn là các trường hợp DSLS không trao đổi trực tiếp với bác sĩ. Đồng thời, các can thiệp đặc biệt hữu ích tại một số đơn vị ngoài khối hồi sức, nơi ít có kinh nghiệm sử dụng kháng sinh nhóm UTQL. Tuy nhiên, với khoa Hồi sức tích cực, nơi tập trung lượng tiêu thụ kháng sinh UTQL nhiều nhất, hoạt động dược lâm sàng chưa thực sự lôi cuốn được sự tham gia của các chuyên gia lâm sàng tại khoa này. Vì vậy tỷ lệ chấp thuận các can thiệp của DSLS còn tương đối hạn chế. Kết quả ghi nhận được từ nghiên cứu này cho thấy cần tăng cường hoạt động của nhóm quản lý sử dụng kháng sinh đa ngành bao gồm bác sĩ truyền nhiễm – dược sĩ lâm sàng – bác sĩ vi sinh, đặc biệt tại hai khoa hồi sức. Bên cạnh đó, một số trường hợp quan điểm điều trị của bác sĩ và dược sĩ chưa thống nhất vì căn cứ trên các nguồn thông tin, tài liệu khác nhau. Do đó, việc thống nhất các tài liệu trong việc sử dụng các kháng sinh UTQL tại bệnh viện, cụ thể là xây dựng các hướng dẫn điều trị, hướng dẫn

sử dụng thuốc. Đây là một trong những nhiệm vụ quan trọng để từ đó thống nhất trong bệnh viện cách sử dụng các kháng sinh này và dẫn đến tăng tỷ lệ chấp thuận can thiệp của dược sĩ lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Tất cả các lượt YCSDKS UTQL đều được sĩ lâm sàng duyệt trước khi sử dụng với 389 can thiệp trong 3 tháng khảo sát, tập trung chủ yếu tại Khoa Hồi sức tích cực và kháng sinh meropenem. Tỷ lệ chấp thuận can thiệp được của bác sĩ với kháng sinh UTQL trong toàn viện tương đối thấp, chỉ ở mức 58,7%. Trong đó, Khoa Hồi sức tích cực và Thận tiết niệu có tỷ lệ chấp thuận can thiệp thấp nhất (< 45%). Can thiệp liên quan đến chỉ định và chế độ liều có tỷ lệ chấp thuận tương đối thấp, tương ứng là 26,2% và 48%. Kết quả này cho thấy cần xây dựng Hướng dẫn sử dụng các kháng sinh UTQL khác trên kinh nghiệm đã triển khai với fosfomycin nhằm thống nhất sử dụng trong toàn viện. Đồng thời, tăng cường hoạt động làm việc nhóm giữa bác sĩ Hồi sức tích cực/truyền nhiễm – dược sĩ lâm sàng – vi sinh lâm sàng trong quá trình thực hiện can thiệp dược lâm sàng nhằm cải thiện sự tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh UTQL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Thanh Nhàn (2018)**, "Hướng dẫn sử dụng fosfomycin đường tĩnh mạch tại Bệnh viện Thanh Nhàn, ban hành kèm theo Quyết định số 125/BVTN ngày 26 tháng 6 năm 2018".
2. **Bệnh viện Thanh Nhàn (2017)**, "Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong Bệnh viện, Ban hành kèm theo Quyết định số 26/BVTN - KHTH ngày 26/03/2017".
3. **Bộ Y Tế (2020)**, "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, Ban hành kèm theo Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020".
4. **David B., Bouchand F., et al. (2017)**, "Reinforcement of an antimicrobial stewardship task force aims at a better use of antibiotics of last resort: the COLITIFOS study", *Int J Antimicrob Agents*, 50(2), pp. 142-147.
5. **Mas-Morey P., Ballesteros-Fernandez A., et al. (2018)**, "Impact of clinical pharmacist intervention on antimicrobial use in a small 164-bed hospital", *Eur J Hosp Pharm*, 25(e1), pp. e46-e51.
6. **Pharmaceutical Society of Australia (2020)**, "Guidelines for pharmacists performing clinical interventions", *J Pharm Pract Res*, 35(2), pp. 122-46.
7. **Seah V. X. F., Ong R. Y. L., et al. (2017)**, "Impact of a Carbapenem Antimicrobial Stewardship Program on Patient Outcomes", *Antimicrob Agents Chemother*, 61(9).
8. **Singh S., Menon V. P., et al. (2019)**, "Implementation and Impact of an Antimicrobial Stewardship Program at a Tertiary Care Center in South India", *Open Forum Infect Dis*, 6(4), pp. ofy290.
9. **Stanford Health Care Pharmacy Department Policies and Procedures (2015)**, "Stanford Antimicrobial Safety and Sustainability Program Antimicrobial Restriction Policy".

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BÀI THUỐC TAM TÝ THANG KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM TRÊN BỆNH NHÂN ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thị Ngọc Linh*, Trần Thị Nhị Hà**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bài thuốc Tam tý thang kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống tại khoa Y học cổ truyền, bệnh viện Thanh Nhân. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh kết quả trước và sau điều trị trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. **Kết quả nghiên cứu:** Điểm VAS trung bình giảm từ $6,3 \pm 0,95$ xuống $3,2 \pm 0,7$ ($p < 0,05$); tầm vận động cột sống tăng lên; độ giãn cột sống trung bình tăng từ $2,30 \pm 0,74\text{cm}$ lên $3,35 \pm 0,78\text{cm}$, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; kết hợp bài thuốc Tam tý thang và điện châm điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống không gặp các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng. **Kết luận:** Bài thuốc Tam tý thang kết hợp điện châm điều trị có kết quả tốt và an toàn trên những bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống.

Từ khóa: Tam tý thang, điện châm, đau thắt lưng, thoái hóa cột sống.

SUMMARY

THE RESULTS OF TAM TY THANG COMBINED WITH ELECTRO –

*Bệnh viện Thanh Nhân

**Sở Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Linh

Email: bluenight0309@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/5/2022

Ngày duyệt bài: 29/5/2022

ACUPUNCTURE IN PATIENTS WITH LOW BACK PAIN DUE TO SPONDYLOLISTHESIS AT THE TRADITIONAL MEDICINE DEPARTMENT, THANH NHAN HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of “Tam ty thang” combined with electro - acupuncture in patients with low back pain due to spondylolisthesis at the traditional medicine department, Thanh Nhan hospital. **Methods and subjects:** prospective studies, clinical interventions, comparing results before and after treatment on 40 patients with low back pain due to spondylolisthesis. **Results:** Average VAS score decreased from $6,3 \pm 0,95$ to $3,2 \pm 0,7$ ($p < 0,05$); The movement of the lumbar spine increased; average lumbar spine extension increased from $2,30 \pm 0,74\text{cm}$ to $3,35 \pm 0,78\text{cm}$, statistical significance with $p < 0,05$; “Tam ty thang” combined with electro-acupuncture for treatment of low back pain due to spondylolisthesis has no side effects on clinical. **Conclusions:** The combination of “Tam ty thang with electro-acupuncture” has good effects and safety in patients with low back pain due to spondylolisthesis.

Keywords: “Tam ty thang”, electro-acupuncture, low back pain, spondylolisthesis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng là một bệnh lý rất thường gặp, có khoảng 80% dân số từng đau thắt lưng ít nhất một lần trong đời. Tỷ lệ đau lưng

trên thế giới lên tới 65 triệu người mỗi năm, khoảng 17% người trên 60 tuổi mắc bệnh đau lưng và con số này là 30% ở các bệnh nhân tuổi từ 20 – 55 tuổi [1]. Đau thắt lưng do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra, trong đó thoái hóa cột sống thắt lưng (CSTL) là một nguyên nhân thường gặp. Thoái hóa cột sống (THCS) thắt lưng có thể gặp ở mọi quốc gia, vùng kinh tế, cả nam và nữ ở mọi ngành nghề lao động. Theo Vijay M. Ravindra và các cộng sự, mỗi năm có 266 triệu người (khoảng 3,63% dân số thế giới) được chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng, tỉ lệ mắc bệnh ước tính cao nhất ở Châu Âu (5,7%) và thấp nhất ở Châu Phi (2,4%); số người mắc bệnh ở các quốc gia có mức thu nhập trung bình và thu nhập thấp cao hơn gần 4 lần so với các quốc gia có thu nhập cao [2]. Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thuộc phạm vi chứng tý với bệnh danh yêu thống. Châm cứu và dùng thuốc sắc là hai phương pháp điều trị có hiệu quả thường được sử dụng để điều trị chứng bệnh này, trong đó bài thuốc “Tam tý thang” trích từ quyển “Phụ nhân lương phương” là một bài thuốc hay, có tác dụng tốt trong điều trị chứng đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. Vì vậy, để có thêm minh chứng khoa học cho phương pháp điều trị kết hợp đó chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu mục tiêu chính sau: **Đánh giá kết quả điều trị bài thuốc Tam tý thang kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống tại khoa YHCT bệnh viện Thanh Nhàn.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hóa cột sống đang điều trị nội trú tại khoa YHCT - Bệnh viện Thanh Nhàn từ

tháng 01 năm 2021 đến tháng 11 năm 2021. Lấy cỡ mẫu chủ đích là 40 bệnh nhân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân trên 50 tuổi không phân biệt nghề nghiệp, giới tính.

- Chẩn đoán xác định đau thắt lưng do thoái hóa cột sống dựa trên lâm sàng có hội chứng cột sống và hình ảnh thoái hóa cột sống (có ít nhất 1 trong các hình ảnh sau: gai xương, hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn) trên phim XQ hoặc phim MRI hay CT-Scanner.

- Có mức độ đau VAS > 3.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân đau thắt lưng do các nguyên nhân

+ Nguyên nhân cơ học: thoát vị, lỗi đĩa đệm, trượt đốt sống, các chứng gù vẹo cột sống.

+ Do các bệnh về thấp: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng và các bệnh khác trong nhóm bệnh cột sống huyết thanh âm tính.

+ Do nhiễm khuẩn: viêm đĩa đệm cột sống (do lao, do ký sinh trùng, nấm vi khuẩn...), áp xe cạnh cột sống, áp xe ngoài màng cứng, viêm khớp cùng chậu do vi khuẩn.

+ Do u: đa u tủy xương, ung thư nguyên phát, ung thư di căn.

+ Do nội tiết: loãng xương, nhuyễn xương, vôi hóa sụn khớp.

+ Nguyên nhân nội tạng: các bệnh tiết niệu (sỏi thận, viêm quanh thận...), bệnh tiêu hóa (viêm loét dạ dày tá tràng, viêm tụy cấp)

+ Nguyên nhân khác: phình tách động mạch chủ, tắc nghẽn hô hấp [3].

- Bệnh nhân hôn mê, suy tim, rối loạn đông máu, bệnh lý về da liễu.

- Bệnh nhân có thai hoặc trong kỳ kinh nguyệt.

- Bệnh nhân không tuân thủ theo quy trình

điều trị.

2.2. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

Bài thuốc Tam tý thang xuất xứ trong quyển 3, Phụ nhân đại toàn lương phương do danh y Trần Tự Minh, Trung Quốc viết vào thế kỉ XX gồm 17 vị thuốc đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam IV [4], [5] và tiêu chuẩn cơ sở. Kim châm cứu, Pince, bông, cồn, máy điện châm, thước đo điểm VAS, thước đo tầm vận động cột sống (theo phương pháp Zero), thước dây.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

2.3.2. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân nghiên cứu đều được thăm khám lâm sàng toàn diện theo mẫu bệnh án thống nhất. Phác đồ điều trị: BN uống thuốc sắc ngày 2 lần lúc 10h - 16h, trong 2 tuần. Phác đồ huyết và kỹ thuật châm [Error! Reference source not found.]: Châm tả: tần số từ 4 - 7 Hz, cường độ từ 5 - 10 μ A, các huyết A thị huyết, Tam tiêu du, Khí hải du, Đại trường du, Thượng liêu, Giáp tích L1 - L5; châm bổ: tần số từ 1-3 Hz các huyết Can du, Thận du, Ủy trung.

Liệu trình: Thời gian: 30 phút/ngày, 5 ngày/tuần, trong 2 tuần. Theo dõi các biểu hiện lâm sàng, các tác dụng không mong muốn của phác đồ điều trị (nếu có) trong và sau điều trị. Nếu có gì bất thường sẽ được xử lý kịp thời. Đánh giá kết quả trước và sau điều trị 14 ngày.

2.4. Các chỉ tiêu chuẩn đánh giá

2.4.1. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

Mức độ đau chủ quan của người bệnh được lượng giá bằng thang điểm VAS. Thang VAS được chia thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 điểm từ 0 (hoàn toàn không đau) đến 10 (đau nghiêm trọng, có thể choáng ngất) [7]: VAS = 0: hoàn toàn không đau; VAS 1 - 3: đau ít; VAS 4 - 6: đau vừa; VAS 7 - 10: đau nặng.

2.4.2. Đánh giá về tầm vận động cột sống thắt lưng

Tầm vận động của cột sống thắt lưng được đo ở các động tác gấp duỗi (cúi ngửa), nghiêng bên và quay. Được đánh giá qua thước đo tầm vận động khớp ROM (Range of Motion).

Bảng 2.1. Tầm vận động cột sống thắt lưng

Động tác vận động	Gấp	Duỗi	Nghiêng	Quay	Điểm
Mức độ					
Tốt	$\geq 70^\circ$	$\geq 25^\circ$	$\geq 25^\circ$	$\geq 25^\circ$	0 điểm
Khá	$\geq 60^\circ$	$\geq 20^\circ$	$\geq 20^\circ$	$\geq 20^\circ$	1 điểm
Trung bình	$\geq 50^\circ$	$\geq 15^\circ$	$\geq 15^\circ$	$\geq 15^\circ$	2 điểm
Kém	$< 50^\circ$	$< 15^\circ$	$< 15^\circ$	$< 15^\circ$	3 điểm

2.4.3. Đánh giá độ giãn CSTL

Cách đo: bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở một góc 60° , đánh dấu bờ trên đốt sống S1 đo lên trên 10cm rồi đánh dấu điểm thứ hai. Cho bệnh nhân cúi tối đa, chân vẫn giữ thẳng, đo lại khoảng cách giữa hai điểm đã đánh dấu. Ở người bình thường giá trị này từ 14/10 – 16/10.

Bảng 2.2. Độ giãn CSTL

Độ giãn CSTL (cm)	Đánh giá	Mức độ hạn chế
$4 \leq$ Schöber	0 điểm	Bình thường
$3 \leq$ Schöber < 4	1 điểm	Nhẹ
$2 \leq$ Schöber < 3	2 điểm	Vừa
Schöber < 2	3 điểm	Nặng

2.5. Theo dõi các triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng: Tác dụng không mong muốn của điện châm (nếu có): vùng châm, chảy máu, nhiễm trùng, gãy kim. Tác dụng không mong muốn của bài thuốc (nếu có): Mẩn ngứa, buồn nôn, tiêu chảy.

2.6. Xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả điều trị

Bảng 3.1. Cải thiện mức độ đau sau điều trị theo thang điểm VAS

Thời gian Mức độ đau (điểm)	Trước điều trị (D0)		Sau điều trị (D14)		p
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	
Đau nhẹ (1 – 3)	0		17	42,5	
Đau vừa (4 – 6)	25	62,5	23	57,5	$>0,05$
Đau nặng (7 -10)	15	37,5	0		
Tổng	40	100	40	100	
Mức độ đau trung bình $\bar{X} \pm SD$	$6,30 \pm 0,95$		$3,2 \pm 0,7$		$<0,05$

Nhận xét: Điểm trung bình so sánh trước và sau điều trị có khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Cải thiện tầm vận động CSTL sau điều trị

Thời gian Tầm vận động (°)	Trước điều trị (D0)	Sau điều trị (D14)	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Gấp CSTL	$49,00 \pm 12,33$	$92 \pm 8,05$	$<0,05$
Duỗi CSTL	$28,83 \pm 4,49$	$30,83 \pm 2,65$	$<0,05$
Nghiêng phải CSTL	$25,67 \pm 3,14$	$26,67 \pm 3,3$	$<0,05$
Nghiêng trái CSTL	$25,00 \pm 3,40$	$26,83 \pm 3,07$	$<0,05$
Quay phải CSTL	$24,17 \pm 3,19$	$26,17 \pm 2,15$	$<0,05$
Quay trái CSTL	$24,17 \pm 2,96$	$25,33 \pm 2,91$	$<0,05$

Nhận xét: Số đo tầm vận động CSTL theo các động tác đều tăng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Thay đổi độ giãn CSTL sau điều trị

Thời gian Độ giãn CSTL (cm)	Trước điều trị (D0)	Sau điều trị (D14)	P
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Schöber	$2,30 \pm 0,74$	$3,35 \pm 0,78$	<0,05

Nhận xét: Độ giãn trung bình tăng từ $2,3 \pm 0,74$ cm đến $3,35 \pm 0,78$, khác biệt với $p < 0,05$.

Tác dụng không mong muốn: Trong quá trình điều trị, không có bệnh nhân nào gặp tác dụng mong muốn của điện châm và bài thuốc Tam tỷ thang.

IV. BÀN LUẬN

Bàn luận về chỉ số VAS: Theo YHCT, đau (thông) là do kinh lạc bị tắc trở, khí huyết không thông, vận hành ứ trệ, bế tắc gây nên chứng đau “Bất thông tất thông”. Lưng là phủ của thận, thận chủ cốt tủy, can chủ cân, can thận hư suy làm cân cốt không được đầy đủ mà biểu hiện ra yếu thống. So sánh với kết quả một số nghiên cứu như Nguyễn Thị Định (2014) sau 20 ngày điều trị bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp rung nhiệt, giảm mức đau từ đau nặng và vừa xuống 90% không đau và đau nhẹ [8]. Tuy nhiên điểm VAS giảm từ $5,8 \pm 1,4$ xuống $3,6 \pm 1,5$ có mức giảm ít hơn so với mức giảm từ $6,30 \pm 0,95$ xuống $3,2 \pm 0,7$ trong nghiên cứu của chúng tôi. Có thể do chúng tôi đã phối hợp phương pháp điện châm và bài thuốc Tam tỷ thang nên đạt được mức giảm đau tốt hơn. Như vậy, tác dụng giảm đau của phương pháp điện châm kết hợp dùng bài thuốc Tam tỷ thang đạt hiệu quả trên lâm sàng. Điện châm là sử dụng dòng điện 1 chiều kích thích liên tục tác dụng kích thích não giải phóng morphin nội sinh, tăng cường tưới máu tới vùng đau giúp cải thiện triệu chứng đau. Đồng thời, chúng tôi sử dụng công thức huyết chủ yếu nhóm huyết tại chỗ có tác dụng kích thích mạnh tại điểm đau, tăng cường tuần hoàn tới vị trí đau. Bài thuốc Tam tỷ thang gồm các vị khu phong, tán hàn,

thông kinh hoạt lạc, hành khí hoạt huyết từ đó chỉ thống (giảm đau) hiệu quả. Như vậy việc kết hợp điện châm và bài thuốc Tam tỷ thang trong điều trị đau thắt lưng do THCS đem lại kết quả tốt trên lâm sàng.

Bàn luận về số đo tầm vận động: Đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống làm co rút các cơ cạnh sống, co rút các tổ chức liên kết bao gồm gân cơ, dây chằng, bao khớp, do đó mà gây ra hạn chế tầm vận động CSTL. Điện châm kết hợp với bài thuốc Tam tỷ thang làm giảm đau, giảm co cứng, tăng khả năng vận động, tăng tính linh hoạt của cột sống. Trước điều trị, bệnh nhân hạn chế vận động nhiều nhất ở động tác gấp cột sống cho nên sau điều trị, sự cải thiện tầm vận động ở động tác này là rõ ràng nhất. Trước điều trị động tác gấp là $49 \pm 12,33$ độ ở mức độ hạn chế vận động trung bình và kém. Sau điều trị, tầm vận động gấp đã tăng lên $92 \pm 8,05$ độ với mức chênh là 43 ± 12 độ. Kết quả này phù hợp với mức độ giảm đau và tăng độ giãn CSTL. Khi bệnh nhân đỡ đau, CSTL phục hồi thì động tác gấp sẽ ít bị hạn chế hơn so với khi đau. Với động tác duỗi, nghiêng và quay cột sống, bệnh nhân ít hạn chế hơn với mức độ hạn chế nhẹ và không hạn chế. Sau điều trị, bệnh nhân đều ở mức không hạn chế vận động. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả của các tác giả Triệu Thị Thùy Linh (2015) sau điều trị đã tăng tầm vận động cột sống lên mức vận

động tốt [9]. Có thể nói, bệnh nhân sau điều trị đã cải thiện được tầm vận động CSTL ở cả bốn loại động tác, cho thấy hiệu quả của phương pháp kết hợp giữa điện châm và bài thuốc Tam tỷ thang.

Bàn luận về độ giãn CSTL sau điều trị: Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả của Trần Thị Kiều Lan (2009) độ giãn CSTL trước điều trị của nhóm nghiên cứu ở mức độ kém và trung bình tương ứng là 23,3%, 60%. Sau điều trị 7 ngày giảm xuống còn 0% và 26,7% [10]. Sự phối hợp giữa điện châm và bài thuốc Tam tỷ thang đã đem lại hiệu quả tốt, làm giãn cơ, đuổi đốt sống, khoang đốt sống được mở rộng, làm thay đổi độ giãn CSTL. Mặt khác, với tác dụng của điện châm chỉ cần một vị trí châm nhưng tác động được các huyết trên đường kinh và nhiều khối cơ như các bó cơ cạnh sống, cơ lưng to mà đường kinh đi qua, do đó tác động của điện châm liên tục và giảm đau nhanh.

Tác dụng không mong muốn của bài thuốc và điện châm: Trong quá trình nghiên cứu, các tác dụng không mong muốn của điện châm (vùng châm, chảy máu, nhiễm trùng, gãy kim) và bài thuốc Tam tỷ thang (mẩn ngứa, buồn nôn, tiêu chảy) không gặp trên bệnh nhân nào. Điện châm là các phương pháp điều trị an toàn, được y văn ghi nhận. Bài thuốc Tam tỷ thang là bài thuốc cổ phương được ghi trong Phụ nhân lương phương được sử dụng qua nhiều năm, đến nay chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn.

V. KẾT LUẬN

Bài thuốc Tam tỷ thang kết hợp điện châm điều trị có kết quả giảm đau, cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng và an toàn trên những bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yoshihito Sakai (2012)**, Low back pain pathogenesis and treatment, InTech, Croatia, p 3-4.
2. **Vijay M. Ravindra MD, MSPH, Steven S. Senglaub MS, et (2018)**, Degenerative Lumbar Spine disease: Estimating global incidence and worldwide volume, Global Spine Journal 8(8), 784-794.
3. **Đoàn Hải Nam (2003)**, Đánh giá tác dụng của điện châm huyết Ủy trung và Giáp tích thắt lưng (L1 - L5) trong điều trị chứng yếu thống thể hàn thấp, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Vũ Quang Bích (2001)**, Phòng và chữa các chứng bệnh đau lưng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 11.
5. **Bộ Y tế (2009)**, Dược điển Việt Nam IV, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2017)**, Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 74-83, 166-179, 192-204, 298-314, 320-322.
7. **Lê Trinh (2005)**, Đau cột sống thắt lưng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. tr 7-17.
8. **Nguyễn Thị Định (2014)**, Đánh giá hiệu quả điều trị của điện châm kết hợp từ rung nhiệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, Luận văn bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Triệu Thị Thùy Linh (2015)**, Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyết trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
10. **Trần Thị Kiều Lan (2009)**, Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp với thủy châm trong điều trị đau lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI MẬT TUY NGƯỢC DÒNG Ở BỆNH NHÂN SỎI ỐNG MẬT CHỦ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đoàn Hoài Linh*, Nguyễn Thị Mai Hương*,
Dương Văn Tân*, Lê Minh Tiến*, Trần Thị Hồng Phương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp nội soi mật ngược dòng (ERCP) ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có so sánh trước sau điều trị ERCP bệnh nhân sỏi ống mật chủ. **Kết quả:** Từ tháng 1/2021 đến tháng 07/2022 tại Bệnh viện Thanh Nhàn chúng tôi thu thập được 16 ca sỏi ống mật chủ đã can thiệp ERCP lấy sỏi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,67 Tuổi trung bình là 66,94 tuổi, thấp nhất 30 tuổi và cao nhất 90 tuổi. Cải thiện có ý nghĩa tình trạng viêm đường mật và mức độ đau sau ERCP. Tình trạng gia tăng Bilirubin thuyên giảm có ý nghĩa sau can thiệp ERCP. Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật ERCP là: $68,12 \pm 17,97$ phút. Tỷ lệ can thiệp ERCP thành công sau lần 01 là 14/16 ca chiếm tỷ lệ 87,5%. Tỷ lệ biến chứng chung sau thủ thuật ERCP là 6,25,5%. **Kết luận:** Nội soi mật ngược dòng là một phương pháp can thiệp điều trị bệnh lý sỏi ống mật chủ mang lại kết quả tốt và an toàn.

Từ khóa: Nội soi mật ngược dòng; sỏi mật

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF ERCP PROCEDURE OF COMMON BILE

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Hoài Linh

Email: doanhoailinh80@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/5/2022

Ngày duyệt bài: 29/5/2022

DUCT PATIENTS IN THANH NHÀN HOSPITAL

Objectives: Evaluation of the results of Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography on common bile duct stones patients. **Methods:** Cross-sectional description study. **Results:** From 1/2021 to 7/2022 at Thanh Nhàn Hospital, we performed 16 gallstones cases that interfered with ERCP. The ratio male/female is 1,67 with mean age 66,94. Improve the level of pain and cholangitis. Decrease the serum bilirubin. Average time to perform ERCP is $68,12 \pm 17,97$ minutes. The success rate of ERCP after the first was 14 cases, to be approximately 87.5%. The overall complication rate after ERCP was 6,25%. **Conclusion:** Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography is an interventional method of treating gallstone disease resulting in good and safe life of the patients.

Keywords: Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP); Bile stones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh lý thường gặp ở nước ta hiện nay cũng như ở các nước đang phát triển trên thế giới và là bệnh lý đặc trưng của các nước nhiệt đới [1], [2]. Đặc điểm dịch tễ học, sỏi mật đứng lượng thứ hai sau viêm gan các loại. Theo các thống kê thì 90% bệnh lý viêm đường mật nguyên nhân do sỏi. Sự tồn tại của sỏi có thể gây ra những biến chứng cấp tính ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe của bệnh nhân như: Viêm

đường mật cấp, viêm tụy cấp, ung thư đường mật, tắc nghẽn đường mật cấp tính, sỏi kẹt cơ Oddi [2]. Chính vì vậy, trên thế giới cũng đã có rất nhiều phương pháp đưa ra để can thiệp lấy và điều trị bệnh lý sỏi mật như: Mở mở, mổ nội soi hay lấy sỏi qua da [3], [4]. Với sự phát triển vượt bậc của ngành nội soi tiêu hóa can thiệp đã áp dụng một phương pháp điều trị đã mang lại nhiều thành công trong điều trị bệnh lý sỏi ống mật chủ và những biến chứng cấp tính mà chúng gây ra đó là nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) [5]. Phương pháp này được áp dụng rất phổ biến ở các nước trên thế giới với tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng [6], [7], [8]. Tại Việt nam phương pháp này cũng áp dụng từ những năm 90 của thế kỷ XX. Riêng Bệnh viện Thanh Nhàn trong những năm gần đây cũng đã có nhiều thành công trong việc áp dụng ERCP cho những trường hợp bệnh nhân sỏi mật nhằm giải quyết tình trạng nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân do sỏi mật gây ra. Để đánh giá kết quả của phương pháp ERCP khi can thiệp bệnh lý sỏi mật nhóm nghiên cứu đã tiến hành làm sáng tỏ vấn đề qua đề tài: *“Đánh giá kết quả của phương pháp can thiệp nội soi mật ngược dòng ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ tại bệnh viện Thanh Nhàn”*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu tổng số 16 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý sỏi mật đã tiến hành can thiệp ERCP điều trị từ tháng 01/2016 đến tháng 07/2022 tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân trên 18 tuổi đồng ý tham gia vào nghiên cứu được chẩn đoán có bệnh lý sỏi mật: Viêm tụy cấp do sỏi, nhiễm trùng đường mật do sỏi, sỏi kẹt cơ Oddi, tắc mật cấp do sỏi ống mật đã can thiệp ERCP lấy

sỏi mật. Loại trừ bệnh nhân có túi thừa thực quản lớn, hẹp thực quản, hẹp tâm vị, hẹp môn vị, Zenker, tiền sử mổ cắt dạ dày, suy tim giai đoạn cuối, suy thận giai đoạn cuối, khó thở vì bất cứ nguyên nhân gì chưa kiểm soát, rối loạn đông máu nặng chưa điều chỉnh, có biến chứng thủng mật phúc mạc hay viêm phúc mạc mật do sỏi mật, không đồng ý can thiệp ERCP hoặc được can thiệp ERCP nhưng nguyên nhân không phải sỏi mật.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có so sánh trước sau. Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập thông tin nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu tại các thời điểm trước can thiệp ERCP, sau can thiệp 01 ngày, sau can thiệp 03 ngày và sau can thiệp 30 ngày, so sánh trước sau theo các chỉ số nghiên cứu. Phương tiện nghiên cứu: Xét nghiệm CTM, SHM, đông máu cơ bản, nhóm máu, Siêu âm, CTScanner, điện tim, hệ thống Máy C-arm, máy nội soi mật tụy ngược dòng cửa sổ bên, các loại dụng cụ can thiệp: dao, rọ, bóng thông, stent đường mật, thuốc cản quang, bệnh án nghiên cứu. Phương pháp tiến hành: Chuẩn bị bệnh nhân, chuẩn bị dụng cụ, tiến hành thủ thuật, điều trị sau nội soi mật ngược dòng lấy sỏi.

Cỡ mẫu: Tính theo cỡ mẫu thuận tiện: Trong thời gian nghiên cứu cỡ mẫu bao gồm 16 bệnh nhân đủ điều kiện và đồng ý tham gia vào nghiên cứu chúng tôi thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu để tiến hành phân tích số liệu.

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 16.0 version. Các kết quả nghiên cứu được thể hiện dưới dạng số lượng, giá trị trung bình tỷ lệ phần trăm và so sánh hai giá trị. Giá trị $P < 0,05$ là được xác định là sự khác biệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Tổng số có 16 đối tượng tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $66,94 \pm 20,08$. Thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 90 tuổi

Bảng 1: Đặc điểm chung của các đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	n (ca)	Tỷ lệ(%)	Đặc điểm	n (%)	Tỷ lệ (%)
Nam	10	62,5	≤30	02	12,5
			31-50	2	12,5
Nữ	6	37,5	51-70	2	12,5
			71-90	10	62,5
			>90	0	0
Tổng	16	100	Tổng	16	100

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ: 1.67. Trong nghiên cứu nhóm tuổi 71 đến 90 có 10 ca chiếm tỷ lệ cao nhất 62,5%. Nhóm tuổi 31 đến 50 có 2 ca chiếm tỷ lệ 12,5%. Nhóm tuổi > 90 không có ca bệnh nào.

3.2. Cải thiện triệu chứng cận lâm sàng trước và sau can thiệp ERCP

Bảng 2: Cải thiện bilirubin máu trong nhóm bệnh nhân có tăng bilirubin

Đặc điểm	Bilirubin toàn phần(mmol/l)		p
	Trước ERCP	Sau 03 ngày	
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	51,15 ±40,70	27,22 ±29,05	P=0,046

Nhận xét: Tình trạng tăng Bilirubin trước can thiệp có trung bình $51,15 \pm 40,70$ mmol/l, sau can thiệp 03 ngày tình trạng tăng có giá trị trung bình là $27,22 \pm 29,05$ mmol/l. Mức độ cải thiện tình trạng tăng Bilirubin sau can thiệp so với trước can thiệp khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000$.

3.3 Thời gian hoàn thành thủ thuật ERCP

Bảng 3: Thời gian hoàn thành thủ thuật

T hời gian hoàn thành thủ thuật	n (ca)	Tỷ lệ(%)
< 30 phút	1	6,25
30-60 phút	7	43,75
60-90 phút	8	50
>90 phút	0	00
Tổng	16	100

Nhận xét: Thời gian hoàn thành thủ thuật dưới 30 phút 1ca, chiếm tỷ lệ 6,25%. Thời gian từ 30 phút đến 60 phút 30 ca chiếm tỷ lệ 43,75%. Có 08 ca thực hiện từ 60 đến 90 phút chiếm tỷ lệ 50%. Không ca nào thực hiện lớn hơn 90 phút. Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật ERCP là: $68,12 \pm 17,97$ phút.

3.4 Phương pháp can thiệp qua nội soi mật ngược dòng

Bảng 4: Phương pháp can thiệp

Phương pháp	n (ca)	Tỷ lệ(%)	Kết quả (n) ERCP lần 01	Tỷ lệ (%)
Cắt cơ Oddi, lấy hết sỏi	14	87,5	15 Thành công	85,7
Lấy sỏi một phần, đặt stent	2	12,5	1 ERCP thì 2	12,5
Tổng	16	100		

Nhận xét: Phương pháp can thiệp ERCP thành công trong lần lấy đầu tiên là 14/16 ca chiếm tỷ lệ 87,5%. Trong đó: Cắt cơ Oddi lấy hết sỏi 14 ca chiếm tỷ lệ 87,5%; Tỷ lệ còn sót sỏi sau lần can thiệp ERCP đầu tiên 02 ca chiếm tỷ lệ 12,55%.

3.5 Tỷ lệ các tai biến

Bảng 5: Tỷ lệ các tai biến

Tai biến	n (ca)	Tỷ lệ (%)
Viêm tụy cấp sau ERCP	01	6,25
Chảy máu	00	00
Thủng tá tràng	00	00
Viêm đường mật	00	00
Tổng	1	6,25

Nhận xét: Tỷ lệ tai biến chung là 01 ca chiếm 6,25% là viêm tụy cấp

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 16 bệnh nhân chúng tôi thấy chủ yếu gặp sỏi mật ở nam với tỷ lệ nam/nữ: 1,67. Tương tự nghiên cứu của La Văn Phương (2012) lại có tỷ lệ nam cao hơn nữ với Nam/nữ:1,33. Trong nghiên cứu nhóm tuổi 71 đến 90 có ca chiếm tỷ lệ cao nhất 62,5%. Nhóm < 30 tuổi có 2 ca chiếm 12,5%, Nhóm tuổi 31 đến 50 có 2 ca chiếm tỷ lệ 12,5%. Nhóm tuổi 51 đến 70 có 2 ca chiếm tỷ lệ 12,5%, nhóm >90 tuổi không có ca bệnh. Độ tuổi mắc bệnh trung bình là 66,94 tuổi, thấp nhất 30 tuổi và tuổi cao nhất được can thiệp là 90 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên

cứu của Đào Xuân Cường (2015) với độ tuổi trung bình là 64, thấp nhất là 29 và cao nhất là 99, Suissa A và cộng sự (2005) độ tuổi trung bình 63,4. Một tác dụng quan trọng khác của ERCP là cải thiện nhanh chóng tình trạng tắc nghẽn đường mật gây tăng Bilirubin cũng được thể hiện trong nghiên cứu là tình trạng tăng Bilirubin trước can thiệp có trung bình $51,15 \pm 40,70 \mu\text{mol/l}$ và sau can thiệp 03 ngày tình trạng tăng Bilirubin cải thiện rõ ràng khi có giá trị trung bình là $27,22 \pm 29,05 \mu\text{mol/l}$ với mức độ tin cậy $p=0,046$. Nghiên cứu này cũng có kết quả tương tự như nhiều nghiên cứu khác trên thế giới như Liu Y1 và cs (2010) với nồng độ

bilirubin toàn phần giảm sau can thiệp 01 tuần từ 221.89 +/-64.70 μ mol/L xuống 156.0 +/- 32.2 μ mol/L . Tỷ lệ lấy sỏi thành công trong lần đầu can thiệp ERCP trong nghiên cứu của chúng tôi là 14/16 ca chiếm tỷ lệ 87,5%, 02 ca còn sót sỏi sau can thiệp chiếm tỷ lệ 12,5% nguyên nhân là do có nhiều sỏi lớn trong ống mật chủ. Chúng tôi đã tiến hành đặt stent đường mật để cải thiện triệu chứng và tạo điều kiện thuận lợi cho lấy sỏi lần 2. Mức độ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với những nghiên cứu trên thế giới như swiss và cộng sự (2005) là 92%, nghiên cứu trong nước như của La Văn Phương là 85,7% và cao hơn so với nghiên cứu của Đào Xuân Cường(2015) với tỷ lệ thành công 78%. Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật ERCP là: 68,12 $\pm$ 17,97 phút. Ca nhanh nhất là 30 phút, ca lâu nhất là 90 phút. Điều này chỉ rõ sự thành thạo đồng và chuyên nghiệp của Ekip làm can thiệp với những thủ thuật như: Cắt cơ Oddi lấy hết sỏi không đặt stent 14/16 ca chiếm tỷ lệ 87,5%, 02 ca không lấy được sỏi cần đặt stent và lấy sỏi thì hai chiếm 12,5%. Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi gặp biến chứng chung là 01 ca chiếm 6,25% là viêm tụy cấp, không có biến chứng chảy máu hay thủng tá tràng, thấp hơn với các nghiên cứu của Wang và cộng sự (2009) là 7,92%, thấp hơn nghiên cứu của Vandervoort J và cộng sự (2002) là 11,2% và swiss và cộng sự (2005) là 9%.Điều này có thể do số liệu nghiên cứu chưa lớn nên tỉ lệ biến chứng còn khác biệt so với các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Nội soi mật ngược dòng là một phương pháp can thiệp điều trị sỏi mật có hiệu quả trong việc giảm mức độ đau, cải thiện tình trạng nhiễm khuẩn, tạo sự lưu thông đường mật tránh gây tắc nghẽn, an toàn và tỷ lệ thành công cao

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **PGS.TS. Hà Văn Quyết (2006)**, Bài giảng bệnh học ngoại khoa- Trường đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, trang 84-90
2. **Nguyễn Công Long, L ục Lê Long (2017)**. Đánh giá kết quả phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân có sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Bạch Mai
3. **Tạ Văn Ngọc Đức, Nguyễn Ngọc Tuấn**. Kết quả lấy sỏi đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong 4 năm tại Bệnh viện bình dân (06/2005 – 06/2009), (2010), Chuyên đề KHKT BV Bình Dân, Tập14, Số1, Trang: 388.
4. **La Văn Phương (2012)**. Đánh giá kết quả nội soi mật-tụy ngược dòng (ercp) sớm trong điều trị sỏi ống mật chủ có biến chứng tại bvdktw cần thơ. y học thành phố Hồ Chí Minh. 16(3).
5. **Đào Xuân Cường (2015)**. Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị cấp cứu sỏi đường mật có biến chứng. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 19(5).
6. **Ahmed M¹, Kanotra R², Savani GT³, Kotadiya F⁴, Patel N⁵, Tareen S⁶, Fasullo MJ⁷, Kesavan M⁸, Kahn A⁸, Nalluri N¹, Khan HM¹, Pau D¹, Abergel J⁸, Deeb L⁸, Andrawes S⁸, Das A⁹**. Utilization trends in inpatient endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP): A cross-sectional US experience. Endosc Int Open. 2017 Apr;5(4):E261-E271

7. **Đặng Việt Dũng, Lê Văn Luận, Triệu Triều Dương (2012).** Đánh giá kết quả phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi đường mật chính tại bệnh viện Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh. Y học Quân sự.
8. **Bùi Tuấn Anh (2011).** Ứng dụng kỹ thuật mới tạo đường hầm nội soi tán sỏi đường mật xuyên qua da. Tạp chí y học Quân sự. Chuyên đề ngoại bụng. 41-44.
9. **Liu Y1, Meng J, Wang J, et al (2010).** Repeated rendezvous treatment of PTBD and ERCP in patients with recurrent obstructive jaundice. Hepatogastroenterology. 57 (102-103).1029-33.
10. **Vandervoort J, Soetikno RM, Tham TC, et al (2002).** Risk factors for complications after performance of ERCP. Gastrointest Endosc. 56. 652-656.
11. **Wang P, Li ZS, Liu F, et al (2017).** Risk factors for ERCP-related complications: a prospective multicenter study. Am J Gastroenterol.104. 31-40.
12. **Suissa A, Yassin K, Lavy A, et al (2005).** Outcome and early complications of ERCP: a prospective single center study. Hepatogastroenterology.52. 352-355.

TÌM HIỂU MỐI LIÊN QUAN GIỮA ÁP LỰC Ổ BỤNG VÀ TÌNH TRẠNG VIÊM PHỔI Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT TIÊU HÓA TẠI KHOA HỒI SỨC NGOẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Phạm Thị Kim Huệ*, Nguyễn Thành Vinh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng tăng áp lực ổ bụng, kết quả điều trị ở bệnh nhân sau phẫu thuật tiêu hóa và đánh giá mối liên quan giữa áp lực ổ bụng và tình trạng viêm phổi ở những bệnh nhân này.

Phương pháp: nghiên cứu tiền cứu, mô tả, theo dõi dọc, cỡ mẫu thuận tiện.

Kết quả: Có 32% bệnh nhân trong nghiên cứu có tăng áp lực ổ bụng, 20% bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng độ I, xuất hiện vào thời điểm $48 \pm 9,8$ giờ sau phẫu thuật. 4% bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng độ II, xuất hiện tăng áp lực ổ bụng vào giờ thứ 60 và đạt mức độ II vào giờ thứ 90 sau phẫu thuật. 8% bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng độ III, xuất hiện tăng áp lực ổ bụng vào ngày thứ 8 và đạt mức độ III vào ngày thứ 9,5. 4% bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng độ IV, xuất hiện tăng áp lực ổ bụng vào ngày thứ 10 và đạt độ IV vào ngày thứ 11.

Có 28% bệnh nhân nghiên cứu bị viêm phổi sau phẫu thuật, 4% bệnh nhân bị viêm phổi kèm theo tăng áp lực ổ bụng độ I, chẩn đoán viêm phổi ở giờ thứ 180 sau phẫu thuật (sau chẩn đoán tăng áp lực ổ bụng độ I 132 giờ). 4% bệnh nhân bị viêm phổi kèm theo tăng áp lực ổ bụng độ II, viêm phổi xuất hiện ở giờ thứ 160 sau phẫu thuật

(sau chẩn đoán tăng áp lực ổ bụng độ II 70 giờ). 8% bệnh nhân bị viêm phổi kèm theo tăng áp lực ổ bụng độ III, viêm phổi xuất hiện vào ngày thứ 11 sau phẫu thuật (sau chẩn đoán tăng áp lực ổ bụng độ III 1,5 ngày). 4% bệnh nhân bị viêm phổi kèm theo tăng áp lực ổ bụng độ IV, viêm phổi xuất hiện vào ngày thứ 12 sau phẫu thuật (sau chẩn đoán áp lực ổ bụng độ IV 1 ngày).

Có 8% bệnh nhân (tất cả bệnh nhân có áp lực ổ bụng độ III,IV) đều có biến chứng sau phẫu thuật (rò,bục miệng nối,abces), viêm phổi, diễn biến nặng và xin về. Tất cả các bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng độ I và II đều được ra viện. Các bệnh nhân viêm phổi không kèm theo tăng áp lực ổ bụng đều được ra viện.

Kết luận: Nghiên cứu chỉ ra viêm phổi luôn xuất hiện sau khi tình trạng tăng áp lực ổ bụng xảy ra, ngay cả khi thời điểm xuất hiện tăng áp lực ổ bụng rất khác nhau ở các bệnh nhân. Bệnh nhân càng có áp lực ổ bụng cao thì càng nhanh xuất hiện viêm phổi và tiên lượng tử vong càng cao.

Từ khóa: Áp lực ổ bụng, viêm phổi, phẫu thuật tiêu hóa

SUMMARY

FIGURE THE RELATIONS BETWEEN ABDOMINAL PRESSURE AND PNEUMONIA IN PATIENTS AFTER GASTROINTESTINAL SURGERY AT THE SURGICAL REUSUSCITATION DEPARTMENT IN THANH NHAN HOSPITAL

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Kim Huệ

Email: bvtncdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/5/2022

Ngày duyệt bài: 29/5/2022

Objectives: To evaluate the status of increased intra-abdominal pressure (IAP), the results of treatment in patients after gastrointestinal surgery and evaluate the correlation between abdominal pressure and pneumonia in these patients.

Methods: prospective, descriptive, longitudinal study, convenient sample size.

Results: 32% of patients in the study had an increase in IAP, 20% of patients had an increase in IAP grade I, appearing at 48 ± 9.8 hours after surgery. 4% of patients had grade II elevation of IAP, developed an IAP elevation at 60 hours and reached grade II at 90 hours postoperatively. 8% of patients had grade III elevation of IAP, developed increased intra-abdominal pressure on day 8 and reached grade III on day 9.5. 4% of patients had grade IV elevation, developed IAP elevation on day 10, and achieved grade IV on day 11.

There were 28% of study patients with pneumonia after surgery, 4% of patients with pneumonia with increased IAP grade I, diagnosed pneumonia at 180 hours after surgery (after diagnosis of increasing IAP grade I 132 hours). . 4% of patients had pneumonia with increased IAP grade II, pneumonia appeared at 160 hours after surgery (70 hours after diagnosis of grade II increase in IAP). 8% of patients had pneumonia with increased IAP grade III, pneumonia appeared on the 11th day after surgery (1.5 days after diagnosis of grade III IAP increase). 4% of patients had pneumonia with increased grade IV IAP, pneumonia appeared on day 12 after surgery (after diagnosis of grade IV IAP 1 day).

Conclusion: The study shows that pneumonia always occurs after the increase in intra-abdominal pressure occurs, even though the time of onset of the increase in intra-abdominal pressure varies widely among patients. The

higher the patient's intra-abdominal pressure, the faster the onset of pneumonia and the higher the prognosis for mortality.

Keywords: Abdominal pressure, pneumonia, digestive surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh lý có thể đe dọa tính mạng, cần phát hiện, điều trị kịp thời. Viêm phổi sau phẫu thuật hay gặp, là viêm phổi bệnh viện nhưng không phải viêm phổi do thở máy.

Áp lực ổ bụng (ALOB) là áp lực ở trạng thái cân bằng động trong khoang bụng. ALOB giúp tính được áp lực tưới máu bụng (ALTMB) bằng: $MAP - ALOB$ (IAP). $ALTMB > 60$ mmHg mới đảm bảo tưới máu tạng. Tăng ALOB gây ra rối loạn chức năng tạng theo 2 cách: một là, giai đoạn sớm: Áp lực trong ổ bụng tăng tác động trực tiếp lên tạng gây giảm tưới máu; hai là, giai đoạn tiến triển: tăng ALOB kéo dài tạo ra hiệu ứng miễn dịch và phản ứng viêm, gây tổn thương và suy tạng, có thể gây ra hội chứng rối loạn chức năng nhiều cơ quan (MODS) khi phản ứng đáp ứng viêm toàn thể quá mức, sản xuất ra một khối lượng lớn cytokine.

Phẫu thuật ổ bụng – tiêu hóa đây là một đại phẫu thuật phải tiến hành trong phòng mổ dưới gây mê. Các bệnh lý trong ổ bụng, đặc biệt bệnh lý cấp cứu thường kèm theo các rối loạn toàn thân như nhiễm khuẩn; rối loạn nước-điện giải, dinh dưỡng; rối loạn chức năng gan, thận; hô hấp, ... đặc biệt trong đó có sự thay đổi về ALOB mà chúng ta thường ít nhắc đến.

Qua khảo sát một số bệnh nhân bị viêm phổi sau phẫu thuật tiêu hóa tại khoa Hồi sức ngoại bệnh viện Thanh Nhân, chúng tôi nhận thấy có sự liên quan tới thay đổi ALOB mà hiện nay những nghiên cứu về nó còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. *Đánh giá tình trạng tăng áp lực ổ bụng và kết quả điều trị ở bệnh nhân sau phẫu thuật tiêu hóa ở khoa Hồi sức ngoại bệnh viện Thanh Nhân.*

2. *Đánh giá mối liên quan giữa áp lực ổ bụng và tình trạng viêm phổi ở bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân trên 16 tuổi.

ASA I,II.

Không có bệnh lý về thần kinh, tâm thần.

Có chỉ định phẫu thuật mở đường tiêu hóa.

Chẩn đoán xác định viêm phổi sau PT 48h.

Bệnh nhân rút được ống NKQ ngay sau PT.

Tiêu chuẩn loại trừ

Không đồng ý tham gia nghiên cứu

Có phẫu thuật hoặc dẫn lưu ổ bụng trước PT

Có bệnh lý bất thường ở bàng quang

Có bệnh lý khác gây tăng ALOB

Có bệnh lý hô hấp cấp hoặc mạn tính trước phẫu thuật.

Có bệnh lý mạn tính: suy tim độ III, IV (theo phân loại NYHA); ung thư giai đoạn cuối;

Lupus ban đỏ hệ thống; suy thận mạn; xơ gan.

2. Phương pháp nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Hồi sức ngoại bệnh viện Thanh Nhân

Thời gian tiến hành nghiên cứu: từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2021

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc, cỡ mẫu thuận tiện

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ các biến chứng

Kết quả điều trị	n	%
Tử vong	0	0
BC Rò, bục miệng nối n (nặng về)	2	8
BC Absces tồn dư (nặng về)	1	4
Không biến chứng, ra viện	22	88
Tổng	3	12

Nhận xét: Không có BN tử vong tại viện, 3 BN biến chứng PT và nặng về (2 ca rò, bục miệng nối, 1 ca nhân absces tồn dư sau PT) chiếm 12%, 88% còn lại không có biến chứng và ra viện.

Bảng 2. Tỷ lệ BN theo giá trị áp lực ổ bụng

ALOB	n	%
Bình thường	16	64
Độ I	5	20
Độ II	1	4
Độ III	2	8
Độ IV	1	4
Tổng	25	100

Nhận xét: 16 BN không tăng ALOB (64%), 5 BN tăng ALOB độ I chiếm (20%), 1 BN tăng ALOB độ II (4%), 2 BN tăng ALOB độ III (8%) và 1 BN tăng ALOB độ IV (4%). Trong đó các BN có ALOB độ III và IV là nhóm BN có biến chứng và nặng về.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân bị viêm phổi sau phẫu thuật

Kết quả điều trị	n	%
------------------	---	---

Viêm phổi	7	28
Không viêm phổi	18	72
Tổng	25	100

Nhận xét: Có 7 BN viêm phổi sau PT chiếm 28% và 18 BN không viêm phổi chiếm 72%.

Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân bị viêm phổi sau phẫu thuật phân theo giá trị ALOB

ALOB ở BN viêm phổi sau PT	n	%
ALOB bình thường	2	8
Độ I	1	4
Độ II	1	4
Độ III	2	8
Độ IV	1	4
Tổng	7	28

Nhận xét: Trong số BN viêm phổi, có 2 BN không tăng ALOB, 1 BN tăng ALOB độ I, 1 BN tăng ALOB độ II, 2 BN tăng ALOB độ III và 1 BN tăng ALOB độ IV.

Bảng 5. Thời điểm trung bình bắt đầu xuất hiện tăng ALOB ở nhóm tăng ALOB độ I

BN tăng ALOB độ I		Thời điểm bắt đầu chẩn đoán tăng ALOB độ I (giờ)
Độ I n = 5	$\bar{X} \pm SD$	48 $\pm$ 9,8
	Min-Max	37 - 65

Nhận xét: Thời điểm trung bình xuất hiện tăng ALOB I là 48 $\pm$ 9,8 giờ sau PT

Bảng 6. Thời điểm chẩn đoán viêm phổi ở nhóm bệnh nhân tăng ALOB độ I

BN tăng ALOB độ I	Thời điểm chẩn đoán viêm phổi (giờ)
Độ I (n = 1)	180

Nhận xét: Trong số 5 BN có tăng ALOB độ I, có 1 BN bị viêm phổi. Thời điểm chẩn đoán viêm phổi là 180 giờ sau PT.

Bảng 7. Thời điểm bắt đầu xuất hiện, thời điểm chẩn đoán tăng ALOB độ II và chẩn đoán viêm phổi ở nhóm tăng ALOB độ II

BN tăng ALOB độ II	Thời điểm xuất hiện tăng ALOB (giờ)	Thời điểm chẩn đoán tăng ALOB độ II (giờ)	Thời điểm chẩn đoán viêm phổi (giờ)
Độ II (n=1)	60	90	160

Nhận xét: Thời điểm bắt đầu xuất hiện tăng ALOB là 60 giờ sau PT, sau đó ALOB tăng dần đến độ II vào giờ thứ 90. Thời điểm chẩn đoán viêm phổi là giờ thứ 160 sau PT.

Bảng 8. Thời điểm bắt đầu xuất hiện, thời điểm chẩn đoán tăng ALOB độ III và chẩn đoán viêm phổi ở nhóm tăng ALOB độ III

BN tăng ALOB độ III		Thời điểm bắt đầu xuất hiện tăng ALOB (ngày)	Thời điểm chẩn đoán tăng ALOB độ III (ngày)	Thời điểm chẩn đoán viêm phổi (ngày)
Độ III n = 2	$\bar{X} \pm SD$	8	9,5	11
	Min-Max	7-9	8-11	9-13

Nhận xét: Thời điểm xuất hiện tăng ALOB là ngày thứ 8 và đạt ALOB độ III là ngày thứ 9,5 sau PT. 2 BN đều bị viêm phổi và thời điểm xuất hiện viêm phổi trung bình là vào ngày thứ 11.

Bảng 9. Thời điểm bắt đầu xuất hiện, chẩn đoán tăng ALOB độ IV và viêm phổi ở nhóm tăng ALOB độ IV

BN tăng ALOB độ IV	Thời điểm bắt đầu xuất hiện tăng ALOB (ngày)	Thời điểm chẩn đoán tăng ALOB độ IV (ngày)	Thời điểm chẩn đoán viêm phổi
Độ IV (n=1)	10	11	12

Nhận xét: Thời điểm xuất hiện tăng ALOB là ngày thứ 10 và đạt ALOB độ IV vào ngày thứ 11. Thời điểm xuất hiện viêm phổi là ngày thứ 12.

IV. BÀN LUẬN

Các BN có cùng yếu tố nguy cơ như nhau, 100 % PT cấp cứu. Không có tử vong tại viện, có 3 BN nặng về và tử vong tại nhà (nhóm biến chứng PT và có tăng ALOB độ III, IV) chiếm 12% và về trong tình trạng sốc nhiễm khuẩn, lọc máu liên tục, nhiễm khuẩn nặng. Do đó có thể tính tỷ lệ tử vong là 12%. Tăng ALOB độ III, IV là mức độ nặng, gây

ảnh hưởng đến tưới máu tạng, cản trở máu về lồng ngực, hạn chế chức năng hô hấp, chức năng tim mạch, nếu không được can thiệp xử lý giảm áp sớm sẽ dẫn đến suy đa tạng và tử vong. Trong số 3 BN trên, 1 BN được can thiệp mổ lại thành công, ALOB giảm, tuy không còn dấu hiệu nặng về ngoại khoa cần can thiệp nhưng đã tiến triển viêm phổi và suy thận nặng, gia đình từ chối điều trị tiếp

tục; 1 BN gia đình từ chối mổ lại, sau đó diễn biến sốc nhiễm khuẩn, gia đình xin về; 1 BN có tình trạng nhiễm khuẩn ổ bụng quá nặng trước khi mổ lại khiến BN tiến triển xấu hơn mặc dù đã can thiệp PT.

Có 7 BN xuất hiện viêm phổi sau PT chiếm 28% và 18 BN không viêm phổi chiếm 72%. Trong đó có 2 BN không tăng ALOB, 1 BN tăng ALOB độ I, 1 BN tăng ALOB độ II, 2 BN tăng ALOB độ III và 1 BN tăng ALOB mức độ IV. Và như vậy theo nghiên cứu, không phải BN nào viêm phổi cũng đều có tăng ALOB và ngược lại

Đánh giá nhóm tăng ALOB độ I: Thời điểm trung bình xuất hiện tăng áp lực ổ bụng độ I là $48 \pm 9,8$ giờ. Điều này có thể giải thích rằng, ở bệnh nhân sau phẫu thuật tiêu hóa, sự can thiệp trực tiếp vào đường ruột có thể gây liệt ruột, chướng hơi làm tăng ALOB sau mổ, hay gặp ở 3 ngày đầu sau phẫu thuật. Trong số 5 bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng độ I, có 1 bệnh nhân bị viêm phổi. Trên thực tế, ALOB ở bệnh nhân này tăng kéo dài đến ngày thứ 6 sau phẫu thuật, bệnh nhân chậm đánh hơi và đánh hơi ít. Thời điểm chẩn đoán viêm phổi ở bệnh nhân này là 180 giờ. Nói cách khác, viêm phổi ở bệnh nhân này xuất hiện sau thời điểm bắt đầu tăng ALOB khoảng 5 ngày. Chúng tôi không dám khẳng định viêm phổi ở bệnh nhân này có tác động bởi tăng ALOB hay không, nhưng rõ ràng là nó xuất hiện sau khi tình trạng tăng ALOB xảy ra.

Đánh giá nhóm tăng ALOB độ II: Thời điểm chẩn đoán xác định tăng ALOB độ II vào giờ thứ 160 sau phẫu thuật. Như vậy,

viêm phổi ở bệnh nhân này cũng xuất hiện sau khi xảy ra tình trạng ALOB và khoảng cách để xảy ra viêm phổi ngắn hơn ở bệnh nhân tăng ALOB độ I.

Đánh giá nhóm tăng ALOB độ III và độ IV: Có 2 bệnh nhân có tăng ALOB độ III. Thời điểm chẩn đoán tăng ALOB độ III vào ngày thứ 9,5 sau phẫu thuật. Cả hai bệnh nhân này đều bị viêm phổi và thời điểm xuất hiện viêm phổi trung bình vào ngày thứ 11. Như vậy, viêm phổi xuất hiện sau khi chẩn đoán tăng ALOB độ III khoảng 1,5 ngày. Khoảng cách này ngắn hơn ở nhóm bệnh nhân độ II. Có 1 bệnh nhân tăng ALOB độ IV. Thời điểm chẩn đoán tăng ALOB độ IV là ngày thứ 11 sau phẫu thuật. Thời điểm xuất hiện viêm phổi là ngày thứ 12 - sau khi chẩn đoán tăng ALOB độ IV 1 ngày. Như vậy, thời điểm xảy ra tăng ALOB ở 2 nhóm bệnh nhân này không giống với nhóm độ I, II vì nó diễn ra trong khoảng thời gian xảy ra biến chứng. Viêm phổi ở 2 nhóm này cũng không xảy ra trước mà xảy ra sau khi ALOB tăng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về áp lực ổ bụng và tình trạng viêm phổi ở 25 bệnh nhân sau phẫu thuật tiêu hóa tại khoa hồi sức ngoại bệnh viện Thanh Nhàn, chúng tôi đưa ra được những kết luận như sau:

Có 8% bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật (rò, bực miệng nối, abscess) đều xuất hiện tăng ALOB độ III, IV và viêm phổi, diễn biến nặng nề. Tất cả các bệnh nhân có tăng ALOB độ I và II đều được ra viện. Các bệnh

nhân viêm phổi không kèm theo tăng ALOB đều được ra viện.

Có 32 % bệnh nhân có tăng ALOB, 20 % bệnh nhân có tăng ALOB độ I, chẩn đoán vào thời điểm $48 \pm 9,8$ giờ sau phẫu thuật. 4% bệnh nhân có tăng ALOB độ II giờ thứ 90 sau phẫu thuật. 8% bệnh nhân có tăng ALOB độ III vào ngày thứ 9,5 sau phẫu thuật. 4% bệnh nhân có tăng ALOB độ IV vào ngày thứ 11 sau phẫu thuật.

Có 28% bệnh nhân viêm phổi sau phẫu thuật, 4% bệnh nhân viêm phổi kèm theo tăng ALOB độ I, chẩn đoán viêm phổi ở giờ thứ 180 sau phẫu thuật. 4% bệnh nhân bị viêm phổi kèm theo tăng ALOB độ II, viêm phổi xuất hiện ở giờ thứ 160 sau phẫu thuật. 8% bệnh nhân bị viêm phổi kèm theo tăng ALOB độ III, viêm phổi xuất hiện vào ngày thứ 11 sau phẫu thuật. 4% bệnh nhân bị viêm phổi kèm theo tăng ALOB độ IV, viêm phổi xuất hiện vào ngày thứ 12 sau phẫu thuật. Như vậy, theo nghiên cứu thì viêm phổi luôn xuất hiện sau khi tình trạng tăng ALOB xảy ra, ngay cả khi thời điểm xuất hiện tăng

ALOB rất khác nhau ở các bệnh nhân. Bệnh nhân càng có ALOB cao thì càng nhanh xuất hiện viêm phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đắc Ca (2007)**, Nghiên cứu giá trị của áp lực ổ bụng trong chẩn đoán mức độ và theo dõi diễn biến của viêm tụy cấp, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
2. **Vũ Đức Định, Nguyễn Đắc Ca, Nguyễn Gia Bình (2011)**, "Viêm tụy cấp: mối tương quan giữa tăng áp lực ổ bụng với mức độ nặng và một số cytokines trong dịch ổ bụng", Tạp chí y học thực hành, 761, tr. 191 – 196.
3. **Akbulut, G. et al. (2010)**, "Renal cytokine and histopathologic changes following acutely IAP: an animal study", Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 16(2), pp. 103-7.
4. **Al-Bahrani A.Z. et al. (2008)**, "Clinical relevance of intra-abdominal hypertension in patients with severe acute pancreatitis", Pancreas, 36(1), pp. 39-43.
5. **Al-Bahrani A.Z. et al. (2010)**, "Gut barrier dysfunction in critically ill surgical patients with abdominal compartment syndrome", Pancreas, 39(7), pp. 1064 - 1069.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG KHỚP GỐI SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC BẰNG GÂN TỰ THÂN TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Lê Thanh Sơn*, Nghiêm Việt Dũng*,
Đỗ Hoài Minh*, Hà Huy Hiếu*, Vũ Thanh Thùy*

TÓM TẮT

Nghiên cứu 52 các bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân tự thân qua nội soi và tập phục hồi chức năng tại khoa CTCH bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2020 tới tháng 12/2021. Đặc điểm chung nam giới bị tổn thương dây chằng chéo trước nhiều hơn, gấp 1,6 lần so với nữ giới. Tuổi trung bình bị chấn thương là 33 tuổi. Nguyên nhân chấn thương hay gặp nhất là tai nạn giao thông (40,4%), thứ hai là chấn thương trong thể thao (32,7%). Thời gian từ lúc bị chấn thương tới khi được phẫu thuật chức năng trung bình là 5 tháng. Tổn thương dây chằng chéo trước thường phối hợp với tổn thương sụn chêm (61,5%). Gối phải hay bị chấn thương hơn. Kết quả phục hồi chức năng sau 3 tháng điều trị PHCN có 73,1% bệnh nhân được đánh giá tốt và rất tốt theo thang điểm Lysholm với điểm trung bình là $86,4 \pm 6,83$ điểm. Có 94,3 % bệnh nhân được đánh giá rất tốt và tốt theo thang điểm IKDC. Trong các yếu tố liên quan chúng tôi ghi nhận có ảnh hưởng tới kết quả PHCN như độ tuổi của bệnh nhân với $p < 0,05$, tuổi càng cao thì mức độ phục hồi càng chậm. Mức độ phục hồi chức năng khớp gối không phụ thuộc vào giới tính, nghề nghiệp, nguyên nhân,

thời gian, vị trí và mức độ chấn thương gối của bệnh nhân.

Từ khóa: khớp gối, phục hồi chức năng

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF REPAIR OF KNEE STEOARTHRITIS AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY TO RECONSTRUCT THE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT WITH AUTOLOGOUS TENDONS AT THANH NHAN HOSPITAL

A study of 52 patients undergoing anterior cruciate ligament reconstruction surgery and rehabilitation exercises at the orthopedic department of Thanh Nhan hospital from January 2020 to December 2021. In general, men suffer more damage to the anterior cruciate ligament, 1.6 times more than women. The average age of injury was 33 years old. The most common cause of injury is traffic accidents (40.4%), the second is sports injuries (32.7%). The average time from injury to functional surgery was 5 months. Injury to the anterior cruciate ligament is often associated with meniscus damage (61.5%). Rehabilitation results after 3 months of rehabilitation treatment were 73.1% of patients who were evaluated as good and very good according to the Lysholm scale with an average score of 86.4 ± 6.83 points. There were 94.3% of patients rated very good and good according to the IKDC scale. Among the relevant factors we noted that affect the outcome of rehabilitation

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hoài Minh

Email: bvtncdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/5/2022

Ngày duyệt bài: 29/5/2022

such as the age of the patient, the older the age, the slower the recovery. The degree of knee rehabilitation is independent of the patient's gender, occupation, cause, duration, location, and severity of knee injury.

Keywords: knee joint, rehabilitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp gối có vai trò rất quan trọng trong chu trình bước đi và khi thay đổi tư thế đứng, ngồi. Đây là khớp dạng lồng cầu có bao hoạt dịch rộng, một khớp ở nông nên dễ bị thương tổn khi chấn thương [1].

Trong những chấn thương kín khớp gối do tai nạn giao thông và nhất là chấn thương thể thao, tổn thương dây chằng chéo trước là rất thường gặp. Theo thống kê tại Mỹ, trung bình hàng năm có khoảng 250.000 người bị tổn thương dây chằng chéo trước, khoảng 100.000 người được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước [2]. Tại Australia, tổn thương dây chằng chéo trước chiếm khoảng 1,5% số người bị chấn thương, trong đó nam gấp 2 lần nữ [3]. Tỷ lệ chấn thương khớp gối có đứt dây chằng chéo trước ở các vận động viên thường cao hơn [4].

Dây chằng chéo trước giữ một vai trò quan trọng trong hoạt động của khớp gối. Khi dây chằng chéo bị tổn thương sẽ làm cho khớp gối lỏng lẻo, nhanh chóng bị thoái hóa do các điểm chịu lực của hai lõi cầu xương đùi trên mâm chày luôn luôn bị thay đổi trong các động tác gấp, duỗi gối. Vì vậy việc phẫu thuật để tái tạo lại dây chằng chéo trước là cần thiết và nên làm sớm [1][3]. Sự lựa chọn tối ưu cho đến nay vẫn là mảnh ghép tự thân như gân cơ bán gân và gân cơ thon [1].

Rất nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng: kết quả phục hồi chức năng khớp gối phụ thuộc vào kỹ thuật mổ, chất liệu thay thế dây chằng và phương pháp điều trị phục hồi chức năng sau

phẫu thuật. Don Johnson lượng giá thấy rằng sự thành công phụ thuộc 50% vào phẫu thuật và 50% vào chương trình phục hồi chức năng [Error! Reference source not found.][5].

Tại khoa chấn thương chỉnh hình bệnh viện Thanh Nhàn, phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối qua nội soi với mảnh ghép tự thân là gân cơ bán gân và gân cơ thon đã được thực hiện từ nhiều năm và hầu hết các bệnh nhân đều được phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật bởi các kỹ thuật viên và điều dưỡng tại khoa. Tuy nhiên, hiện nay chưa có có công trình nào nghiên cứu đánh giá kết quả phục hồi chức năng sau phẫu thuật tạo hình dây chằng chéo trước tại bệnh viện Thanh Nhàn. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân tự thân tại bệnh viện Thanh Nhàn” nhằm hai mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo bằng gân tự thân qua nội soi.*

2. *Bước đầu tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tới chức năng khớp gối sau phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân tự thân qua nội soi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 52 các bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân tự thân (gân Hamstring) qua nội soi và tập phục hồi chức năng tại khoa CTCH bệnh viện Thanh Nhàn từ 1/2020 tới tháng 12/2021.

***Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:**

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước qua nội soi bằng mảnh

ghép gân cơ bán gân và gân cơ thon một bên khớp gối.

- Có bệnh án ghi chép đầy đủ tình trạng thương tổn và phương pháp điều trị trước đó.
- Được theo dõi và đánh giá đúng, đủ các thông số trong nghiên cứu.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân có tổn thương xương kèm theo (ở tay, đùi, cẳng chân) ảnh hưởng tới tập PHCN
- Tổn thương dây chằng chéo trước cả hai gối.
- Tổn thương đa dây chằng của một gối.
- Những bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

*** Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp lâm sàng tự đối chứng (so sánh trước và sau điều trị).

Bệnh nhân sau khi vào viện có chỉ định phẫu thuật tái tạo DCCT bằng gân cơ thon và gân cơ bán gân, chúng tôi tiến hành thu thập thông tin từ bệnh án, phẫu thuật viên và thăm khám bệnh nhân theo nội dung mẫu bệnh án nghiên cứu tại thời điểm ngày đầu sau phẫu thuật (phụ lục 1).

Tiến hành PHCN theo chương trình cho bệnh nhân hàng ngày tại bệnh phòng ngay sau phẫu thuật, đồng thời hướng dẫn cho bệnh nhân tự tập ở nhà.

Thời gian tập tại bệnh viện từ 2- 3 tuần. Sau đó hướng dẫn chương trình tập luyện tiếp theo, khám lại theo hẹn.

Đánh giá kết quả sau 2 tuần, 6 tuần, 12 tuần phục hồi chức năng.

*** Phương pháp đánh giá kết quả:**

Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả sau 2 tuần, 6 tuần và 12 tuần điều trị PHCN. Chúng tôi căn cứ vào thang điểm

theo hiệp hội khớp gối quốc tế (IKDC) 2000, Lysholm Score (1985)[3][5][6]

Dựa theo Lysholm J và cộng sự (1985), lập thành bảng hỏi phỏng vấn bệnh nhân.

Đánh giá kết quả qua bốn mức độ A, B, C, D. Trong đó:

A: rất tốt 95 - 100 điểm.

B: tốt 84 - 94 điểm.

C: trung bình 65 - 83 điểm.

D: kém < 65 điểm.

Dựa theo IKDC để lượng giá các triệu chứng đau, sưng nề, tính không ổn định của khớp gối sau phẫu thuật.

Đánh giá kết quả qua bốn mức độ hoạt động mà không xuất hiện triệu chứng. Nếu xuất hiện triệu chứng ở mức nào, thì kết quả được đánh giá mức độ thấp hơn kế tiếp, theo thứ tự: A rất tốt, B tốt, C trung bình, D kém.

Đo tầm vận động duỗi khớp gối

Đánh giá kết quả chung:

Dựa vào bảy thông số trên để đánh giá kết quả cho từng bệnh nhân qua bốn mức độ: rất tốt, tốt, trung bình, kém.

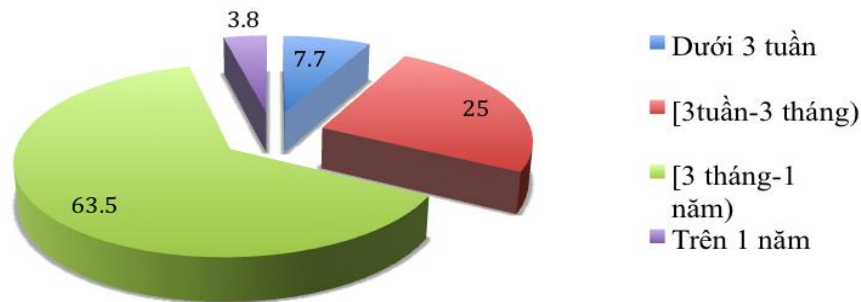
Đánh giá điều trị (đợt 1) sau 2 tuần, (đợt 2) sau 6 tuần, (đợt 3) sau 12 tuần điều trị PHCN.

2.3. Xử lý số liệu

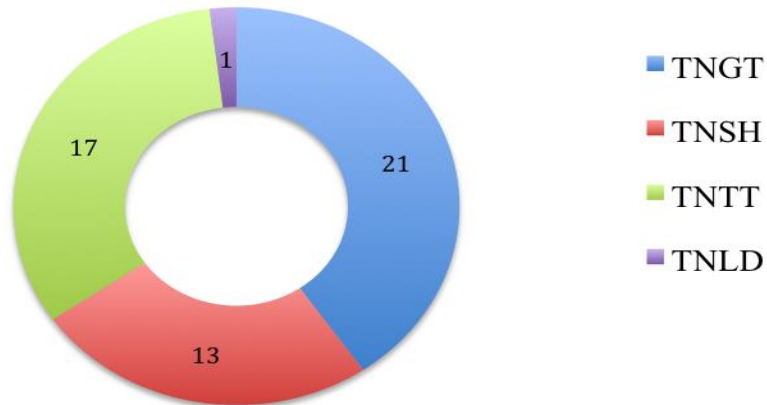
Các số liệu được nhập và phân tích theo phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các thuật toán thống kê thích hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên tổng số 52 bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân tự thân (gân Hamstring) qua nội soi và tập phục hồi chức năng tại khoa CTCH-BV Thanh Nhàn thu được tuổi trung bình là $33,12 \pm 11,22$ tuổi, trẻ nhất là 19 tuổi, lớn tuổi nhất là 55 tuổi. Lứa tuổi hay gặp nhất là 20 – 49 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,6.

Thời gian chấn thương**Biểu đồ 1: Tỷ lệ thời gian chấn thương**

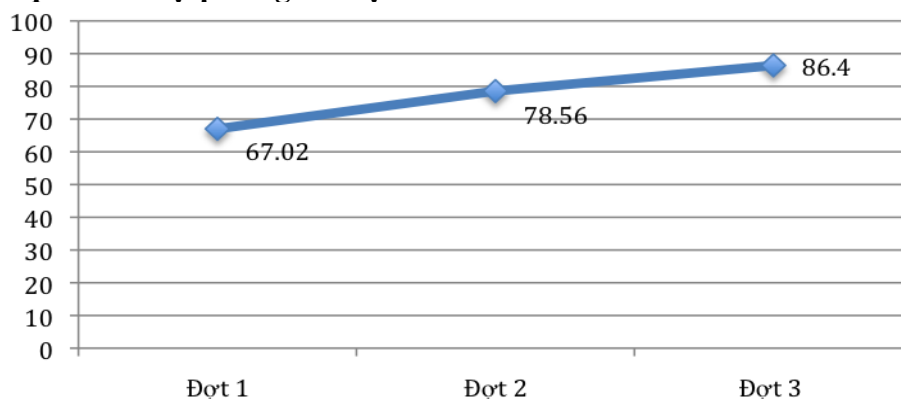
Nhóm bệnh nhân tới khám và phẫu thuật trong giai đoạn sau chấn thương 3 tháng tới 1 năm là cao nhất. Thời gian chấn thương trung bình là 5 tháng.

**Biểu đồ 2: Nguyên nhân chấn thương**

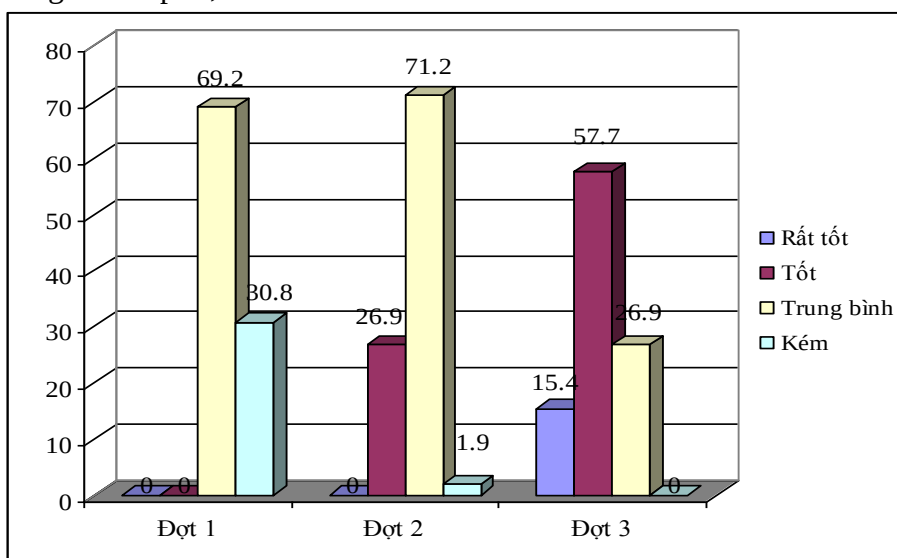
Nhóm nguyên nhân hay gặp nhất là tai nạn giao thông với 21 ca, tiếp theo là tai nạn thể thao và tai nạn sinh hoạt cũng chiếm số lượng cao với 17 và 13 trường hợp.

Bệnh nhân bị tổn thương DCCT bên chân phải chiếm đa số (59,6%).

Tổn thương gồi ghì nhận trong phẫu thuật có 34,6 % tổn thương dây chằng chéo trước đơn thuần, còn lại có 65.4 %tổn thương rách sụn chêm phối hợp.

Kết quả điều trị qua 3 giai đoạn $p < 0,001$ **Biểu đồ 3: Kết quả Lysholm trung bình qua các đợt điều trị**

Kết quả đánh giá theo thang điểm Lysholm trung bình của các đợt có sự tiến triển có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

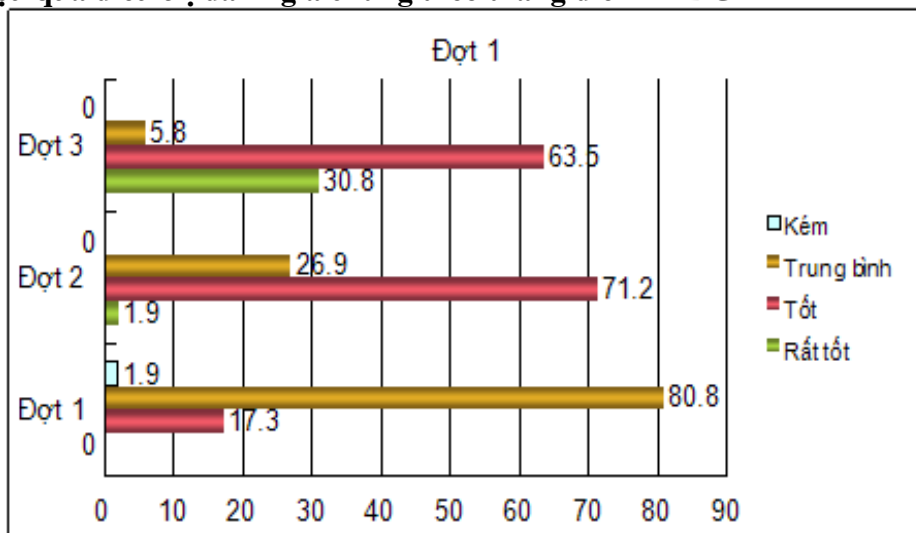


$P < 0,001$

Biểu đồ 4: Phân loại kết quả theo tiêu chuẩn Lysholm

Với đợt 1, ưu thế điểm là mức độ trung bình (69,2%) kém 30,8% thì sau khi phục hồi chức năng, ưu thế chính của đợt 2 là trung bình (71,2%) tốt 26,9% và đợt 3 là tốt với 57,6%, rất tốt là 15,4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

Hiệu quả điều trị đánh giá chung theo thang điểm IKDC



$P < 0,001$

Biểu đồ 5: Hiệu quả điều trị đánh giá chung theo thang điểm IKDC

Kết quả đánh giá chung theo thang điểm IKDC đợt 2 tốt hơn đợt 1, đợt 3 tốt hơn đợt 2. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả phục hồi khớp gối sau phẫu thuật tái tạo DCCT qua nội soi

Mối liên quan giữa nhóm tuổi và mức độ phục hồi: nhóm dưới 20 tuổi có 50% đạt rất tốt, 50% đạt tốt. Nhóm từ 20 đến 29 tuổi có 25% đạt rất tốt, 60% đạt tốt, 15% đạt trung bình. Nhóm trên 30 tuổi có khoảng 60% đạt rất tốt và tốt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Mối liên quan giữa giới tính và mức độ phục hồi: Kết quả phục hồi chung theo thang điểm IKDC đợt 3 của 2 nhóm nam và nữ xếp loại rất tốt và tốt chiếm tỷ lệ cao, nhưng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm với $p > 0,05$.

Mối liên quan giữa nghề nghiệp và mức độ phục hồi: Không có sự khác biệt về sự phục hồi ở các nhóm nghề nghiệp với $p > 0,05$.

Mối liên quan giữa nguyên nhân chấn thương và mức độ phục hồi: không có sự khác biệt giữa các nhóm nguyên nhân

Mối liên quan giữa thời gian chấn thương và mức độ phục hồi chung: không có sự khác biệt giữa thời gian chấn thương và mức độ phục hồi chung với $p > 0,05$.

Mối liên quan giữa vị trí tổn thương và mức độ phục hồi: Vị trí tổn thương bên trái đạt sự phục hồi tốt và rất tốt là 100%. Bên phải có 90,4% đạt loại rất tốt và tốt. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm vị trí tổn thương với $p > 0,05$.

Mối liên quan giữa mức độ chấn thương và mức độ phục hồi: nhóm tổn thương SCN phối hợp đạt 90,9% loại rất tốt và tốt, nhóm

tổn thương SCT phối hợp đạt 83,7% loại rất tốt và tốt, thấp nhất là nhóm tổn thương cả hai SC phối hợp đạt 80% loại rất tốt và tốt, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình bị tổn thương DCCT: $33,12 \pm 11,22$. Bệnh nhân trẻ nhất là 19 tuổi, lớn tuổi nhất là 55 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi 20 – 49 tuổi có tỷ lệ cao nhất, chiếm 86,6% các trường hợp. Đây là lứa tuổi lao động chính của xã hội. Vì thế việc chẩn đoán, điều trị sớm tổn thương DCCT là cần thiết, giúp phục hồi sớm và tốt khả năng vận động cho đối tượng này sẽ đem lại lợi ích không nhỏ cho xã hội.

Tỷ lệ bệnh nhân nam bị tổn thương DCCT khớp gối cao hơn hẳn so với tỷ lệ bệnh nhân nữ. Điều này có thể được giải thích là do nam giới có nhu cầu hoạt động thể lực, mức độ và cường độ hoạt động thể lực cao hơn nữ giới.

Sự chênh lệch tỷ lệ nam/ nữ trong kết quả của chúng tôi tương tự với các tác giả trên thế giới và thấp hơn các tác giả trong nước. Có lẽ là trong những năm trở lại đây phụ nữ Việt nam đã có mức hoạt động thể lực và tham gia hoạt động thể thao nhiều và có cường độ mạnh hơn so với trước kia, bắt kịp với phụ nữ trên thế giới.

Tỷ lệ nhóm bệnh nhân tới khám và phẫu thuật trong giai đoạn sau chấn thương 3 tháng tới 1 năm là cao nhất (63,5%). Đứng thứ 2 là từ 3 tuần đến 3 tháng với tỷ lệ 25% sau đó là

nhóm dưới 3 tuần. Ít nhất là giai đoạn từ 1 năm sau chấn thương. Thời gian trung bình bệnh nhân tới điều trị chứng bệnh dây chằng chéo là 5 tháng, bệnh nhân tới muộn nhất là sau 2 năm và tới sớm nhất là sau chấn thương 2 tuần.

Tổn thương DCCT đơn thuần chiếm tỷ lệ thấp 34,6%, tổn thương DCCT phối hợp với các tổn thương khác chiếm tới 75, 4% trong đó tổn thương sụn chêm ngoài phối hợp là 30,8%, sụn chêm trong là 21,1%, cả hai sụn chêm là 9,6%. Tỷ lệ này cũng tương đồng với các tác giả khác như Hà Đức Cường, Nguyễn Xuân Thắng[1][3]. Theo Don Jonhson trong chấn thương DCCT, 50% kèm rách sụn chêm; trong chấn thương DCCT mạn tính có 75% trường hợp kèm rách sụn chêm.[5] Có thể lý giải điều này là do phần lớn BN đến với chúng tôi ở giai đoạn di chứng, sau 3 tháng chiếm 67,3%. Đây cũng là một minh chứng về hậu quả của đứt DCCT không được chẩn đoán và điều trị sớm.

4.2. Hiệu quả điều trị PHCN

Đánh giá hiệu quả theo thang điểm Lysholm

Có sự cải thiện đáng kể triệu chứng cơ năng theo thang điểm Lysholm qua 3 đợt đánh giá, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Đợt 1, có 36 bệnh nhân (69,2%) đạt loại trung bình, 16 bệnh nhân (34,6%) đạt loại kém, không có bệnh nhân nào đạt loại rất tốt. Giá trị trung bình đợt 1 đạt được là $67,02 \pm 6,17$ điểm. Đợt 2, có 37 bệnh nhân (71,2%) đạt loại trung bình, 14 bệnh nhân (26,9%) đạt loại tốt, 1 bệnh nhân

(1,9%) đạt loại kém. Giá trị trung bình đợt 2 đạt được là $78,56 \pm 6,68$ điểm. Đợt 3, có 14 bệnh nhân (26,9%) đạt loại trung bình, 30 bệnh nhân (57,7%) đạt loại tốt, 8 bệnh nhân (15,4%) đạt loại rất tốt. Giá trị trung bình đợt 3 đạt được là $86,4 \pm 6,83$. Kết quả chúng tôi đạt được tương đương với tác giả Rose T và cộng sự, tác giả Risberg MA và cộng sự. Theo nghiên cứu của Rose T và cộng sự, giá trị trung bình đạt được sau 6 tuần là 73 điểm, sau 3 tháng là 81 điểm[5]. Theo nghiên cứu của Risberg MA và cộng sự giá trị trung bình đạt được sau 6 tuần là 79,6 điểm, sau 3 tháng là 84,8 điểm[6]. Kết quả của chúng tôi tốt hơn nhiều so với kết quả của Nguyễn Xuân Thắng. Theo nghiên cứu Nguyễn Xuân Thắng giá trị trung bình đạt được sau 6 tuần là $56,4 \pm 11,9$ điểm, sau 3 tháng là $77,2 \pm 6,7$ điểm.[3]

Hiệu quả điều trị đánh giá chung theo thang điểm IKDC

Đánh giá chung theo thang điểm IKDC thay đổi tích cực sau mỗi lần đánh giá, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Đợt 1 có 1 bệnh nhân (1,9%) xếp loại kém, 42 bệnh nhân (80,8%) xếp loại trung bình, 9 bệnh nhân xếp loại tốt. Đợt 2 có 14 bệnh nhân (26,9%) xếp loại trung bình, 37 bệnh nhân (71,1%) xếp loại tốt, có 1 bệnh nhân đạt loại rất tốt. Đợt 3 có 16 bệnh nhân xếp loại rất tốt chiếm 30,8%, 33 bệnh nhân (63,5%) xếp loại tốt, 3 bệnh nhân (5,8%) xếp loại trung bình. Đợt 2 và đợt 3 không có xếp loại kém.

Kết quả của chúng tôi đạt được tương tự với tác giả Irgang JJ, Nakayama Y. Theo

Irgang JJ 93% bệnh nhân được đánh giá loại tốt và rất tốt. Theo Nakayama Y và cộng sự có 80% bệnh nhân đánh giá chung cuộc đạt tốt và rất tốt[5][6]

4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả PHCN khớp gối sau phẫu thuật tái tạo dcct qua nội soi

* Mỗi liên quan giữa nhóm tuổi và mức độ phục hồi

Theo phân loại Lysholm, nhóm dưới 20 tuổi có 50% đạt rất tốt, 50% đạt tốt. Nhóm từ 20 đến 29 tuổi có 25% đạt rất tốt, 60% đạt rất tốt, 15% đạt trung bình. Nhóm trên 30 tuổi có khoảng 60% đạt rất tốt và tốt. Như vậy tuổi càng lớn dần thì mức độ phục hồi chậm hơn nhóm tuổi trẻ. Sự khác biệt này có ý nghĩa với $p < 0,05$

Ta cũng thấy kết quả tương tự trong phân loại IKDC, nhóm dưới 20 tuổi có 50% đạt rất tốt, 50% đạt tốt. Nhóm từ 20 đến 29 tuổi có 40% đạt rất tốt, 55% đạt rất tốt, 5% đạt trung bình. Nhóm 30 – 49 tuổi có 20% đạt rất tốt và 68% đạt tốt, 8% đạt trung bình. Nhóm trên 49 tuổi không có trường hợp nào đạt rất tốt, 100% đạt tốt. Qua kết quả trên ta nhận thấy tuổi càng lớn dần thì mức độ phục hồi chậm hơn nhóm tuổi trẻ.

* Mỗi liên quan giữa giới tính và mức độ phục hồi: sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Chúng tôi thấy rằng sự phục hồi chức năng khớp gối sau quá trình phẫu thuật và phục hồi chức năng không phụ thuộc vào giới tính của bệnh nhân

* Mỗi liên quan giữa nghề nghiệp và mức độ phục hồi: Dựa vào kết quả kiểm định thống kê, chúng tôi nhận thấy mức độ phục

hồi chức năng khớp gối không phụ thuộc vào việc bệnh nhân làm nghề gì.

* Mỗi liên quan giữa nguyên nhân chấn thương và mức độ phục hồi: kết quả phục hồi chức năng khớp gối không có mối liên hệ với nguyên nhân chấn thương gối.

* Mỗi liên quan giữa thời gian chấn thương và mức độ phục hồi chung: mức độ phục hồi chức năng khớp gối không phụ thuộc vào thời gian chấn thương của bệnh nhân.

* Mỗi liên quan giữa vị trí tổn thương và mức độ phục hồi: sự phục hồi chức năng khớp gối sau quá trình phẫu thuật và phục hồi chức năng không phụ thuộc vào vị trí tổn thương là gối bên trái hay bên phải của bệnh nhân.

* Mỗi liên quan giữa mức độ chấn thương và mức độ phục hồi: mức độ phục hồi chức năng khớp gối không phụ thuộc vào mức độ tổn thương.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 52 các bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân tự thân qua nội soi và tập phục hồi chức năng tại khoa CTCH bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2020 tới tháng 12/2021, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Nam giới bị tổn thương dây chằng chéo trước nhiều hơn, gấp 1,6 lần so với nữ giới. Tuổi trung bình bị chấn thương là 33 tuổi, trẻ nhất là 19 tuổi. Nhóm nghề hay gặp nhất là cán bộ viên chức văn phòng và lao động chân tay (65,3%). Nguyên nhân chấn thương hay gặp nhất là tai

nạn giao thông (40,4%), thứ hai là chấn thương trong thể thao (32,7%). Thời gian từ lúc bị chấn thương tới khi được phẫu thuật chức năng trung bình là 5 tháng. Tổn thương dây chằng chéo trước thường phối hợp với tổn thương sụn chêm (61,5%). Gối phải hay bị chấn thương hơn.

Kết quả phục hồi chức năng sau 3 tháng điều trị PHCN:

Có 73,1% bệnh nhân được đánh giá tốt và rất tốt theo thang điểm Lysholm. Điểm trung bình sau 3 tháng là $86,4 \pm 6,83$ điểm.

Có 94,3 % bệnh nhân được đánh giá rất tốt và tốt theo thang điểm IKDC.

Có 84,6% bệnh nhân đạt cơ lực gấp, đuổi gối bậc 5.

Độ teo cơ đùi chỉ còn $1,09 \pm 0,65$ cm so với bên còn lại.

Một số yếu tố ảnh hưởng tới PHCN khớp gối sau phẫu thuật tái tạo DCCT bằng gân tự thân qua nội soi:

Mức độ phục hồi chức năng khớp gối phụ thuộc vào tuổi của bệnh nhân với $p < 0,05$. Tuổi càng cao thì mức độ phục hồi càng chậm.

Mức độ phục hồi chức năng khớp gối không phụ thuộc vào giới tính, nghề nghiệp,

nguyên nhân, thời gian, vị trí và mức độ chấn thương gối của bệnh nhân với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Đức Cường** (2005). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tạo hình dây chằng chéo trước khớp gối bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú các bệnh viện. Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Dương Xuân Đạm** (2004). Vật lý trị liệu đại cương - Nguyên lý và thực hành, Nhà xuất bản văn hoá thông tin, trang 56 - 60, 90).
3. **Trương Trí Hữu, Bùi Văn Đức** (2007). "Vận động trị liệu sau mổ tái tạo dây chằng chéo trước". Thời sự y học số 16 trang 3 - 6.
4. **Nguyễn Xuân Nghiên** (2002). "Vận động trị liệu", Vật lý trị liệu-Phục hồi chức năng, NXB Y học, trang 277 - 287.
5. **Fitzgerald GK, Piva SR, Irrgang JJ** (2013). "A modified neuromuscular electrical stimulation protocol for quadriceps strength training following anterior cruciate ligament reconstruction", J Orthop Sports Phys Ther, 2013 sep;3.(9), page 492 - 501.
6. **Gaspar L, Farkas C, Szepesi K, Csernatony Z** (2007). "Therapeutic value of continuous passive motion after anterior cruciate replacement", Acta Chir Hung, 2007;36(1-4), page 104 - 105.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM HÓA SINH BẰNG CÔNG CỤ SIX SIGMA VÀ CHỈ SỐ MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2022

Nguyễn Thị Nhạn¹, Nguyễn Minh Hiền², Đặng Thị Nga³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu năng phương pháp xét nghiệm các chỉ số Hóa sinh thông qua công cụ Six Sigma và chỉ số mục tiêu chất lượng (QGI). **Đối tượng và phương pháp:** Mười chỉ số xét nghiệm Hóa sinh được thực hiện tần suất cao nhất tại Bệnh viện Thanh Nhân: Glucose, Urea, Creatinine, AST, ALT, GGT, Cholesterol, Uric, Protein, Albumin được xét nghiệm trên hệ thống máy Cobas 8000 C502. Quá trình đánh giá bao gồm 2 giai đoạn. Giai đoạn 1: Thu thập số liệu nội kiểm, ngoại kiểm, giá trị TEa% theo CLIA từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2022 để xác nhận hiệu năng phương pháp và dùng chỉ số mục tiêu chất lượng (QGI) xác định nguyên nhân vấn đề là do độ đúng hay độ lặp lại. Giai đoạn 2: Áp dụng cải tiến quy trình thực hiện nội kiểm theo kết quả của giai đoạn 1. **Kết quả:** Ở giai đoạn 1 có: 4/10 xét nghiệm (Urea, ALT, Protein, Albumin) có điểm Sigma < 3, có 2/10 xét nghiệm (GGT, Cholesterol) có điểm Sigma > 6 tương đương với 40% xét nghiệm có mức hiệu năng “không chấp nhận được”, 40% xét nghiệm có mức hiệu năng “tốt”, 20% xét nghiệm có mức hiệu năng “đẳng cấp quốc tế”. Giai đoạn 2 tất cả các xét nghiệm đều có

mức điểm Sigma > 3 tương đương với 100% xét nghiệm có mức hiệu năng “chấp nhận được”. Số lượng xét nghiệm có mức hiệu năng “đẳng cấp quốc tế” là 2/10 xét nghiệm cả 2 mức nồng độ, và có 2/10 xét nghiệm đạt mức hiệu năng “đẳng cấp quốc tế” ở 1 mức nồng độ. Chỉ số QGI chỉ ra các xét nghiệm Ure, Creatinine có vấn đề độ đúng xét nghiệm Albumin có vấn đề độ đúng và độ lặp lại.

Từ khóa: Six Sigma, chỉ số mục tiêu chất lượng (QGI).

SUMMARY

QUALITY RATING OF BIOCHEMISTRY TESTS BY SIX SIGMA AND QUALITY GOAL INDEX AT THANH NHAN HOSPITAL IN 2022

Aim: To evaluate the performance of the method of testing the biochemical indicators through the Six Sigma tool and the quality target index (QGI). **Subjects and methods:** Ten biochemical tests performed with the highest frequency at Thanh Nhan Hospital: Glucose, Urea, Creatinine, AST, ALT, GGT, Cholesterol, Uric, Protein, Albumin were tested on the system. Cobas 8000 C502 machine system. The evaluation process consists of two phases. The first phase: Collecting internal and external control data, TEa% values according to CLIA from January to March 2022 to confirm method performance and use the quality goal index (QGI) to determine what is the problem, is it correctness or repeatability? . The second phase: Applying improvement of internal control

¹Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM

²Bệnh viện Thanh Nhân

³Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nhạn

Email: nguyennutnhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/03/2022

Ngày phản biện khoa học: 01/06/2022

Ngày duyệt bài: 01/07/2022

procedures according to the results of the first phase. **Results:** At the first phase, there are 4/10 tests (Urea, ALT, Protein, Albumin) with Sigma score < 3 , there are 2/10 tests (GGT, Cholesterol) with Sigma score > 6 which is equivalent to 40% of tests with "unacceptable" performance level, 40% of tests with good level of performance, 20% of tests with good performance or "world-class" performance levels. The second phase, all tests have a Sigma score > 3 equivalent to 100% of tests with an "acceptable" performance level. The number of tests with "world-class" performance levels is 2/10 testing both concentrations, and 2/10 tests achieving "world-class" performance at the same concentration level. The QGI indicates that the Urea, Creatinine tests have accuracy problems, ALT tests have precision problems, Protein tests have problems with accuracy and precision.

Keywords: Six Sigma, Quality Goal Index

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc áp dụng thang điểm Sigma giúp Phòng xét nghiệm (PXN) đánh giá phân mức được hiệu năng của từng phương pháp xét nghiệm trên cơ sở đó PXN định hướng tập trung nguồn lực quản lý vào những xét nghiệm có hiệu năng thấp. Xét nghiệm nào đạt 6-Sigma là kết quả xuất sắc, 5-Sigma là rất tốt, 4-Sigma là tốt, 3-Sigma là kém và dưới 3-Sigma là kết quả không chấp nhận được. Trên cơ sở thang điểm Sigma, PXN sẽ thực hiện quy trình nội kiểm mới dùng quy luật Westgard Sigma cho từng loại xét nghiệm. Giá trị Sigma chỉ ra bao nhiêu lỗi có thể xảy ra và xét nghiệm đó có thể ổn định trong điểm Sigma càng cao thì lỗi càng ít và quy tắc kiểm soát ít hơn. Các xét nghiệm có điểm Sigma thấp yêu cầu nhiều quy tắc kiểm soát và thêm nhiều phép đo nội kiểm hơn.

Bên cạnh đó, để có thể tìm hiểu được nguyên nhân dẫn đến các xét nghiệm có hiệu năng kém thì chỉ số mục tiêu chất lượng (QGI) sẽ là công cụ chỉ ra lỗi nằm ở độ đúng hay độ lặp lại. Khi các xét nghiệm được đánh giá là không đạt theo thang điểm Sigma < 4 [4] nhằm hướng dẫn kỹ thuật viên xác định đúng vấn đề chất lượng còn tồn đọng tại PXN và thực hiện các biện pháp khắc phục - phòng ngừa.

Khoa Hóa sinh, Bệnh viện Thanh Nhàn tiếp nhận và xử lý 700-800 mẫu bệnh phẩm xét nghiệm Hóa sinh hàng ngày. Nếu chất lượng xét nghiệm không được kiểm soát thì sẽ có nhiều kết quả xét nghiệm sai sót gây ảnh hưởng đến vấn đề điều trị và pháp lý đối với người bệnh. Vì vậy với mong muốn đánh giá được hiệu năng của từng phương pháp xét nghiệm tại Bệnh viện Thanh Nhàn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục đích:

- *Xác định hiệu năng phương pháp của 10 chỉ số xét nghiệm Hóa sinh đã được thực hiện trong giai đoạn từ tháng 1/2022-3/2022 bằng công cụ Six Sigma và QGI.*
- *Phân tích kết quả chất lượng xét nghiệm sau khi áp dụng thang Sigma từ tháng 5/2022-6/2022*

II. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

- Mẫu nội kiểm đồng khô thương mại (mức 1, mức 2) của hãng Randox phân tích 1 lần/24h, ở 2 mức nồng độ.
- Mẫu ngoại kiểm chất lượng xét nghiệm Hoá sinh (Tham gia chương trình ngoại kiểm với hãng Randox hoặc Trung tâm Kiểm chuẩn Chất lượng Xét nghiệm Y học, Trường Đại học Y Hà Nội)

2.2. Phương pháp

- Nghiên cứu thực nghiệm được thực hiện trong PXN.

- Nghiên cứu thực hiện qua 2 giai đoạn:

• Giai đoạn 1: Thu thập và phân tích giá trị nội kiểm CV%, ngoại kiểm Bias%, sai số tổng cho phép TEa% theo CLIA, sau đó tính toán giá trị Six Sigma. Dựa vào giá trị Sigma xác định quy luật nội kiểm, tần suất thực hiện nội kiểm, khoảng phân tích nội kiểm. Tính giá trị QGI đối với những xét nghiệm có điểm Sigma < 4 để xác định nguyên nhân gây lỗi.

• Giai đoạn 2: Thực hiện quy trình nội kiểm mới, áp dụng các quy luật Westgard Sigma, đánh giá lại điểm Sigma theo quy trình mới. Đồng thời tính lại giá trị chỉ số mục tiêu chất lượng (QGI) đối với những xét nghiệm có hiệu năng phương pháp kém, từ đó đưa ra các định hướng khuyến nghị cho PXN.

Kết quả Sigma được tính theo công thức: $\text{Sigma} = (\text{TEa\%} - |\text{Bias\%}|) / \text{CV\%}$ [1]

Trong đó:

▪ TEa% là sai số toàn bộ cho phép mức mong muốn được tham khảo từ nguồn: Tiêu chuẩn CLIA Hoa kỳ từ trang web: <http://www.westgard.com/clia.htm>.

▪ Bias (%) = $\frac{\text{kết quả PXN} - \text{TB nhóm so sánh}}{\text{trung bình nhóm so sánh}} \times 100\%$

▪ CV% (hệ số biến thiên) được tính theo kết quả nội kiểm hàng tháng

Chỉ số mục tiêu chất lượng QGI được tính theo công thức:

$\text{QGI} = \text{Bias\%} / (1,5 \times \text{CV\%})$ [5]

▪ QGI < 0,8: xét nghiệm có vấn đề về độ lặp lại.

▪ QGI = 0,8-1,2: xét nghiệm có vấn đề về độ lặp lại và độ đúng.

▪ QGI > 1,2: xét nghiệm có vấn đề về độ đúng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Hiệu năng phương pháp của 10 chỉ số xét nghiệm Hóa sinh trong giai đoạn 1 (1/2011-3/2022)

Bảng 1: Giá trị Six Sigma giai đoạn 1

Xét nghiệm	TEa%	Bias% trung bình	CV% trung bình		Sigma		Sigma lựa chọn	Hiệu năng phương pháp
			Mức 1	Mức 2	Mức 1	Mức 2		
Glucose	10	2,23	1,76	1,25	4,41	6,23	4,41	Tốt
Urea	9	3,44	3,03	2,96	1,83	1,88	1,83	Không chấp nhận được
Creatinine	15	6,60	2,17	1,77	3,87	4,75	3,87	Chấp nhận được
AST	20	2,97	3,54	1,89	4,81	9,02	4,81	Tốt
ALT	20	4,99	5,53	2,94	2,71	5,11	2,71	Không tốt
GGT	22,11	2,76	2,15	1,92	9,01	10,06	9,01	Xuất sắc
Cholesterol	10	0,73	1,95	1,94	4,74	4,78	4,74	Tốt
Uric	17	0,98	2,37	1,73	6,76	9,26	6,76	Xuất sắc
Protein	10	4,65	2,70	2,93	1,98	1,83	1,83	Không chấp nhận được
Albumin	10	5,39	1,88	2,00	2,45	2,31	2,31	Không tốt

Nhận xét: Kết quả cho thấy, có 4/10 xét nghiệm (Urea, ALT, Protein, Albumin) có điểm Sigma < 3 tương đương mức hiệu năng “không chấp nhận được”, có 2/10 xét nghiệm (GGT, Uric) có điểm Sigma > 6 tương đương mức hiệu năng “xuất sắc”, có 4/10 xét nghiệm (Glucose, Creatinine, AST, Cholesterol) có điểm Sigma từ 3-6 tương đương mức hiệu năng “chấp nhận được”.

Bảng 2: Quy luật nội kiểm và tần suất chạy nội kiểm

Xét nghiệm	Sigma	Phép đo nội kiểm (N)	Số lần chạy nội kiểm (R)	Quy luật nội kiểm
Glucose	4,41	2	2	1:3s/2:2s/R4s/4:1s
Urea	1,83	2	3	1:3s/2:2s/R4s/3:1s/6x
Creatinine	3,87	2	2	1:3s/2:2s/R4s/4:1s
AST	4,81	2	1	1:2,5s
ALT	2,71	2	3	1:3s/2:2s/R4s/3:1s/6x
GGT	9,01	2	1	1:3,5s
Cholesterol	4,74	2	1	1:2,5s
Uric	6,76	2	1	1:3,5s
Protein	1,98	2	3	1:3s/2:2s/R4s/3:1s/6x
Albumin	2,31	2	3	1:3s/2:2s/R4s/3:1s/6x

Nhận xét: Kết quả cho thấy, có 4/10 xét nghiệm (AST, GGT, Cholesterol, Uric) có R (số lần chạy nội kiểm trong ngày) = 1, có 2/10 xét nghiệm (Glucose, Creatine) có R = 2, có 4/10 xét nghiệm (Urea, ALT, Protein, Albumin) có R=3.

Bảng 3: Chỉ số mục tiêu chất lượng giai đoạn 1

Xét nghiệm	Bias (%)	QC mức 1			QC mức 2			Phân loại
		CV (%)	Sigma	QGI	CV (%)	Sigma	QGI	
Glucose	2,23	1,76	4,41	-	1,25	6,23	-	
Urea	3,44	3,03	1,83	0,8	2,96	1,88	0,8	Độ lặp lại và độ đúng
Creatinine	6,60	2,17	3,87	2,0	1,77	4,75	-	Độ đúng
AST	2,97	3,54	4,81	-	1,89	9,02	-	
ALT	4,99	5,53	2,71	0,6	2,94	5,11	-	Độ lặp lại
GGT	2,76	2,15	9,01	-	1,92	10,06	-	
Cholesterol	0,73	1,95	4,74	-	1,94	4,78	-	
Uric	0,98	2,37	6,76	-	1,73	9,26	-	
Protein	4,65	2,70	1,98	1,1	2,93	1,83	1,1	Độ lặp lại và độ đúng
Albumin	5,39	1,88	2,45	1,9	2,00	2,31	1,8	Độ đúng

Nhận xét: Đối với những xét nghiệm có điểm Sigma < 4 sẽ tiến hành tính điểm giá trị QGI và kết quả cho thấy có 5 xét nghiệm có điểm Sigma < 4, có 1/5 xét nghiệm (ALT) có vấn đề

về độ lặp lại, có 2/5 xét nghiệm (Creatine, Albumin) có vấn đề về độ đúng, có 2/5 xét nghiệm (Urea, Protein) có vấn đề về độ đúng và độ lặp lại.

3.2. Phân tích kết quả chất lượng xét nghiệm 10 chỉ số Hóa sinh giai đoạn 2 (5/2022 – 6/2022)

Bảng 4: Giá trị Six Sigma giai đoạn 2

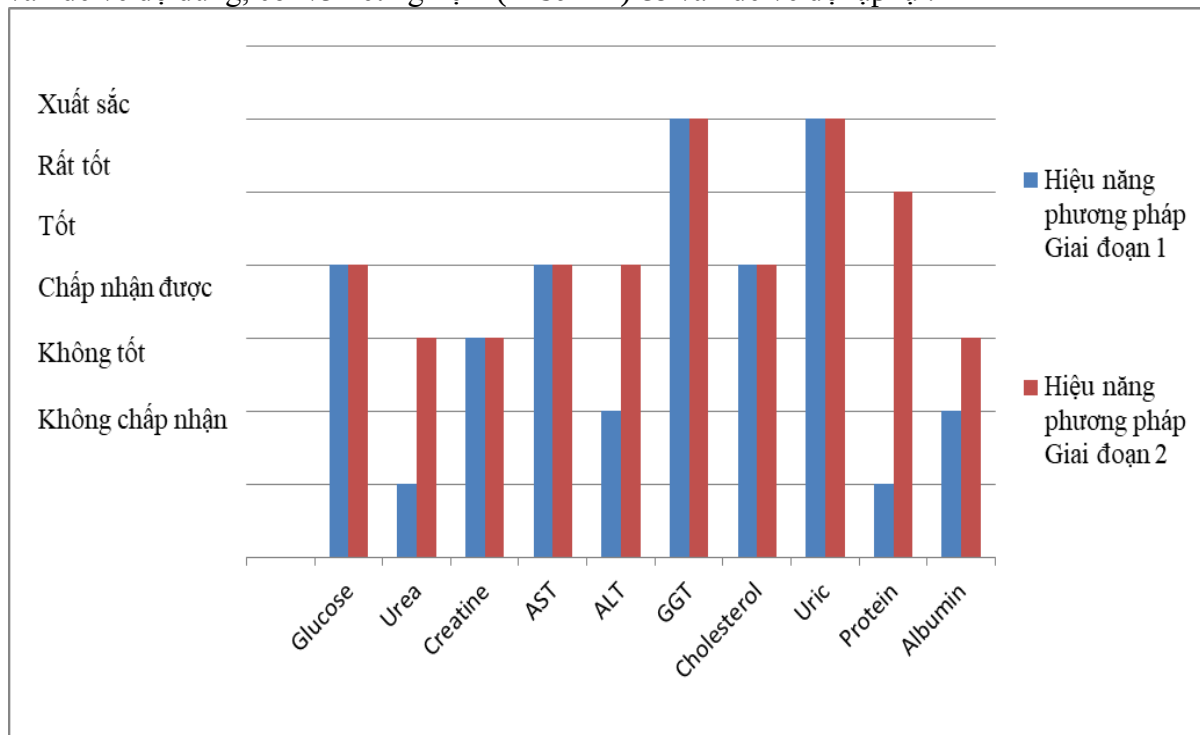
Xét nghiệm	TEa%	Bias% trung bình	CV% trung bình		Sigma		Sigma lựa chọn	Hiệu năng phương pháp
			Mức 1	Mức 2	Mức1	Mức2		
Glucose	10	2,65	1,51	1,19	4,88	6,18	4,88	Tốt
Urea	9	3,29	1,89	1,85	3,03	3,10	3,03	Chấp nhận được
Creatinine	15	5,89	2,43	1,66	3,75	5,49	3,75	Chấp nhận được
AST	20	0,69	3,56	2,80	5,43	6,91	5,43	Rất tốt
ALT	20	1,15	3,81	2,37	4,95	7,95	4,95	Tốt
GGT	22,11	0,68	2,36	2,11	9,08	10,16	9,08	Xuất sắc
Cholesterol	10	1,33	1,91	1,82	4,55	4,76	4,55	Tốt
Uric	17	2,55	1,76	2,33	8,21	6,22	6,22	Xuất sắc
Protein	10	1,97	1,58	1,41	5,09	5,70	5,09	Rất tốt
Albumin	10	2,65	2,02	2,30	3,64	3,20	3,20	Chấp nhận được

Nhận xét: Kết quả cho thấy, có 3/10 xét nghiệm (Urea, Creatine, Albumin) có mức hiệu năng phương pháp “chấp nhận được”, có 2/10 xét nghiệm (Glucose, ALT) có mức hiệu năng phương pháp “tốt”, có 2/10 xét nghiệm (AST, Protein) có mức hiệu năng phương pháp “rất tốt”, có 2/10 xét nghiệm (GGT, Uric) có mức hiệu năng phương pháp “xuất sắc”.

Bảng 5: Giá trị chỉ số mục tiêu chất lượng giai đoạn 2

Xét nghiệm	Bias (%)	QC mức 1			QC mức 2			Phân loại
		CV (%)	Sigma	QGI	CV (%)	Sigma	QGI	
Glucose	2,65	1,51	4,88	-	1,19	6,18	-	
Urea	3,29	1,89	3,03	1,2	1,85	3,10	1,2	Độ đúng
Creatinine	5,89	2,43	3,75	1,6	1,66	5,49	-	Độ đúng
AST	0,69	3,56	5,43	-	2,80	6,91	-	
ALT	1,15	3,81	4,95	-	2,37	7,95	-	
GGT	0,68	2,36	9,08	-	2,11	10,16	-	
Cholesterol	1,33	1,91	4,55	-	1,82	4,76	-	
Uric	2,55	1,76	8,21	-	2,33	6,22	-	
Protein	1,97	1,58	5,09	-	1,41	5,70	-	
Albumin	2,65	2,02	3,64	0,9	2,30	3,20	0,8	Độ lặp lại

Nhận xét: Đối với những xét nghiệm có điểm Sigma <4 sẽ tiến hành tính điểm giá trị QGI và kết quả cho thấy có 3 xét nghiệm có điểm Sigma <4. có 2/3 xét nghiệm (Creatine, Urea) có vấn đề về độ đúng, có 1/3 xét nghiệm (Albumin) có vấn đề về độ lặp lại.



Biểu đồ 1: So sánh hiệu năng phương pháp 2 giai đoạn

Nhận xét: Quan sát hình 3.6 cho thấy, sau khi áp dụng quy luật Westgard Sigma, thay đổi tần suất thực hiện nội kiểm đồng thời kiểm soát các yếu tố ảnh hưởng như: mẫu, người sử dụng, hóa chất, thiết bị và môi trường phân tích đã được cải tiến về hiệu năng phương pháp xét nghiệm của giai đoạn 2 so với giai đoạn 1. Ở giai đoạn 2 không còn xét nghiệm có hiệu năng phương pháp “không chấp nhận được” tương đương với điểm Sigma <3.

IV. BÀN LUẬN

Cho đến nay các phòng xét nghiệm đều dùng công cụ đánh giá nội kiểm và ngoại kiểm làm cơ sở đánh giá chất lượng các xét nghiệm của mình. Việc nội kiểm hàng ngày

trước khi chạy mẫu đã giúp cho các chuyên gia cận lâm sàng đánh giá điều kiện đạt yêu cầu trước khi trả kết quả. Tuy nhiên ở các xét nghiệm có tần số chạy lớn thì việc thực hiện nội kiểm bao nhiêu lần một ngày còn là vấn đề chưa thống nhất. Cần một thang điểm có giá trị tốt để đánh giá hiệu năng thực hiện nội kiểm. Thang điểm Six Sigma có thể đánh giá hiệu năng của nội kiểm. Khi đạt Six Sigma giúp mang lại kết quả xét nghiệm gần như chính xác tuyệt đối cho bệnh nhân (tỉ lệ 3,4 lỗi trong một triệu lần xét nghiệm) [6]. Six Sigma được chia thành các cấp độ tương ứng với tỉ lệ lỗi giảm dần. Các tiêu chí đánh giá chất lượng xét nghiệm bao gồm nội kiểm (IQC) và ngoại kiểm (EQC) là những yếu tố

để đảm bảo độ tin cậy cho kết quả xét nghiệm trước khi trả cho lâm sàng. Tuy nhiên, cùng với sự phát triển y học đòi hỏi độ chính xác cao dẫn đến những thách thức gia tăng liên quan đến kiểm soát chất lượng. Phần lớn các PXN đều sử dụng các quy luật đa quy tắc của Westgard để kiểm soát sai số, tuy nhiên việc sử dụng đa quy tắc sẽ khiến PXN gặp khó khăn trong việc lựa chọn giữa: tìm nguyên nhân, khắc phục và thời gian chạy mẫu xét nghiệm cho bệnh nhân. Vì thế, một hệ thống tích hợp, đánh giá chính xác giải quyết được các vấn đề và cải tiến quy trình là điều PXN nên làm. Và Six Sigma được xem như là một phương pháp tích hợp cả Nội kiểm và Ngoại kiểm để giúp PXN đánh giá được hiệu năng phương pháp xét nghiệm, từ đó đưa ra những giải pháp can thiệp kịp thời để đảm bảo tính tin cậy của kết quả xét nghiệm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi với kết quả thu được ở giai đoạn 1 tại bảng 1 có 4 xét nghiệm điểm Sigma <3 tương đương với mức hiệu năng “không chấp nhận được”. Tuy nhiên sau khi tiến hành cải tiến quy trình nội kiểm: tăng tần suất chạy nội kiểm, kiểm soát quy luật riêng lẻ cho từng xét nghiệm, đào tạo và đánh giá tay nghề cho nhân viên về quy trình nội kiểm, ngoại kiểm, tăng cường bảo trì bảo dưỡng hệ thống máy phân tích, kiểm soát theo dõi nhiệt độ môi trường phân tích, hóa chất chất chuẩn được kiểm soát nhiệt độ bảo quản chặt chẽ. Sau khi kiểm soát các yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến sai số hệ thống kết quả thu được ở giai đoạn 2 khá khả quan: 100% xét nghiệm đều đạt mức hiệu năng phương pháp “chấp nhận được tương đương Sigma>3. Đây là một sự

cải tiến rõ rệt nhờ sử dụng công cụ Six Sigma giúp PXN định hướng đúng và tập trung nguồn lực cho các xét nghiệm có mức hiệu năng kém tránh gây lãng phí về thời gian nguồn lực và vật tư tiêu hao. Kết quả nghiên cứu này khá tương đồng với nghiên cứu của Matthew Feldhammer và cộng sự (2021) tiến hành đánh giá hiệu năng phương pháp xét nghiệm trên các dòng máy Roche Cobas (8000, 6000), Abbott Architect (C16000, 1200), Beckman AU cùng áp dụng TEa trên 2 nguồn CLIA và biến thiên sinh học trên 28 thông số xét nghiệm sinh hóa. Kết quả cho thấy: Đối với các xét nghiệm (Glucose, Urea, Creatine, AST, ALT, GGT, Cholesterol, Protein) theo nguồn CLIA trên dòng máy Roche Cobas, Abbott Architect, Beckman AU đều có điểm Sigma>3 đạt mức hiệu năng chấp nhận được, nhưng đối với nguồn biến thiên sinh học trên dòng máy Cobas Roche có xét nghiệm Protein điểm Sigma<3, trên dòng máy Abbott Architect có xét nghiệm Glucose, Protein điểm Sigma<3 [3]. Đây cũng là một trong những mặt hạn chế của Six Sigma tùy vào nguồn chọn dữ liệu TEa sẽ dẫn đến tổng số xét nghiệm được thực hiện trong PXN có tỉ lệ mức hiệu năng “không chấp nhận được” là cao hay thấp. Thực vậy đối với nghiên cứu của Rania El Sharkawy cộng sự năm 2018 đã tiến hành đánh giá so sánh chỉ số sigma trong bốn cơ quan y tế của Ai Cập dựa trên các thiết bị và các nguồn công bố TEa khác nhau. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Đối với Bệnh viện Đại học Zagazig khi đánh giá trên hệ thống máy Cobas 8000 có kết quả như sau: Với bias%=0, CV%=4% , TEa% theo nguồn Biến thiên sinh học TEa%=15,5% giá trị Sigma=3,9

tương đương mức hiệu năng “chấp nhận được” nhưng theo nguồn RCPA giá trị Sigma=5,3 tương đương mức hiệu năng “Rất tốt” [2].

Chỉ số mục tiêu chất lượng (QGI) dùng để phân tích vấn đề của hiệu năng phương pháp xét nghiệm kém là do độ đúng hay độ lặp lại. Với kết quả thu được chúng tôi xác định được đối với các xét nghiệm có mức hiệu năng kém Ure, Creatinine, Albumin có vấn đề độ đúng, xét nghiệm ALT có vấn đề độ lặp lại, xét nghiệm Protein có vấn đề độ đúng và độ lặp lại. Từ đó, PXN có những biện pháp can thiệp đúng và hiệu quả hơn.

Tóm lại, sau khi áp dụng quy trình nội kiểm mới, đồng thời kiểm soát các yếu tố như mẫu, hóa chất, thiết bị, môi trường, con người, thì hiệu năng phương pháp xét nghiệm của PXN chúng tôi có sự cải thiện rõ rệt, ban đầu tỉ lệ xét nghiệm có mức hiệu năng “không chấp nhận được” chiếm tỉ lệ 40%, sau 2 tháng áp dụng thì tỉ lệ xét nghiệm có mức hiệu năng “chấp nhận được” là 100%. Đó cũng là kết quả ban đầu giúp PXN chúng tôi đánh giá sơ khởi thực trạng về hiệu năng phương pháp xét nghiệm nội tại từ đó giúp chúng tôi có những định hướng cụ thể và hợp lý hơn trong công tác đảm bảo chất lượng xét nghiệm.

V. KẾT LUẬN

Kết quả mức hiệu năng phương pháp 10 chỉ số xét nghiệm Hóa sinh: 8/10 xét nghiệm có điểm sigma từ 3 đến 6 chiếm 80%, có 2/10 xét nghiệm điểm sigma >6 tương đương 20% xét nghiệm xếp mức hiệu năng “đẳng cấp quốc tế”. Sau can thiệp, không còn xét nghiệm có điểm sigma <3 hay

nói cách khác không còn xét nghiệm có mức hiệu năng “không chấp nhận được”.

Chỉ số mục tiêu chất lượng QGI

- Urea: xét nghiệm có vấn đề độ đúng
- Creatine: xét nghiệm có vấn đề độ đúng
- Albumin: xét nghiệm có vấn đề độ lặp lại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **CLSI (2005). C24-A3** Statistical Quality Control for Quantitative Measurement Procedures: Principles and Definitions. Clinical and Laboratory Standards Institute, Wayne, PA.
2. **El Sharkawy Rania, Westgard Sten, Awad Ahmed M, et al. (2018).** Comparison between Sigma metrics in four accredited Egyptian medical laboratories in some biochemical tests: an initiative towards sigma calculation harmonization. *Biochemia Medica*. 28(2), pp. 233-245.
3. **Feldhammer Matthew, Brown Megan, Colby Jennifer, et al. (2021).** A survey of Sigma Metrics across three academic medical centers. *The Journal of Applied Laboratory Medicine*. 6(5), pp. 1264-1275.
4. **Ustundag Y, Huysal K and Eris C (2020).** Evaluation of sigma value and quality goal index for brain natriuretic peptide test. *Int J Med Biochem*. 3(3), pp. 178-182.
5. **Verma Monica, Dahiya Kiran, Ghalaut Veena Singh, et al. (2018).** Assessment of quality control system by sigma metrics and quality goal index ratio: A roadmap towards preparation for NABL. *World journal of methodology*. 8(3), pp. 44.
6. **Westgard James O and Westgard Sten A (2014).** Basic quality management systems. Madison WI: Westgard QC.

GIÁ TRỊ CỦA CALPROTECTIN TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT BỆNH VIÊM LOÉT ĐẠI TRỰC TRÀNG CHẢY MÁU VÀ HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH THỂ TIÊU CHẢY

Vũ Thị Nhung^{1,2}, Nguyễn Minh Hiền^{1,2}, Đào Việt Hằng³,
Trần Khánh Chi³, Nguyễn Thị Mai Hương¹

TÓM TẮT

Viêm loét đại trực tràng chảy máu (Ulcerative colitis: UC) và hội chứng ruột kích thích (Irritable bowel syndrome: IBS-D) có nhiều đặc điểm lâm sàng giống nhau. Nội soi đại tràng và sinh thiết là xét nghiệm tốt nhất để chẩn đoán UC nhưng nó là thủ thuật xâm lấn và có nguy cơ biến chứng. Cần thiết có một phương pháp không xâm lấn để phân biệt hai bệnh lý này. **Mục tiêu:** Xác định điểm cắt tối ưu của Calprotectin phân biệt UC, IBS-D. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 206 cá nhân ≥ 15 tuổi được đưa vào nhóm nghiên cứu, trong đó có 27 người khỏe mạnh, 115 người mắc IBS-D thể tiêu chảy (IBS-D-D), 24 người chẩn đoán là UC và 13 người chẩn đoán là CD. **Kết quả:** giá trị trung vị của calprotectin (khoảng IQR) ở người khỏe mạnh là 20,0 (28,0) $\mu\text{g/g}$; nhóm IBS-D: 15,0 (38,1) $\mu\text{g/g}$; nhóm UC là 1835,0 (2373,8) $\mu\text{g/g}$; nhóm CD: 535,0 (2356,0) $\mu\text{g/g}$. Nồng độ calprotectin ở nhóm IBD bao gồm cả UC và CD cao hơn IBS-D với $p < 0,05$, không có sự khác biệt ở nhóm UC và CD ở IBS-D và người khỏe mạnh ($p > 0,05$). Điểm cut-off tối ưu của calprotectin phân biệt

IBS-D và IBD là 109,5 $\mu\text{g/g}$; IBS-D và UC là 240 $\mu\text{g/g}$ có độ nhạy độ đặc hiệu lần lượt là 97,2% và 92,3%, 95,8% và 97%. Nồng độ calprotectin và triệu chứng đi ngoài phân máu là yếu tố có giá trị dự đoán IBD với $p < 0,05$ và OR lần lượt là 32,1 và 31,2. **Kết luận:** Xét nghiệm miễn dịch Calprotectin có giá trị phân biệt bệnh UC và IBS-D.

Từ khóa: Calprotectin, viêm loét đại trực tràng chảy máu (UC), hội chứng ruột kích thích (IBS-D), bệnh Crohn (CD), bệnh viêm ruột (IBD).

SUMMARY

VALUE OF CALPROTECTIN IN DIFFERENTIATION DIAGNOSIS ULCERATIVE COLITIS FROM IRRITABLE BOWEL SYNDROME - DIARRHEA

Introduction: Ulcerative colitis (UC) and irritable bowel syndrome – diarrhea (IBS-D) has many similar clinical features. Colonoscopy and biopsy are the single best test for the diagnosis of UC, but it is invasive and carries a risk of complications. A non-invasive method is needed to differentiate these two diseases. **Aims:** determined the optimal Calprotectin cut-off value for differentiating UC and IBS-D. **Methods:** cross-sectional descriptive study on 206 individuals that over 15 years old included 27 healthy people, 115 IBS-D, 24 UC and 13 CD. **Results:** The median calprotectin (interquartile range) were 20,0 (28,0) $\mu\text{g/g}$ in

¹Bệnh viện Thanh Nhân,

²Trường Đại học Y tế Công Cộng,

³Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hiền
Email: hienshbvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/5/2022

Ngày duyệt bài: 29/5/2022

healthy people group, 15,0 (38,1) $\mu\text{g/g}$ in IBS-D; 1835,0 (2373,8) $\mu\text{g/g}$ in UC, 535,0 (2356,0) $\mu\text{g/g}$ in CD. Patients suffering from IBD (UC or CD) showed significant higher concentrations of fecal calprotectin compared to IBS-D ($p < 0,05$). The UC groups showed no significant difference compared to CD, IBS to controls ($p > 0,05$). The optimal cut-off score calprotectin that differentiates IBS-D to IBD is 109.5 $\mu\text{g/g}$; IBS-D to UC is 240 $\mu\text{g/g}$ had specific sensitivities of 97.2% and 92.3%, 95.8% and 97% respectively. Calprotectin levels and symptoms of hematuria were predictive of IBD with $p < 0.05$ and the OR is 32.1 and 31.2, respectively. **Conclusion:** Calprotectin immunoassay can be used both to distinguish between IBD and IBS-D patients

Key word: Calprotectin, ulcerative colitis bleeding (UC), irritable bowel syndrome (IBS-D), Crohn's disease (CD), inflammatory bowel disease (IBD), sensitivity, specificity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ruột kích thích và bệnh viêm ruột đều là những bệnh phổ biến và ảnh hưởng đến đường tiêu hóa, tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tỷ lệ mắc bệnh IBS từ 5%- 20% dân số, tỷ lệ này thay đổi theo từng nghiên cứu, theo từng vùng dân cư[1]. Tại Hoa Kỳ, bệnh nhân được phân bố đồng đều giữa IBS với tiêu chảy (IBS-D), IBS với táo bón (IBS-C) và IBS với mô hình đại tiện hỗn hợp (IBS-M), trong khi ở châu Âu, các nghiên cứu đã phát hiện ra IBS-C (45,9%) hoặc IBS-D (50%) là nhóm chính. Bệnh không nguy hiểm đến tính mạng nhưng kéo dài làm người bệnh luôn lo lắng căng thẳng mất ngủ, luôn luôn lo sợ bị các bệnh hiểm nghèo khác của ruột. Bệnh được biết đến từ lâu nhưng cơ chế bệnh sinh của

bệnh hiện nay vẫn chưa rõ ràng, do đó chưa có phương thức điều trị triệt căn, việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn. IBD bao gồm chủ yếu là UC và bệnh Crohn. Cả hai đều gây ra các biến chứng nghiêm trọng và có thể dẫn đến các đoạn ruột phải được cắt bỏ. Các triệu chứng biểu hiện của IBS-D và UC có thể tương tự nhau nhưng phương pháp điều trị lại hoàn toàn khác nhau. Xét nghiệm nội soi đại tràng vẫn là tiêu chuẩn vàng để phân biệt, đánh giá tình trạng viêm, tiến triển cũng như theo dõi điều trị của bệnh. Tuy nhiên nội soi là thủ thuật xâm lấn, chi phí cao, gây đau và khó chịu có thể gặp tai biến, mất nhiều thời gian và khá phức tạp. Vì vậy tìm một marker phân biệt hai bệnh lý đại tràng này mà có thể hạn chế được các thủ thuật can thiệp là hướng đi của các nhà khoa học trong thời gian gần đây.

Calprotectin là một phức hợp protein được cấu tạo từ calci và kẽm liên kết với protein, có khả năng kìm chế sự phát triển của vi khuẩn. Calprotectin chiếm hơn 60% tổng số protein trong bào tương của bạch cầu trung tính, sau quá trình thực bào, bạch cầu trung tính và các đại thực bào bị vỡ và giải phóng calprotectin xâm nhập vào niêm mạc ruột như một phần của đáp ứng viêm. Calprotectin trong phân là dấu ấn sinh học đặc trưng cho tình trạng viêm đường ruột, là một tham số không xâm lấn, rẻ tiền và hiệu quả để chẩn đoán UC, với độ nhạy, độ đặc hiệu cao. Calprotectin cũng là một dấu hiệu hữu ích để theo dõi điều trị và phát hiện sớm sự tái phát bệnh của các loại viêm này. Các nghiên cứu còn tiến tới cho phép so sánh các

phương pháp thương mại sẵn có khác nhau, các cá thể đặc trưng cho vùng miền để đưa ra ngưỡng phát hiện có giá trị khoa học. Để tìm hiểu rõ hơn về Calprotectin chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: “Xác định giá trị của Calprotectin trong phân biệt UC, IBS-D”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Mẫu nghiên cứu: 206 cá nhân ≥ 15 tuổi được đưa vào nhóm nghiên cứu, trong đó có 27 người khỏe mạnh, 115 người mắc IBS-D, 24 người chẩn đoán là UC, 13 người chẩn đoán là CD và 27 người khỏe mạnh.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán xác định là IBS-D dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán ROME IV. Bệnh nhân UC và CD được chẩn đoán xác định dựa vào triệu chứng lâm sàng, nội soi đại tràng và mô bệnh học. Các bệnh nhân IBS-D, UC, CD đều được nội soi đại tràng các trường hợp nghi ngờ được thực hiện xét nghiệm mô bệnh học để chẩn đoán xác định.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ có thai, kèm theo viêm ruột do vi khuẩn, tiền sử phẫu thuật đại trực tràng, có sử dụng một số loại thuốc như NSAID...

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2021 đến tháng 6/2022

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Hóa sinh bệnh viện Thanh Nhân

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Kỹ thuật đo nồng độ Calprotectin

Nguyên lý: Xét nghiệm LIAISON Calprotectin sử dụng công nghệ miễn dịch hóa phát quang (CLIA), sử dụng 2 kháng thể

đơn dòng để bắt giữ và phát hiện calprotectin dùng trong chẩn đoán in vitro để định lượng calprotectin trong phân người. Đầu tiên, calprotectin được tách chiết từ hỗn hợp của mẫu phân với đệm tách chiết (extraction buffer), sử dụng quy trình cân hoặc dụng cụ tách chiết LIAISON Calprotectin Stool Extraction Device. Mẫu đã tách chiết/chất hiệu chuẩn/chất kiểm chứng được ủ với đệm xét nghiệm và hạt từ phủ kháng thể đơn dòng nhận diện đặc hiệu phức hợp calprotectin. Sau khi ủ, tất cả những vật liệu không tham gia liên kết sẽ được loại bỏ bằng chu trình rửa. Tiếp đó, chất cộng hợp (kháng thể đơn dòng nhận diện calprotectin gắn với một dẫn xuất isoluminol) được thêm vào phản ứng và ủ. Các thành phần không tham gia liên kết sẽ được loại bỏ bằng chu trình rửa thứ 2. Sau đó, cơ chất được thêm vào và phản ứng hóa phát quang bắt đầu. Tín hiệu ánh sáng được đo bởi bộ phân nhân quang dưới dạng đơn vị ánh sáng tương đối (RLU) và tỷ lệ thuận với nồng độ calprotectin có trong chất hiệu chuẩn/ chất kiểm chứng/ mẫu bệnh phẩm.

Thiết bị:

Máy xét nghiệm Liaison DiaSorin XL thực hiện xét nghiệm định lượng Calprotectin

Hệ thống máy sinh hóa tự động AU680 Beckman Coulter thực hiện các xét nghiệm sinh hóa tại khoa Hóa sinh bệnh viện Thanh Nhân

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. So sánh tỉ lệ % bằng phép kiểm định χ^2 . So sánh trung bình bằng kiểm định T-test. Xác định yếu tố liên quan bằng đường cong ROC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm về tuổi và giới

Đặc điểm	IBS-D-D (1)	IBD		Người khỏe mạnh (4)	p
		UC (2)	CD (3)		
n	115 (64,2%)	24 (13,4%)	13 (7,3%)	27 (15,1%)	
Nam	58	17	7	15	0,34
Nữ	57	7	6	12	
Tuổi (mean (SD))	47,7(12,8)	42,4 (15,3)	30,8 (9,8)	42,8 (9,9)	(1),(2),(3),(4)= 0,00 (1),(2),(4)=0,06

Nhận xét: Tỷ lệ nam cao hơn ở các nhóm, sự khác biệt về tỷ lệ nam và nữ không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tuổi trung bình mắc bệnh CD thấp hơn tuổi mắc IBS-D và UC (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$). Không có sự khác biệt về tuổi ở nhóm IBS-D, UC và nhóm người khỏe mạnh.

Bảng 2: Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm	IBS-D (1)	IBD		p (1), (2), (3)/ IBS-D và IBD
		UC (2)	CD (3)	
n	115	24	13	
Sốt	0	1	2	0,001/0,01
Mệt mỏi, gầy sút	6	13	10	0,00/0,00
Đau bụng	96	21	11	0,8/0,4
Đi ngoài phân máu	3	18	7	0,00/0,00

Nhận xét: Các triệu chứng sốt, gầy sút, đi ngoài phân máu ở nhóm bệnh IBD (bao gồm cả CD và UC cao hơn so với nhóm IBS-D (có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$). Không có sự khác biệt về triệu chứng đau bụng ở nhóm bệnh nhân IBS-D với nhóm bệnh nhân IBD ($p>0,05$).

Bảng 3: Đặc điểm các xét nghiệm lâm sàng

Xét nghiệm	IBS-D (Median- IQR) (1)	IBD (Median -IQR)		p (1), (2), (3)**/ IBS-D và IBD*
		UC (2)	CD (3)	
n	115	24	13	
Bạch cầu (G/L)	5,6 (2,8)	9,0 (3,4)	6,0 (5,2)	0,00/0,00
CRP (mg/L)	1,0 (2,0)	4,0 (13,3)	10,1 (28,5)	0,00/0,00
Máu lắng 1h	5,5 (12,9)	23,0 (33,0)	13,5 (19,2)	0,00/0,00
Na (mmol/L)	139 (3,0)	138 (3,5)	138 (3,0)	0,2/0,1
Protein (g/L)	75 (7,0)	65 (16,9)	69 (7,6)	0,03/0,001

***IQR:** (interquartile range – độ trải giữa)

** Sử dụng phép kiểm Kruskal – Wallis

*** Sử dụng phép kiểm Mann-Whitney

Nhận xét: số lượng bạch cầu, nồng độ CRP, tốc độ máu lắng giờ thứ nhất ở nhóm bệnh nhân IBD (bao gồm cả UC và CD) cao

hơn nhóm IBS-D, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nồng độ

protein trong máu ở nhóm IBD thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nồng độ protein ở nhóm IBS-D ($p < 0,05$). Không thấy sự khác biệt về nồng độ Natri trong máu ở nhóm IBD và IBS-D ($p > 0,05$).

3.2. Giá trị của calprotectin phân biệt IBS-D và UC

Bảng 4: Nồng độ của calprotectin ở nhóm bệnh IBS-D, UC và CD

Xét nghiệm	Người khỏe mạnh	IBS-D	IBD		Xét nghiệm
			UC	CD	
n	27	115	24	13	IBS-D và IBD: 0,00 IBS-D và UC : 0,00 IBS-D và người khỏe mạnh : 0,96 UC và CD : 0,062
Nồng độ Calprotectin ($\mu\text{g/g}$)	20,0 (28,0)	15,0 (38,1)	1835,0 (2373,8)	535,0 (2356,0)	

Nhận xét: Nồng độ calprotectin trong phân ở nhóm UC cao hơn nhóm IBS-D ($p < 0,05$). Nồng độ calprotectin không có sự khác biệt ở nhóm UC và CD ($p > 0,05$).

Bảng 5: Hiệu quả chẩn đoán của calprotectin

	AUC	95% CI	P	Điểm cut-off Calprotectin($\mu\text{g/g}$)	Độ nhạy Sens (%)	Độ đặc hiệu Spec (%)
IBS-D và IBD	0,976	0,95-1	0,00	109.5	97.2	92.3
IBS-D và UC	0,977	0,93-1	0,00	240	95,8	97,4
UC và CD	0,69	0,48-0,89	0,06	-	-	-
Người khỏe mạnh và IBS-D	0,5	0,38-0,52	0,9	-	-	-

Nhận xét: Sử dụng đường cong ROC xác định diện tích dưới đường cong (AUC) để tìm giá trị phân biệt của calprotectin trong các nhóm đối tượng khác nhau. AUC để phân biệt IBD và IBS-D là 0,976 với $p < 0,05$, điểm cut-off tối ưu của nồng độ calprotectin là 109.5 $\mu\text{g/g}$. Tại đó cho độ

nhạy 97.2 % và độ đặc hiệu 92.3 %. AUC để phân biệt IBD và IBS-D là 0,977 với $p < 0,05$, nồng độ 240 $\mu\text{g/g}$ của calprotectin có giá trị phân biệt UC và IBS-D có độ nhạy 95,8% và độ đặc hiệu là 97,4%. Calprotectin không có giá trị để phân biệt UC và CD, người khỏe mạnh và IBS-D.

Bảng 6: Phân tích giá trị của calprotectin trong dự đoán mắc bệnh UC

Yếu tố	OR	KTC 95%	Ý nghĩa thống kê p	
Bạch cầu	32,14	0,00	1,00	-Độ phù hợp của mô hình hồi quy (-2 log likelihood): 27,6. -Tỷ lệ dự đoán đúng (Percentage Correct): 94,4 %.
Calprotectin	32,1	1,004 – 1,025	0,007	
CRP	0,936	0,803 – 1,092	0,4	
Máu lắng 1h	1,008	0,92 -1,09	0,8	
Đi ngoài phân máu	31,2	2,2 – 434,4	0,01	
Sút cân, mệt mỏi	2,3	0,12 - 45,1	0,5	

Nhận xét: Sử dụng phép phân tích hồi quy Binary Logistic để ước lượng xác suất chẩn đoán đúng IBD dựa trên kết quả lâm sàng và cận lâm sàng hay gặp là số lượng bạch cầu trong máu, nồng độ calprotectin, nồng độ CRP, thời gian máu lắng giờ thứ 1, triệu chứng có đi ngoài phân máu và sút cân, mệt mỏi. Kết quả cho thấy -2LL 27,6 không cao lắm, thể hiện một độ phù hợp khá tốt của mô hình tổng thể. Tỷ lệ dự đoán đúng của tổng thể mô hình là 94,4%. Nồng độ calprotectin và triệu chứng đi ngoài phân máu là yếu tố có giá trị dự đoán IBD với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

IBS-D và UC là bệnh lý của đường tiêu hóa có một số đặc điểm chung, có cơ chế bệnh sinh chưa rõ ràng và liên quan đến nhiều yếu tố. Theo IBS-D hay gặp ở người lớn ở đặc biệt là phụ nữ, và thường biểu hiện ở độ tuổi từ 15 đến 65 tuổi. IBD hay gặp ở các nước phát triển chẳng hạn như Hoa Kỳ ở Bắc Mỹ và Vương quốc Anh và các nước bắc Âu nhưng hiện nay, tỷ lệ IBD gia tăng ở

châu Á, châu Đại Dương và châu Phi cận Sahara cũng được quan sát thấy. Điều đó có lẽ là do quá trình công nghiệp hóa, tình trạng kinh tế xã hội được cải thiện, cũng như những thay đổi trong chế độ ăn uống và lối sống [2]. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm IBS-D là 47,7 bệnh nhân UC là 42,4 không khác biệt với tuổi của nhóm chứng khỏe mạnh. Tuổi mắc bệnh ở nhóm CD thấp hơn trung bình là $30,8 \pm 9,8$. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Vicente-Steijn, R và CS tuổi trung vị của bệnh nhân IBS-D: 36 (17), UC: 47 (30), CD: 37 (25) [3], tuổi mắc bệnh hay gặp ở 35 đến 50, đây là độ tuổi lao động nên tỷ lệ mắc bệnh gia tăng sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống và năng suất lao động. Theo các nghiên cứu châu Âu và Mỹ tỷ lệ mắc bệnh IBS-D và IBD hay gặp ở nữ nhưng trong nghiên cứu này tỷ lệ nam nhiều hơn ở cả nhóm IBS-D, UC và CD cũng theo một nghiên cứu của Jha, A. K. và cộng sự tuổi mắc bệnh IBD là 35 tuổi (từ 14–60), với tỷ lệ nam nữ là 2: 1 tỷ lệ nam, nữ mắc bệnh khác nhau giữa các khu vực có thể là do thói quen

ăn uống, tình trạng căng thẳng, lo lắng, thay đổi hệ vi sinh vật ở các địa dư khác nhau.

IBS-D và UC có nhiều điểm tương đồng về triệu chứng mà nhiều tác giả cho rằng mặc dù đây là hai loại bệnh khác nhau nhưng có nhiều điểm trùng lặp ở một mức độ nào đó. Cả hai bệnh đều có biểu hiện đau bụng, đầy hơi, tiêu chảy, điều này gây khó khăn trong chẩn đoán. Sau khi tìm hiểu các triệu chứng lâm sàng hay gặp ở cả nhóm IBS-D, UC và CD chúng tôi thấy triệu chứng đau bụng gặp ở hầu hết các bệnh nhân và không có sự khác biệt ở nhóm IBS-D hay UC, CD. Mặc dù có sự khác biệt về tỷ lệ sốt ở nhóm UC so với nhóm IBS-D nhưng tỷ lệ bệnh nhân có sốt rất ít nên triệu chứng sốt ít có giá trị phân biệt hai nhóm bệnh này. Một mối, gầy sút và đi ngoài phân máu gặp nhiều ở nhóm bệnh IBD bao gồm cả UC và CD hơn so với nhóm IBS-D sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo ý kiến của các nhà lâm sàng các dấu hiệu báo động như: Sốt, sụt cân và chán ăn, phân có máu, nôn mửa, thiếu máu là biểu hiện đặc trưng của IBD [2].

Nguyên nhân bệnh lý IBD và IBS-D đều chưa rõ ràng. Cơ chế bệnh sinh phức tạp của IBS-D bao gồm nhiều yếu tố như sự thay đổi về nhu động, cảm giác nội tạng, sự thay đổi hệ trục não - ruột, hệ vi sinh vật, chuyển hóa axit mật và tính thấm ruột. Bên cạnh đó, kích hoạt miễn dịch có thể liên quan đến tình trạng viêm mức độ nhẹ. Trên thực tế, sinh thiết niêm mạc đại tràng của khoảng 2/3 số bệnh nhân bị IBS-D cho thấy thâm nhiễm tế bào mast dày đặc, giải phóng nhiều chất trung gian, chẳng hạn như serine protease, có

thể là nguyên nhân gây ra chứng hưng phấn thần kinh và các triệu chứng IBS-D. Hơn nữa, các thành phần thực phẩm và kháng nguyên được cho là đi qua hàng rào biểu mô bị rò rỉ, dẫn đến sự xâm nhập và kích hoạt tế bào mast, do đó dẫn đến các triệu chứng IBS-D. Vì các tế bào mast có thể được kích hoạt bởi các cơ chế giống như dị ứng và các xét nghiệm chích da tiêu chuẩn có độ nhạy và độ đặc hiệu kém, phản ứng miễn dịch với thực phẩm trong IBS-D thậm chí đã được thử nghiệm trước đây với một phương pháp không thông thường. Trong bệnh UC người ta thấy có sự tăng hoạt động của hệ thống miễn dịch, thay đổi hệ thống thần kinh ruột, tăng cường tế bào hạch (ganglion cells), thâm nhiễm tế bào viêm. Chính các biểu hiện viêm không đặc hiệu làm tăng phản ứng CRP, bạch cầu trong máu. Trong các trường hợp UC người ta thấy có biểu hiện rối loạn điện giải, đặc biệt là giảm Natri do hiện tượng mất Natri qua phân. Tình trạng thiếu máu, giảm protein cũng được ghi nhận do giảm dung nạp khi đường ruột bị tổn thương và mất máu, albumin qua đường tiêu hóa. Kết quả nghiên cứu ghi nhận có sự tăng bạch cầu, CRP, máu lắng giờ 1 ở nhóm bệnh IBD đặc biệt là UC hơn so với nhóm bệnh IBS-D. Protein máu được ghi nhận có sự giảm ở bệnh nhân UC và CD hơn so với nhóm IBS-D ($p < 0,05$). Chúng tôi không thấy sự khác biệt về nồng độ Natri trong máu ở cả nhóm UC, CD và IBS-D.

4.2. Giá trị của calprotectin

Định lượng calprotectin trên 27 người khỏe mạnh, 115 bệnh nhân bị IBS-D, 24

bệnh nhân UC và 13 bệnh nhân bị CD kết quả cho thấy nồng độ calprotectin cao nhất ở nhóm UC, không có sự khác biệt về nồng độ calprotectin ở nhóm UC và CD. Không có sự khác biệt về nồng độ Calprotectin ở nhóm khỏe mạnh và nhóm IBS-D. Một số nghiên cứu ghi nhận nồng độ Calprotectin ở nhóm IBD cao hơn so với nhóm khỏe mạnh và đã xác nhận giá trị tham chiếu 50µg/g làm giới hạn trên, một nghiên cứu đề xuất giá trị lên đến 112µg/g ở những người trên 60 tuổi và lên đến 186µg/g ở trẻ em từ 2 đến 9 tuổi, như là phạm vi tham chiếu của Calprotectin trong phân ở những người khỏe mạnh (dẫn theo [4]). Trên thực tế sự chồng chéo các đặc điểm lâm sàng giữa IBS-D và IBD dẫn đến việc phải thực hiện nội soi nhiều hơn, một thủ thuật xâm lấn làm cho người bệnh khó chịu trong suốt quá trình chuẩn bị soi và đến vài ngày sau khi soi nên tìm một giá trị cut-off có thể phân biệt được IBS-D và IBD là cần thiết. Kết quả bảng 5 cho thấy giá trị điểm cắt Calprotectin 109.5µg/g có giá trị phân biệt IBD và IBS-D với độ nhạy là 97,2% và độ đặc hiệu là 92,3%. Khi phân biệt IBS-D và UC thì điểm cắt cao hơn 240µg/g, khi đó chúng ta có thể xác định tới 97,4% trường hợp không mắc bệnh. Trong một nghiên cứu khác được thực hiện trên 76 bệnh nhân bị viêm loét đại tràng, độ nhạy 98% và độ đặc hiệu là 96% ở ngưỡng 188µg/g đã được báo cáo về vấn đề này[5]. Caviglia và cộng sự báo cáo độ nhạy là 87,5% và độ đặc hiệu là 90,5% ở ngưỡng cắt 150µg/g đối với calprotectin trong phân giúp phân biệt giữa IBS-D và IBD. Kết quả

nghiên cứu cũng cho thấy Calprotectin có ý nghĩa phân biệt IBD và IBS-D nhưng không thể dung xét nghiệm này để phân biệt UC và CD ($p>0,05$). Phân tích hồi quy logistic đa biến với các xét nghiệm thường được sử dụng để chẩn đoán IBD như số lượng bạch cầu, nồng độ CRP, tốc độ máu lắng 1h, đi ngoài phân máu, sút cân ... thì chỉ có nồng độ Calprotectin và dấu hiệu đi ngoài phân máu có giá trị dự đoán IBD ($p<0,01$).

V. KẾT LUẬN

Xét nghiệm Calprotectin trên máy miễn dịch LIAISONXL® của DiaSorin có giá trị tốt trong phân biệt bệnh UC và IBS thể tiêu chảy trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Borghini, R., et al.,** New insights in IBS-like disorders: Pandora's box has been opened; a review. . Gastroenterol Hepatol Bed Bench, 2017. **10**(2): p. p. 79-89.
2. **Szawlinska, P., et al.,** IBS-Symptoms in IBD Patients-Manifestation of Concomitant or Different Entities. J Clin Med, 2020. **10**(1).
3. **Vicente-Steijn, R., et al.,** Analytical and clinical performance of the fully-automated LIAISONXL calprotectin immunoassay from DiaSorin in IBD patients. Pract Lab Med, 2020. **21**: p. e00175.
4. **Khaki-Khatibi, F., et al.,** Calprotectin in inflammatory bowel disease. Clin Chim Acta, 2020. **510**: p. 556-565.
5. **Jha, A.K., et al.,** Optimal cut-off value of fecal calprotectin for the evaluation of ulcerative colitis: An unsolved issue? JGH Open, 2018. **2**(5): p. 207-213.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN - HÀ NỘI

Đào Quang Minh*, Nguyễn Văn Trường*,
Trần Mạnh Hiến*, Đinh Văn Tập*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phẫu thuật và đánh giá một số yếu tố liên quan đến tai biến, biến chứng và tái phát sau mổ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc

Kết quả nghiên cứu: từ 01/2021 đến 06/2022 với 29 trường hợp HCC có chỉ định phẫu thuật, tỷ lệ nam/nữ là 84.4/1, tuổi gặp nhiều nhất 40 - 60 tuổi, 17.2% trường hợp phát hiện tình cờ. Tỷ lệ HBV là 69%, 41.4% trường hợp có AFP > 400 ng/ml, 58.6 % u > 5cm, độ biệt hóa khối u theo Edmondson-Steiner lần lượt là I, II, III, IV như sau: 0%, 58.6%, 37.9% và 3.5%. Thời gian mổ trung bình 157 ± 35.2 phút, 07 biến chứng sau mổ: chảy máu, suy gan, tràn dịch màng phổi, rò mật. Không có trường hợp tử vong do phẫu thuật. Tỷ lệ tái phát sau 24 tháng 24.1%

Kết luận: phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị triệt căn, hiệu quả với các trường hợp ung thư biểu mô tế bào gan – HCC.

Từ khóa: Ung thư tế bào gan, phẫu thuật điều trị ung thư tế bào gan, HCC

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE LIVER RESECTION TO TREAT

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trường

Email: quoctruongf@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/5/2022

Ngày duyệt bài: 29/5/2022

HEPATOCELLULAR CANCER AT THANH NHAN - HANOI HOSPITAL

Aims: To evaluate the results of treatment of HCC by surgery and evaluate some factors related to complications, complications, and postoperative recurrence.

Research object and method: a descriptive study, longitudinal follow-up

Research results: from 01/2021 to 06/2022 with 29 cases of HCC indicated for surgery, the male/female ratio was 84.4/1, the most common age was 40-60 years old, and 17.2% of cases were detected in random. The rate of HBV was 69%, 41.4% of cases had AFP > 400 ng/ml, 58.6% of tumors > 5cm, the tumor differentiation according to Edmondson-Steiner was I, II, III, IV, respectively: 0%, 58.6%, 37.9% and 3.5%. Average operative time 157 ± 35.2 minutes, 07 cases had complications after surgery: bleeding, liver failure, pleural effusion, and bile leak. There were no deaths due to surgery, 24.1% recurrence rate after 24 months.

Conclusion: Liver resection is a radical and effective treatment for hepatocellular carcinoma - HCC.

Keywords: Hepatocellular cancer, surgical treatment of hepatocellular carcinoma, HCC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tế bào gan là bệnh lý ác tính, đứng hàng thứ sáu trong các loại ung thư trên thế giới và là nguyên nhân tử vong xếp thứ ba trong các nguyên nhân tử vong do ung thư. Hàng năm, trên thế giới có khoảng 661,000 trường hợp ung thư tế bào gan mới

được phát hiện và cũng khoảng 500,000 người tử vong vì bệnh lý này. Theo thống kê tỷ lệ mắc HCC hàng năm tại Việt Nam khoảng 25,000-30,000 ca/năm [1]. Điều trị HCC là điều trị đa mô thức, triệt căn và không triệt căn, trong điều trị triệt căn ung thư tế bào gan phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả. Phẫu thuật cắt gan hiện nay đã có nhiều tiến bộ giúp tăng khả năng cắt bỏ khối u với những trường hợp HCC [2]. Tuy vậy bên cạnh đó các biến chứng trong, sau mổ và tái phát sớm vẫn còn là vấn đề khó. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Thanh Nhàn – Hà Nội trong 2 năm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng 27 trường hợp HCC được phẫu thuật cắt gan tại khoa Ngoại Tổng hợp BV Thanh Nhàn trong thời gian từ 01/2020 đến 06/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: các trường hợp được chẩn đoán HCC và được phẫu thuật. Phương pháp: nghiên cứu mô tả, không đối chứng

Chỉ số nghiên cứu: các chỉ số về đặc điểm chung, về lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật và theo dõi sau mổ. (Phương pháp mổ kiểm soát cuống gan theo Takasaki).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi và giới: tuổi trung bình là $63,2 \pm 11,3$, trẻ nhất là 26 tuổi, già nhất là 83 tuổi, chủ yếu ở nhóm tuổi từ 40-60 với tỉ lệ 52%. Tỉ lệ nam:nữ là 4,4:1.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	n	%
Đau hạ sườn	18	62.1
Gầy sút	06	20.7
Ăn kém	11	37.9
Tình cờ	04	17.2

Nhận xét: Có 04 (17.2%) phát hiện tình cờ

Bảng 2: Tình trạng viêm gan virus

Phân loại	Child A		Child B		Σ	
HBV (+)	17	58.6	03	10.3	20	69.0
Anti - HCV (+)	02	6.9	00	00	02	6.9
HBV (+) và Anti-HCV (+)	03	10.3	01	3.5	04	13.8
HBV(-) và anti-HCV (-)	03	10.3	00	00	03	10.3
Tổng	25	86.2	04	13.8	29	100

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm HBV chiếm 68.9%, Child A chiếm 86.2%

Bảng 3: Alphafetoprotein- AFP trước mổ

Nồng độ (ng/ml)	Số BN	Tỉ lệ (%)
<20	05	17.2
< 200	04	13.8
>200	08	27.6
> 400	12	41.4
Tổng	29	100

Nhận xét: 41.4% trường hợp có AFP > 400 ng/ml

Bảng 4: Đặc điểm khối u

Phân loại	Đơn độc		Đa u		Σ	
	n	%	n	%	n	%
< 5 cm	09	31.1	03	10.3	12	41.4
> 5 cm	13	44.8	04	13.8	17	58.6
Tổng	22	75.9	07	24.1	29	100

Nhận xét: 75.9% là u đơn độc (22/29)

Bảng 5: Loại phẫu thuật cắt gan

Phương pháp	n	Tỉ lệ (%)
Cắt gan P	04	13.9
Cắt gan T	03	10.3
Cắt gan thùy T	05	17.3
Cắt gan trung tâm	02	6.9
Cắt gan PT trước	05	17.3
Cắt gan PT sau	07	24.1
Cắt gan hạ phân thùy	03	10.3
Tổng	29	100

Nhận xét: cắt phân thùy sau chiếm 24.1% bình là 350 ± 147 ml.

Thời gian phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật Thời gian mổ trung bình: $140 \pm 41,1$ phút, nhanh nhất 40 phút, lâu nhất 250 phút.

- Số lượng máu mất: lượng máu mất trung

- Tai biến trong mổ: trong nghiên cứu chỉ có 1 trường hợp rách tĩnh mạch gan phải trong quá trình kiểm soát cuống mạch vào ra trước khi tiến hành cắt nhu mô gan.

Bảng 6: Giai đoạn bệnh theo phân độ theo BCLC

BCLC	n	%
0	11	37.9
A	18	72.1
$\geq B$	00	00
Tổng	29	100

Nhận xét: đa số trường hợp ở BCLC-A (72.1%)

Bảng 7: Giải phẫu bệnh sau mổ

Độ biệt hóa khối u	n	%
I	00	00
II	17	58.6
III	11	37.9
IV	01	3.5
Tổng	29	100

Nhận xét: 58.6% trường hợp có Edmondson-Steiner II

Bảng 8: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	%
Suy gan	1	3.5
TDMF	3	10.3
Rò mật	1	3.5
Cổ chướng	1	3.5
Chảy máu	1	3.5

Nhận xét: tỷ lệ biến chứng chung trên 20%

Thời gian nằm viện

- Thời gian nằm viện trung bình là $13,4 \pm 3,2$ ngày
- Thời gian nằm viện ngắn nhất là 08 ngày
- Thời gian nằm viện dài nhất là 26 ngày

Bảng 9: Tỷ lệ tái phát và di căn

Thời gian	06 tháng	12 tháng	24 tháng
Tái phát	02 (6.9%)	05 (17.2%)	07 (19.6%)
Di căn	01 (3.4%)	02 (6.9%)	02 (6.9%)
Σ	03 (10.3%)	07 (24.1%)	09 (31.0%)

Nhận xét: 24.1% tái phát sau 2 năm

Bảng 10: Liên quan AFP và tái phát-di căn

AFP			
	< 200	> 200	
Tái phát			
Không	17 (58.6%)	03 (10.3%)	20 (69.0%)
Có	02 (6.9%)	07 (24.1%)	09 (31.0%)
Tổng	19 (65.5%)	10 (34.5%)	29 (100%)
	P = 0,008		

Nhận xét: Có sự liên quan giữa tái phát và AFP ($p = 0,008$)

Bảng 11: Liên quan giai đoạn và tái phát-di căn

Tái phát			
	Không	Có	Σ
BCLC			
0	09 (31.0%)	02 (6.9%)	11(37.9%)
A	11 (37.9%)	07 (24.1%)	18(62.1%)
Σ	20 (69.0%)	09 (31.0%)	29(100%)

Nhận xét: Có sự liên quan giữa tái phát và TNM sau mổ ($p = 0.038$)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 29 trường hợp với độ tuổi trung bình là 57.2 ± 11.3 , trẻ nhất là 26 tuổi, già nhất là 73 tuổi, kết quả tương đương với các nghiên cứu khác trong nước. Về giới tỷ lệ 4.4/1 thống kê dịch tễ cho thấy đa số bệnh này gặp ở nam giới với tỉ lệ nam:nữ từ 2-5 lần, tùy theo tần suất bệnh của mỗi khu vực.

Triệu chứng lâm sàng của UTTBG thường xuất hiện ở giai đoạn muộn của bệnh do khả năng bù trừ tốt của gan. Ở giai đoạn sớm các triệu chứng thường mờ nhạt và không đặc hiệu nên việc chẩn đoán sớm rất khó khăn nếu không có chương trình sàng lọc các đối tượng nguy cơ. Kết quả NC cho thấy, các dấu hiệu khiến người bệnh phải đi khám chủ yếu là đau bụng (62.1%), ăn kém (37.9%) và sút cân (20.7%). Có 04 BN tình cờ phát hiện do đi khám sức khỏe định kỳ. Tỷ lệ này tương đương nghiên cứu của Lê Văn Thành (2018) [3].

Viêm gan virus là một trong những yếu tố nguy cơ chính của UTBMTBG. Trong nghiên cứu này 69% trường hợp HBV (+), 13.8% trường hợp đồng nhiễm HBV và HCV. Nhiễm HBV là nguyên nhân chính dẫn tới xơ gan và ung thư gan, dù hiện nay thuốc ức chế virus đã có nhiều tiến bộ nhưng quan trọng vẫn là vaccine phòng lây nhiễm HBV, vaccine phòng HBV là cách gián tiếp phòng ung thư gan. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Thoa, HBV và rượu là nguyên nhân hàng đầu của HCC tại Việt Nam. [4]

AFP là chất chỉ điểm khối u quan trọng trong chẩn đoán UTBMTBG. Chẩn đoán xác định khi có một trong ba yếu tố: một là MSCT/MRI u có tính chất HCC và AFP > 400ng/ml, hai là MSCT/MRI u có tính chất HCC và AFP > 200ng/ml kết hợp với HBV/HCV, ba là có bằng chứng giải phẫu

bệnh lý khối u là HCC. NC cho thấy, trường hợp có AFP trước mổ > 400ng/ml chiếm tỉ lệ 41.4%, 27.6% số trường hợp có AFP > 200ng/ml và 13.8% trường hợp AFP dưới 200 ng/ml, có 17.2% trường hợp AFP không tăng. [5]

Khối u lớn với kích thước > 5cm khá thường gặp trong lâm sàng, đặc biệt trong điều kiện của Việt Nam, trong NC của chúng tôi, tỉ lệ này là 58.6%. Những trường hợp mắc u gan ngày càng trẻ hóa, với đặc tính phát triển thầm lặng, ít triệu chứng khi được chẩn đoán thì kích thước khối u đã lớn. Với những trường hợp này phẫu thuật cắt u triệt căn vẫn có thể thực hiện được nhưng làm tăng nguy cơ biến chứng sau mổ. Các NC gần đây cho thấy kích thước u không phải là chống chỉ định của cắt gan. NC của Schutte K và cs (2017) cho biết tỉ lệ sống và không tái phát sau 5 năm ở nhóm có kích thước u >10cm lần lượt là 45% và 43%. Ngoài ra khối u lớn còn có nguy cơ xâm lấn mạch gây huyết khối, xâm lấn mạch trên đại thể hoặc vi thể là yếu tố nguy cơ cao dẫn tới tái phát hoặc di căn theo mạch máu. Chỉ định phẫu thuật với những trường hợp này hết sức dè dặt trên phương diện lâm sàng không chỉ vì tiên lượng kém mà còn bởi các khó khăn trong kỹ thuật mổ. Theo Rahbari NN và cộng sự (2011) thời gian sống trung bình của những trường hợp có huyết khối tĩnh mạch cửa không được điều trị chỉ là 2,7 tháng, nhưng thời gian sống thêm trung bình có thể lên tới 11 tháng nếu được điều trị cắt gan.

Trong nghiên cứu này có 31.1% trường hợp cắt gan lớn từ 3 hạ phân thùy trở lên, 58.9% cắt phân thùy gan – 2 hạ phân thùy gan, 10.3% trường hợp cắt thùy gan. Các trường hợp đều được cắt gan theo giải phẫu không chế cuống mạch, kiểm soát đường vào và ra với áp lực tĩnh mạch trung tâm thấp 1-2

cmH₂O. Thời gian mổ trung bình là 157 ± 35.2 phút, ngắn nhất là 75 phút và dài nhất là 215 phút. Con số này theo tổng kết của các tác giả Lê Văn Thành có sự khác biệt giữa cắt gan lớn và cắt gan nhỏ lần lượt là 132 phút và 105 phút. Thời gian mổ của chúng tôi lâu hơn các tác giả trong nước do chuyên ngành phẫu thuật gan mật của bệnh viện đang từng bước phát triển và số lượng ca phẫu thuật còn thấp. [3]

Lượng máu mất trung bình trong mổ khoảng 350 ± 147 ml, tương đương với lượng máu mất trung bình của tác giả Lê Văn Thành là 300 ± 232 ml, Tỷ lệ truyền máu sau mổ là 6.9%, trong đó có 1 trường hợp chảy máu sau mổ phải can thiệp nút mạch, không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ. Tác giả Nanashima A có 20.3% trường hợp cần truyền máu trong khi mổ cắt gan. Mất máu và truyền máu trong mổ đã được chứng minh là yếu tố tiên lượng độc lập đối với biến chứng, tái phát và tử vong trong và sau mổ. Ảnh hưởng của truyền máu đối với nguy cơ tái phát khối u biểu hiện rõ nhất đối với các trường hợp giai đoạn sớm. Theo Nanashima và cộng sự (2012), lượng máu mất trên 1500ml và thời gian sống thêm có liên quan tuyến tính với nhau. Do đó, vấn đề kiểm soát chảy máu và truyền máu đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật cắt gan. Về thời điểm tiến hành truyền máu, Nanashima và cộng sự (2012) cho rằng cần bắt đầu truyền máu khi lượng máu mất hơn 750ml. [7]

Kỹ thuật cắt gan ngày càng được hoàn chỉnh, đặc biệt với sự ra đời của phẫu thuật ALPPS đã làm tăng cơ hội phẫu thuật triệt căn cho các trường hợp ung thư gan. Tuy vậy biến chứng sau phẫu thuật cắt gan vẫn dao động từ 10-25% tùy nghiên cứu. Do gan là tạng liên quan tới nhiều chu trình chuyển hóa

do đó các biến chứng sau mổ có nguy cơ gây suy gan rất cao, dù hiện nay lĩnh vực hồi sức đã có tiến bộ nhưng suy gan vẫn là tình trạng rất nặng và có nguy cơ tử vong cao. Có 07 trường hợp có biến chứng sau mổ, chiếm tỉ lệ 10.3%- tương đương với một số NC khác, biến chứng hay gặp nhất là tràn dịch màng phổi 3/7 trường hợp, rò mật (1 TH), cổ chướng kéo dài (1 TH). Nghiên cứu này có 01 trường hợp suy gan sau mổ; biểu hiện suy gan ngày thứ 5 sau mổ, tăng bilirubin trên 50 μ mol/l đồng thời Prothrombin giảm dưới 50%, bệnh nhân trải qua 3 tuần ICU và xuất viện sau 26 ngày. Suy gan là biến chứng sau mổ quan trọng nhất của phẫu thuật cắt gan. Tỷ lệ suy gan sau mổ dao động từ 1,2-32% tùy tác giả, trong những NC gần đây, tỉ lệ này vào khoảng 8% (16). Có 01 trường hợp chảy máu sau mổ: hậu phẫu ngày 3, dịch máu chảy qua ống dẫn lưu, vẫn giữ được huyết động, được bù máu và chỉ định làm can thiệp mạch xác định vị trí chảy máu, bơm tắc bằng spongel... Rò mật cũng là một biến chứng nặng của phẫu thuật cắt gan, tỉ lệ của biến chứng này vào khoảng 4-8%. Trong NC của chúng tôi có 1 trường hợp bị rò mật sau mổ, được điều trị bằng đặt dẫn lưu qua da và dẫn lưu dịch ổ bụng qua siêu âm, không phải mổ lại. Tỷ lệ này tương đương với NC của Lê Văn Thành 2,5%, tác giả Yamashita khoảng 2%. Tràn dịch màng phổi là biến chứng thường gặp sau cắt gan. Cơ chế của hiện tượng này là quá trình giải phóng gan và phẫu tích các dây chằng trong cắt gan gây ảnh hưởng đến tuần hoàn bạch huyết khu vực này. Biến chứng này gặp nhiều hơn trong cắt gan phải là do dễ di động gan phải, PTV phải phẫu tích rộng hơn so với giải phóng gan trái. Một cơ chế nữa là thời gian kẹp mạch máu kéo dài gây ra rối loạn chức năng gan sau mổ, phù tế bào gan, do đó ảnh

hưởng tới tuần hoàn bạch huyết và gây ra tràn dịch màng phổi. Chảy máu cũng là biến chứng hay gặp, nguyên nhân do rối loạn đông máu hoặc do cầm máu không tốt. Trong NC của chúng tôi, có 1 trường hợp (1,3%) chảy máu sau mổ, được chỉ định can thiệp mạch và điều trị nội ổn định.

Các trường hợp trong NC của chúng tôi được tái khám theo lịch hẹn. Đến thời điểm kết thúc NC, có 07 trường hợp tái phát chiếm tỉ lệ 24.1%. Theo tác giả Lê Văn Thành có 28.6% trường hợp tái phát trong năm 2 năm đầu, tỷ lệ tái phát dao động tùy từng nghiên cứu từ 25% - 45%. Với $p = 0.008$, và $p = 0.02$ cho thấy có liên quan giữa chỉ số AFP trước mổ và giai đoạn BCLC với tình trạng tái phát và di căn sau mổ. NC tổng hợp của tác giả Young AL, tỷ lệ tái phát trong năm đầu dao động từ 15-25% tùy báo cáo, và khó để phân định đâu là mắc mới đâu là tái phát với các trường hợp HBV (+).[9]

V. KẾT LUẬN

Với 29 trường hợp ung thư biểu mô tế bào gan được thực hiện trong nghiên cứu, tỷ lệ viêm gan virus gần 90%, có 69% trường hợp tăng AFP đủ tiêu chuẩn chẩn đoán, khối u lớn trên 5cm chiếm 58.6%, phẫu thuật cắt gan lớn được thực hiện ở 31.1% trường hợp, tỷ lệ biến chứng sau mổ 24.3%, tái phát sau mổ 24.1% tại thời điểm 24 tháng, di căn 6.9%. Có thể nói phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị hiệu quả với các trường hợp HCC tại BV Thanh Nhàn – Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McGlynn KA, London WT (2011). The global epidemiology of hepatocellular

carcinoma: present and future. *Am J Liver Dis*, 15(2): 223-243.

2. Omata M, Lesmana LA, Tateishi R (2010). Asian Pacific Association for the Study of the Liver consensus recommendations on hepatocellular carcinoma. *Hepatol Int*, 4(2):439-474.
3. Lê Văn Thành (2018). Kết quả 156 trường hợp cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacob điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. *Tạp chí Ngoại khoa tập*, 61(1-2-3): 43-49.
4. Nguyễn Thị Kim Hoa, Võ Đặng Anh Thư (2010). Tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư gan nguyên phát tại bệnh viện trường đại học Y dược Huế'. *Y học thực hành*, pp. 13-16.
5. Schutte K, Bornschein J, Malfertheiner P (2017). Hepatocellular carcinoma -- epidemiological trends and risk factors. *Dig Dis*, 27(2): 80-92.
6. Rahbari NN, Garden OJ, Padbury R, et al (2011). Posthepatectomy liver failure: a definition and grading by the International Study Group of Liver Surgery (ISGLS). *Surgery*, 149:713-724.
7. Nanashima A, Abo T, Hamasaki K (2013). Predictors of intraoperative blood loss in patients undergoing hepatectomy. *Surg Today*, 43(5): 485-493.
8. Yamashita Y, Hamatsu T, Rikimaru T et al (2001). Bile leakage after hepatic resection. *Ann Surg*, 233: 45-50.
9. Young AL, Malik HZ, Abu-Hilal M et al (2007). Large hepatocellular carcinoma: time to stop preoperative biopsy. *J Am Coll Surg*, 205: 453-462.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA TIỀN ĐÌNH MIỆNG TRONG ĐIỀU TRỊ U TUYẾN GIÁP LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thành Vinh*

TÓM TẮT

Mục tiêu : Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng (TOETVA) trong điều trị u tuyến giáp lành tính tại Bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 24 bệnh nhân chẩn đoán u tuyến giáp lành tính được phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ 06/2021 đến 06/2022. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $43,0 \pm 10,0$ tuổi. 95,4% là nữ giới. Tỷ lệ 1 u trên lâm sàng 54,2%, u thùy phải 58,3%, kích thước u trung bình $20,5 \pm 9,1$ mm. Trên siêu âm, u TIRADS 3 chiếm 54,2%. Giải phẫu bệnh sau mổ bướu giáp keo chiếm 83,3%. Cắt thy tuyến giáp ở 91,7% trường hợp. Thời gian mổ trung bình 86,7 phút; thời gian hậu phẫu $7,1 \pm 0,9$ ngày. Tỷ lệ biến chứng thấp và đa số hồi phục sau 03 tháng. 91,7% bệnh nhân đánh giá hài lòng về kết quả phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đường miệng trong điều trị u tuyến giáp lành tính là phẫu thuật an toàn, hiệu quả và đạt thẩm mỹ cao.

Từ khóa: TOETVA, u tuyến giáp, phẫu thuật nội soi tuyến giáp, tiền đình miệng.

SUMMARY

RESULTS OF TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY BY VESTIBULAR APPROACH IN

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Vinh

Email: dr.ntvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2022

Ngày duyệt bài: 29/6/2022

TREATMENT OF BENIGN THYROID TUMOR AT THANH NHAN HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of transoral endoscopic thyroidectomy by vestibular approach (TOETVA) in the treatment of benign thyroid tumor at Thanh Nhan Hospital. **Subjects and Methods:** Descriptive retrospective studies 24 patients with benign thyroid tumors were treated by TOETVA at Thanh Nhan Hospital from 06/2021 to 06/2022. **Results:** Mean of age was $43,0 \pm 10,0$ years. 95,4% patients were female. The solitary tumor occurs 54,2%, the thyroid tumors in the right lobe were 58,3%, the average tumor size was $20,5 \pm 9,1$ mm. The tumors classified into TIRADS 3 by ultrasound was 54,2%. Most common pathology was colloid goitre accounting for 83,3%. Lobectomy was applied in 91,7% cases. The mean operating time was 86,7 minutes, the mean hospitalization was $7,1 \pm 0,9$ days. The rate of complications was very low. 91,7% patients were satisfied with cosmetic outcomes of TOETVA. **Conclusions:** Transoral endoscopic thyroidectomy by vestibular approach is safe and achieved good cosmetic outcomes.

Key words: TOETVA ,thyroid nodule, endoscopy thyroidectomy, vestibular approach

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến giáp là một trong những bệnh lý phổ biến nhất của tuyến giáp, trong đó nữ giới có tỷ lệ mắc cao hơn nam giới. Chẩn đoán u tuyến giáp dựa vào: lâm sàng, siêu âm và chọc hút kim nhỏ khối u. Phẫu thuật là đóng vai trò chính trong điều trị u tuyến giáp.

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng là một trong những kỹ thuật mới, ngày càng được áp dụng nhiều tại Việt Nam và trên thế giới. Phương pháp này có nhiều ưu điểm vượt trội với nhiều phương pháp khác như: đường tiếp cận ngắn, có thể tiếp cận cả hai thùy tuyến giáp, thuận lợi trong việc vét hạch cổ trung tâm và đạt tính thẩm mỹ cao. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng trong điều trị u tuyến giáp tại bệnh viện Thanh Nhàn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu. Gồm 24 bệnh nhân chẩn đoán u tuyến giáp trạng lành tính được phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng tại bệnh viện Thanh Nhàn. Thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022.

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.

- Bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến giáp lành tính trước mổ dựa vào lâm sàng, siêu âm và chọc kim nhỏ. Bệnh nhân được tư vấn về các phương pháp phẫu thuật và đồng ý thực hiện phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng

- Chọn u:

Trường hợp một u: kích thước lớn nhất $\leq$ 5 cm

Trường hợp nhiều u: kích thước thùy giáp < 6 cm

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tiền sử phẫu thuật, xạ trị vùng cổ
- Áp xe khoang miệng
- Cường giáp

- Có chống chỉ định chung của phẫu thuật và gây mê hồi sức.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

3. Phương pháp thu thập số liệu

3.1. Đặc điểm lâm sàng: Tuổi; giới; lý do vào viện; khám u: vị trí u (thùy phải, thùy trái, eo), số lượng u, kích thước u (mm), mật độ u (mềm hay cứng, chắc), ranh giới u (rõ hay không rõ), di động u (có hay không có di động).

3.2. Cận lâm sàng: Siêu âm tuyến giáp đánh giá: số lượng u, phân loại TIRADS; vị trí u (thùy phải, thùy trái, eo), kích thước u.

3.3. Phương pháp phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường qua đường tiền đình miệng

- **Phương pháp gây mê:** Bệnh nhân được gây mê nội khí quản qua đường miệng.

- **Tư thế bệnh nhân:** Nằm ngửa, đầu cố định với cổ duỗi tối đa có kê gối ở vai. Sát khuẩn toàn bộ vùng cổ và dưới mặt bằng betadine, trải toan vô khuẩn phía dưới ngang hõm ức, phía trên ngang môi trên, hai bên là mặt bên của cổ. Khoang miệng được sát khuẩn sạch bằng dung dịch betadine

- **Kỹ thuật:**

- Đường rạch và vị trí đặt trocar: đường rạch 10 mm tại trung tâm tiền đình môi dưới ngay trên hãm môi dưới, hai đường rạch 5 mm ở phía ngoài răng nanh hai bên. Đặt trocars 10 mm ở giữa và bơm CO₂ áp lực 6-8 mmHg, tốc độ bơm 3l/ph, 2 trocar 5 mm đặt 2 bên.

- Tạo khoang phẫu thuật: dùng đơn cực hoặc dao siêu âm để phẫu tích bóc tách tổ

chức dưới da tạo trường phẫu thuật. Giới hạn: bờ dưới là hõm ức, 2 bên là bờ ngoài cơ ức đòn chũm.

- Bộc lộ tuyến giáp: Mở mạc sâu cổ theo đường giữa, các cơ trước giáp được phẫu tích và kéo sang 2 bên bằng sợi chỉ Vicryl 3.0 khâu xuyên qua da và kéo ra ngoài, cố định chỉ vào khung vén cơ trước giáp.

- Bộc lộ tuyến giáp để đánh giá tổn thương. Tiến hành cắt thùy tuyến giáp bằng dao siêu âm bắt đầu từ eo giáp. Lưu ý bảo tồn thần kinh quặt ngược thanh quản và tuyến cận giáp.

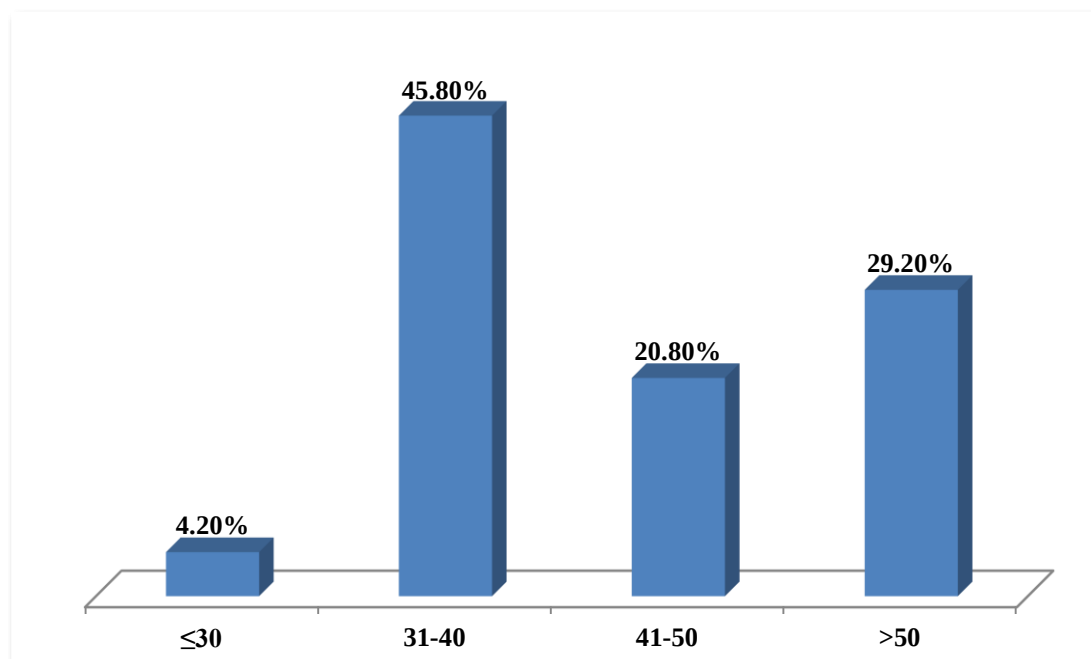
- Lấy bệnh phẩm qua trocar 10mm
- Khâu lại đường giữa bằng Vicryl 3-0
- Khâu lại đường rạch niêm mạc miệng bằng chỉ Vicryl 5-0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua tiến hành phẫu thuật 24 bệnh nhân bằng phương pháp TOETVA tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022, chúng tôi rút ra một số kết quả như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi



Biểu đồ 1: Phân chia nhóm tuổi

Tuổi trung bình là $43,0 \pm 10,0$ tuổi, nhóm 31-40 tuổi hay gặp nhất chiếm 45,8%.

Giới: Đa số các bệnh nhân đều là nữ giới, chỉ có 01 bệnh nhân nam giới (chiếm 4,2%).

Lý do vào viện: Sờ thấy u hay gặp nhất chiếm 41,7%, tỷ lệ bệnh nhân phát hiện tình

cờ chiếm 37,5%.

Đặc điểm u trên lâm sàng: Tỷ lệ sờ thấy u trên lâm sàng chiếm 79,2%. Trong số các bệnh nhân này tất cả các khối u đều mật độ mềm, ranh giới rõ, di động theo nhịp nuốt.

Đặc điểm trên siêu âm:

Bảng 3: Đặc điểm u trên siêu âm

Đặc điểm u		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vị trí	Thùy phải	14	58,4
	Thùy trái	8	33,3
	Hai thùy	2	8,3
Tổng		24	100
Thành phần	Đặc	14	58,3
	Dịch	4	16,7
	Hỗn hợp	6	25,0
Tổng		24	100

Về số lượng u: số bệnh nhân có 01 u đơn thuần chiếm 54,2%, số bệnh nhân đa u chiếm 45,8%, trong đó các trường hợp đa u cùng một thùy tuyến giáp chiếm 37,5%, có 02 bệnh nhân đa u 2 thùy tuyến giáp chiếm 8,3%.

Về kích thước u: kích thước trung bình khối u là $20,5 \pm 9,1$ mm, trong đó khối u nhỏ nhất kích thước 08 mm, khối u lớn nhất kích thước 39 mm.

Về phân độ TIRADS: có 06 bệnh nhân xếp loại TIRADS 2 (chiếm 25%), 13 bệnh nhân xếp loại TIRADS 3 (chiếm 54,2%), có 05 trường hợp TIRAD 4a (chiếm 20,8%).

2. Điều trị

Thời gian phẫu thuật: thời gian phẫu thuật trung bình là $97,5 \pm 13,3$ phút, trong đó ca nhanh nhất là 80 phút, ca dài nhất là 130 phút.

Phương pháp phẫu thuật:

Bảng 2: Phương pháp phẫu thuật

Cách thức phẫu thuật	n	Tỷ lệ %
Cắt 1 thùy tuyến giáp	22	91,7
Cắt toàn bộ tuyến giáp	2	8,3
Tổng	24	100

Dẫn lưu: Có 03 bệnh nhân đặt dẫn lưu chiếm 12,5%.

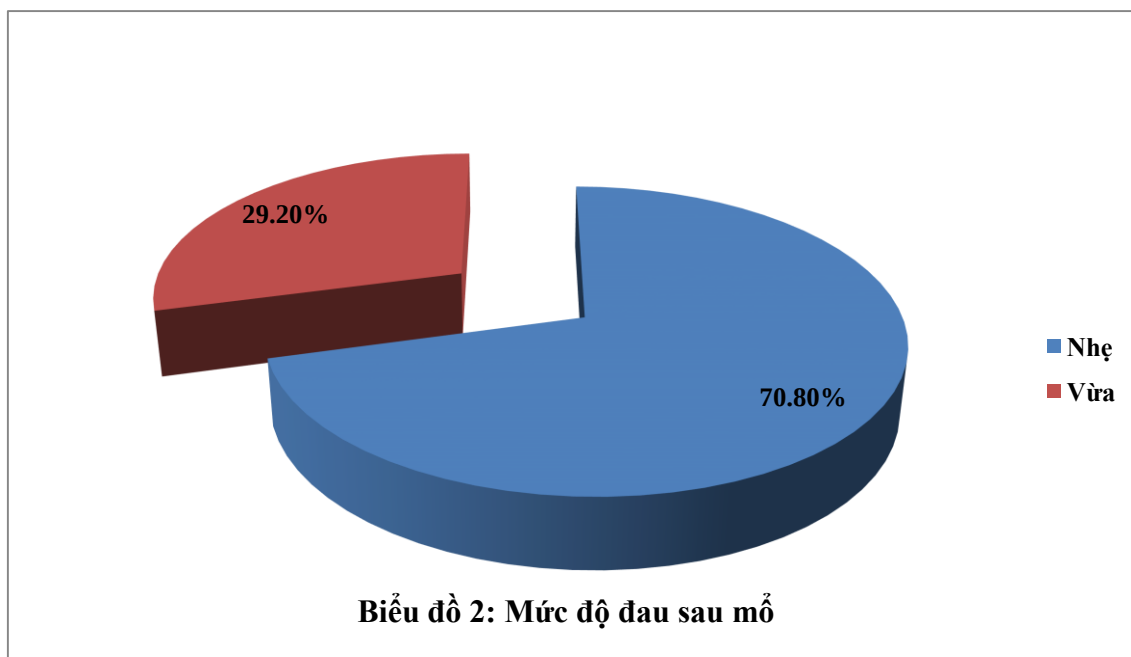
Thời gian hậu phẫu: Thời gian hậu phẫu trung bình là $7,1 \pm 0,9$ ngày, trong đó bệnh nhân nằm viện ngắn nhất 05 ngày, dài nhất 09 ngày.

Biến chứng sau phẫu thuật:

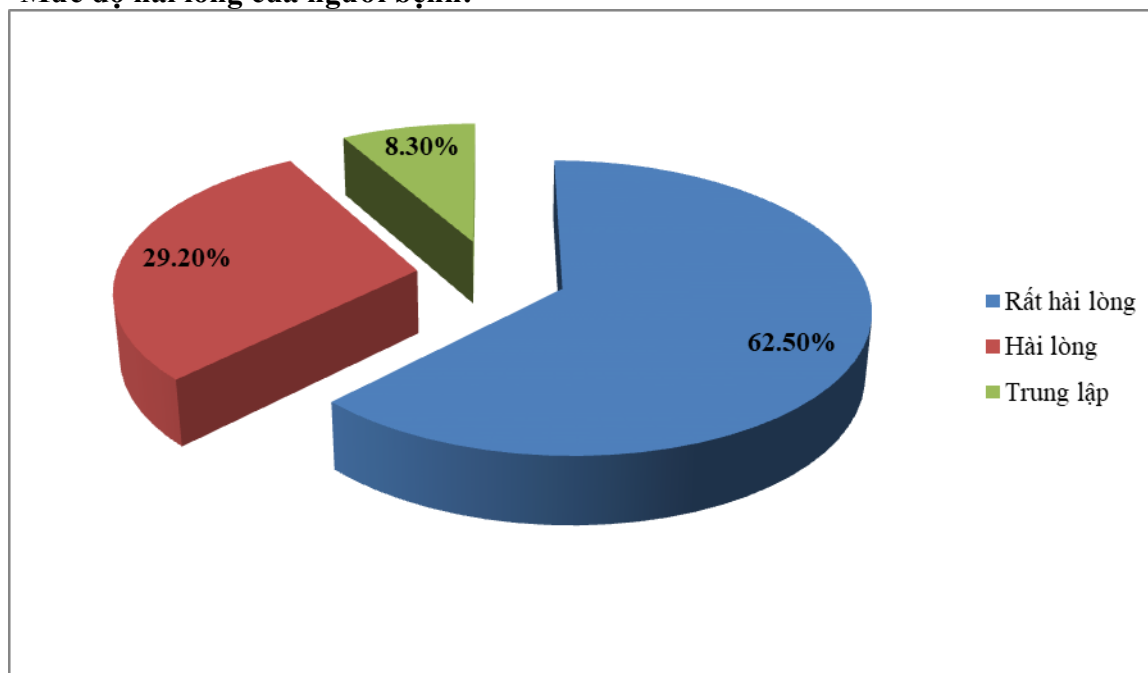
Bảng 3: Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	N	Tỷ lệ %
Tụ dịch sau mổ	2	8,3
Tê bì dưới cằm	4	16,7
Hạ canxi	1	4,2
Khàn tiếng	3	12,5

Mức độ đau sau mổ:



Mức độ hài lòng của người bệnh:



IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi, giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $43,0 \pm 10,0$ tuổi, nhỏ nhất là 23 tuổi và cao nhất là 63 tuổi. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tương tự như nghiên cứu của Anuwong là $35,3 \pm 12,1$ tuổi [1]. Trong đó độ tuổi hay gặp nhất là 31-40 tuổi chiếm 45,8% tương đương nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu (2021) tỷ lệ này là 54,6% [2]. Trong 24 bệnh nhân, đa số các bệnh nhân là nữ giới chiếm 95,8 %, có duy nhất 01 bệnh nhân nam giới. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác khi tỷ lệ mắc u tuyến giáp ở nữ giới cao hơn nam giới (theo tổ chức y tế thế giới, tỷ lệ nữ / nam là 4/1). Phần lớn bệnh nhân là nữ giới ở độ tuổi trẻ do đó có nhu cầu về tính thẩm mỹ cao.

Triệu chứng lâm sàng: Đa số bệnh nhân vào viện do sờ thấy u (41,7%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phát hiện tình cờ lên tới 37,5% , kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lê Văn Thắng (2021) với tỷ lệ phát hiện u tình cờ trong nhóm phẫu thuật nội soi chiếm 35,6% [3]. Bên cạnh đó có 79,2 % bệnh nhân có thể khám thấy u trên lâm sàng, tương tự nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thắng (2021) là 71,1% [3].

Siêu âm tuyến giáp: Trong nghiên cứu này, 100% siêu âm phát hiện được u tuyến giáp, trong đó tỷ lệ u đơn độc là 54,2 % , thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu (2021) là 84,8% [2]. Về vị trí, u thùy phải chiếm 58,4%, thùy trái chiếm 33,3%, u hai thùy chiếm 8,3%. Tỷ lệ bệnh nhân đa u chiếm 45,8 %, trong đó đa số là các trường hợp đa u cùng một thùy tuyến giáp chiếm 37,5%, có 02 bệnh nhân đa u 2 thùy tuyến

giáp chiếm 8,3%. Theo phân loại TIRADS, trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là TIRADS 3 chiếm 54,2 %, TIRADS 2 chiếm 25%, TIRADS 4a chiếm 20,8 %. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu (2021) là 66,7% [2].

Mô bệnh học: 100% các bệnh nhân có kết quả mô bệnh học lành tính.

2. Kết quả điều trị

Phương pháp phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 91,7% bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp chứa khối u. Có 02 bệnh nhân được cắt toàn bộ tuyến giáp, chiếm 8,3 %. Hai trường hợp này được chẩn đoán trước mổ là đa u 2 thùy tuyến giáp. Việc phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến giáp đã thể hiện được ưu thế của kỹ thuật TOETVA so với các kỹ thuật khác khi có thể dễ dàng tiếp cận cả 2 thùy của tuyến giáp.

Thời gian phẫu thuật, thời gian hậu phẫu và rút dẫn lưu: thời gian phẫu thuật trung bình là $97,5 \pm 13,3$ phút, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu (2021) trong phẫu thuật nội soi đường miệng cắt tuyến giáp và vét hạch là $113,9 \pm 16,9$ [4] và cao hơn nghiên cứu của Lê Văn Thắng (2021) trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường nách vú là $51,2 \pm 7,1$ phút [3]. Ca phẫu thuật dài nhất là 130 phút. Có thể giải thích cho sự khác biệt này do TOETVA là kỹ thuật mới được triển khai tại bệnh viện Thanh Nhàn trong thời gian gần đây.

Đa số các bệnh nhân không đặt dẫn lưu sau mổ. Có 03 bệnh nhân được đặt dẫn lưu, chiếm 12,5 %, trong đó có 02 ca phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp. Cả 3 bệnh nhân đều được rút dẫn lưu được rút sau 2-3 ngày.

Thời gian hậu phẫu trung bình là 7,1 $\pm$ 0,9 ngày, trong đó bệnh nhân nằm viện ngắn nhất 05 ngày, dài nhất 09 ngày. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu (2021) là 6,2 $\pm$ 1,4 ngày [4].

Biến chứng sau mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 03 bệnh nhân khàn tiếng sau mổ (12,5%), 01 bệnh nhân hạ canxi sau mổ (4,2%), 04 bệnh nhân tê bì dưới cằm (16,7%), 02 bệnh nhân tụ dịch sau mổ (8,3%). Tất cả các biến chứng đều hồi phục sau 01-03 tháng. Lý giải cho điều này khi 24 bệnh nhân phẫu thuật chỉ có 02 bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Ngô Quốc Duy (2021) trên 30 bệnh nhân được phẫu thuật TOETVA điều trị ung thư tuyến giáp, chỉ có 2 bệnh nhân khàn tiếng tạm thời, 06 bệnh nhân tê bì vùng cằm và không có bệnh nhân nào hạ canxi sau mổ [5]. Theo Kim và cộng sự (2020) tỷ lệ khàn tiếng tạm thời là 4,5 %, trong đó không có bệnh nhân nào khàn tiếng vĩnh viễn [6]. Về mức độ đau sau mổ, đa số các bệnh nhân đau nhẹ (70,8%) và đau vừa (28,2%), không có bệnh nhân nào đau nặng. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Văn Thắng (2021) với tỷ lệ đau nhẹ khi phẫu thuật nội soi là 82,2% [3].

Kết quả đa số các bệnh nhân hài lòng sau phẫu thuật, với tỉ lệ rất hài lòng là 62,5% và hài lòng là 29,2 %. Có 02 bệnh nhân giữ thái độ trung lập chiếm 8,3%. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu trước đó của Nguyễn Xuân Hậu (2021) [4] và Ngô Quốc Duy (2021) [5].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng là phương pháp an toàn, hiệu quả, tỷ lệ biến chứng thấp và mang lại tính thẩm mỹ tối ưu cho bệnh nhân. Do đó, TOETVA ngày càng được triển khai phổ biến, mang lại hiệu quả cao trong việc điều trị u tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anuwong A., Ketwong K., Jitpratoom P., et al. (2018). Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. JAMA Surg, 153(1), 21
2. Nguyễn Xuân Hậu, Nguyễn Xuân Hiền (2021). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đường nách vú trong điều trị u tuyến giáp lành tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam - tập 506 tháng 9-số 2 -2021 , 150-153.
3. Lê Văn Thắng, Nguyễn Xuân Hậu (2021). Kết quả phẫu thuật u tuyến giáp laparoscopic tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam – Tập 507 - tháng 10 – số 2 -2021, 288-292.
4. Nguyễn Xuân Hậu, Nguyễn Xuân Hiền, Lê Văn Quảng (2021). Phẫu thuật nội soi đường miệng cắt tuyến giáp vét hạch trong vi ung thư tuyến giáp. Tạp chí Y học lâm sàng – số 67/2021, 92-95.
5. Ngô Quốc Duy, Ngô Xuân Quý (2021). Kết quả sớm phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng trong điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam – Tập 509 - Tháng 12 – số 2 - 2021. 166-170.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ XỬ TRÍ SẢN PHỤ CHUYỂN DẠ TỪ 37 TUẦN NHIỄM COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thị Ngọc Bích*, Hoàng Sơn Tùng*, Kiều Tiến Quyết*

TÓM TẮT

Mục tiêu:

- Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ chuyển dạ sau 37 tuần nhiễm COVID-19.
- Nhận xét về phương pháp điều trị và xử trí các sản phụ trên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang. Lấy mẫu thuận tiện tất cả sản phụ chuyển dạ sau 37 tuần được chẩn đoán nhiễm COVID-19 điều trị tại khoa Phụ sản – Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 03 năm 2022.

Kết quả: Triệu chứng phổ biến khi sản phụ mắc COVID-19 là sốt 50,9% và ho 61,8%. Sản phụ mắc bệnh thể nhẹ và không triệu chứng chiếm 78,2%, thể trung bình chiếm 21,8%, không có thể nặng và nguy kịch. Chỉ số Bạch cầu, Lympho, AST, ALT trong giới hạn bình thường. D-Dimer và LDH, Ferritin thường tăng nhẹ. Tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ mắc COVID-19 mức độ nhẹ và không triệu chứng tương đồng với nhóm sản phụ không mắc COVID-19. Chỉ định mổ liên quan trực tiếp đến COVID-19 chỉ nằm ở nhóm sản phụ mắc COVID-19 thể trung bình. Tỷ lệ trẻ sinh ra có điểm APGAR trên 7 đạt 100%. Tỷ lệ nhiễm trẻ nhiễm COVID-19 sau sinh là 3,6%

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy đặc điểm lâm sàng chủ yếu trên các sản phụ nhiễm COVID-19 thể nhẹ và trung bình là sốt và ho. Vaccin làm giảm mức độ nặng khi mắc COVID-19. Chúng tôi nhận thấy sản phụ nhiễm COVID-19 không có triệu chứng hoặc nhiễm bệnh thể nhẹ và trung bình thường có chỉ số cận lâm sàng trong giới hạn bình thường, một số chỉ số như D-Dimer, LDH, và ferritin có thể tăng nhẹ. Phương pháp can thiệp sản khoa chỉ thay đổi khi xử trí nhóm sản phụ mắc COVID-19 thể trung bình. Vaccin làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai có nguyên nhân liên quan trực tiếp đến COVID-19. Những phát hiện từ nghiên cứu này có thể hướng dẫn và tăng cường tư vấn trước khi sinh cho phụ nữ nhiễm COVID-19 xảy ra trong thời kỳ mang thai, mặc dù chúng ta nên giải thích một cách thận trọng đối với một số trường hợp.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS , SUBCLINICAL PARAMETERS AND OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN IN LABOR FROM 37 WEEKS WITH COVID-19 AT THANH NHAN GENERAL HOSPITAL

Objective:

- The study was conducted to evaluate the clinical characteristics, subclinical parameters of pregnant women in labor from 37 weeks with COVID-19

- Outcomes of pregnant women from 37 weeks with COVID-19 at Thanh Nhan general hospital.

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Bích

Email: ngocbichdoc76@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 14/06/2022

Ngày duyệt bài: 28/06/2022

Subjects and research methods: All pregnant patients from 37 weeks diagnosed with COVID-19 were treated at Thanh Nhan General Hospital from October 2021 to March 2022.

Result: The common symptom when pregnant women had COVID-19 was fever 50,7% and cough 61,8%. The majority of pregnant women with the disease were mild and asymptomatic, accounting for 78,2%, while patients with moderate COVID-19 accounting for 21,8%, there is no severe and critical case. WBC, lymphocytes, AST, ALT are in the normal range. D-Dimer, LDH, and Ferritin levels are slightly increased. The rate of cesarean surgery in pregnant women with mild and asymptomatic COVID-19 is similar to those in the group of women without COVID-19. The indication for caserean surgery related to COVID-19 are only in the group of pregnant women with moderate COVID-19. The percentage of infants who were born with an APGAR score above 7 reached 100%. The rate of infants with COVID-19 is 3,6%.

Conclusion: The study showed that the clinical characteristics of pregnant women with mild COVID-19 are fever and cough. This research showed that pregnant women with asymptomatic COVID-19 or who have mild symptoms often show subclinical index within normal limits, some indexes such as D-Dimer, LDH, and ferritin may slightly increase. The obstetric intervention method only changes in treating pregnant women with moderate COVID-19. The rate of cesarean section which directly related to COVID-19 is reduced by vaccination. The findings from this study can guide prenatal counseling of women with COVID-19 infection occurring during pregnancy, although they should be interpreted with caution in view of the very small number of included cases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch bệnh Coronavirus 2019 (COVID-19) gây ra bởi virus SARS-COV-2 đang là một thách thức lớn cho nền y tế toàn cầu. Kể từ khi những ca bệnh đầu tiên được phát hiện tại thành phố Vũ Hán, Trung Quốc vào tháng 12 năm 2019, số lượng ca mắc mới và tử vong ngày một tăng cao với hơn 4 triệu ca mắc COVID-19 bao gồm 250,000 người tử vong toàn cầu theo số liệu tháng 5 năm 2020. Tuy nhiên, còn nhiều vấn đề chúng ta chưa biết về phụ nữ có thai trong đại dịch này.

Phụ nữ có thai là đối tượng dễ bị tổn thương vì đây là đối tượng đang ở trong tình trạng suy giảm miễn dịch. Cho đến nay các dữ liệu cho thấy nguy cơ mắc bệnh thể nặng ở phụ nữ mang thai là cao hơn so với phụ nữ không mang thai. Cũng có những báo cáo cho thấy COVID-19 ở phụ nữ mang thai liên quan đến tăng nguy cơ sinh non, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, thai lưu và tử vong chu sinh [1-3].

Bệnh viện Thanh Nhân là cơ sở tuyến đầu chống dịch của thành phố Hà Nội được phân công điều trị bệnh nhân COVID-19 nặng và nguy kịch, có bệnh lý nền nội khoa kèm theo. Tuy nhiên khoa Phụ sản– bệnh viện Thanh Nhân là một chuyên khoa thuộc bệnh viện đa khoa nên đối tượng nhiễm COVID-19 được tiếp nhận và điều trị tại đây thường là những sản phụ mắc COVID-19 ở thể nhẹ và trung bình. Hiện nay ở Việt Nam có rất ít công bố kết quả điều trị COVID-19 ở phụ nữ mang thai. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí sản phụ chuyển dạ từ 37 tuần nhiễm COVID-

19 tại bệnh viện Thanh Nhàn” với mục tiêu: đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ nhiễm COVID-19 trong nghiên cứu, nhận xét về phương pháp xử trí và kết quả điều trị ở nhóm sản phụ trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả sản phụ chuyển dạ từ 37 tuần được chẩn đoán nhiễm COVID-19 điều trị tại khoa Phụ sản – Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 3 năm 2022.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.3 Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện những sản phụ đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

2.4 Công cụ thu thập thông tin: Mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.5 Xử lý số liệu: Tất cả sản phụ được thu thập vào mẫu bệnh án đã thiết kế sẵn, số liệu được mã hóa và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0.

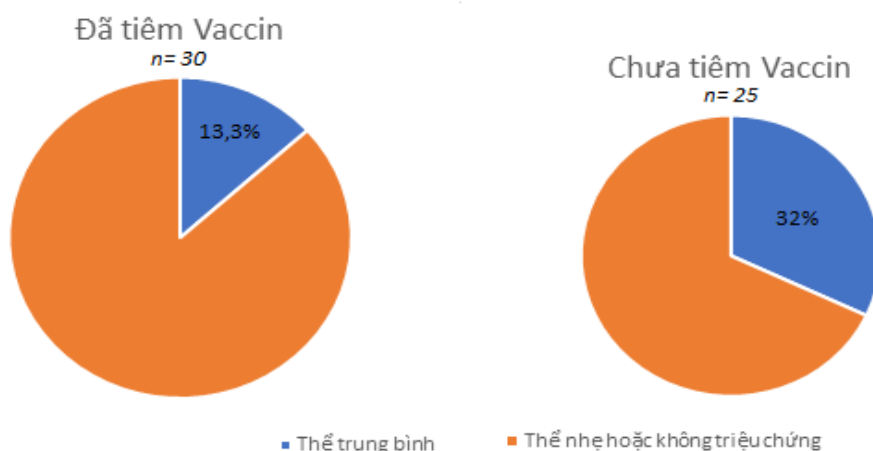
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm của sản phụ nhiễm COVID-19 trong nghiên cứu.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng.

Tuổi		27,1 ± 4,5 tuổi
Tuổi thai		38,2 ± 1,5 tuần
Số lần mang thai	Con so	30 (54,5%)
	Con rạ	25 (45,5%)
Triệu chứng COVID	Không triệu chứng	10 (18,2 %)
	Sốt	28 (50,9 %)
	Ho	34 (61,8 %)
	Sổ mũi	22 (40 %)
	Đau họng	20 (36,4 %)
	Mất khứu giác	12 (21,8 %)
	Mệt mỏi	10 (18,2 %)
	Khó thở	12 (21,8 %)
Phân độ COVID	Nhẹ và không triệu chứng	43 (78,2 %)
	Trung bình	12 (21,8%)
Số ngày điều trị		7,2 ± 2,3

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 27,1 ± 4,5 tuổi, tuổi thai trung bình khi nhập viện là 38,2 ± 1,5 tuần, triệu chứng khi nhập viện chủ yếu là sốt và ho chiếm tỷ lệ 50,9% và 61,8% trong đó 18,2% không triệu chứng, sản phụ mắc COVID-19 nhập viện chủ yếu mức độ nhẹ và không triệu chứng chiếm 78,2%, mức độ trung bình chiếm 21,8%. Tổng số ngày điều trị trung bình tại viện là 7,2 ± 2,3 ngày (ngắn nhất 4 ngày, dài nhất 10 ngày).

Tỷ lệ mắc COVID-19 thể trung bình theo tình trạng tiêm Vaccin.**Biểu đồ 1: Tỷ lệ mắc COVID-19 thể trung bình theo tình trạng tiêm Vaccin.****Nhận xét:** Trong số

Tỷ lệ gặp sản phụ mắc COVID-19 thể trung bình khi đã tiêm Vaccin là 13,3%.

Tỷ lệ gặp sản phụ mắc COVID-19 thể trung bình khi chưa tiêm Vaccin là 32%

3.2 Đặc điểm cận lâm sàng của các sản phụ nhiễm COVID-19 trong nghiên cứu**Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của các sản phụ nhiễm COVID-19**

Chỉ số	Giá trị
WBC	10,51 ± 2,55
Lympho	1,44 ± 0,53

AST	23,31 ± 25,52
ALT	18,34 ± 23,22
D-Dimer	324,5 ± 230,2
LDH	175,3 ± 162,7
CRP	9,5 ± 9,3
Ferritin	176,2 ± 96,7
X-Quang phổi điểm TSS	0,25 ± 0,57

Nhận xét: Đa số sản phụ trong nghiên cứu có chỉ số Bạch cầu, Lympho, AST, ALT trong giới hạn bình thường. D-Dimer và LDH, Ferritin thường tăng nhẹ.

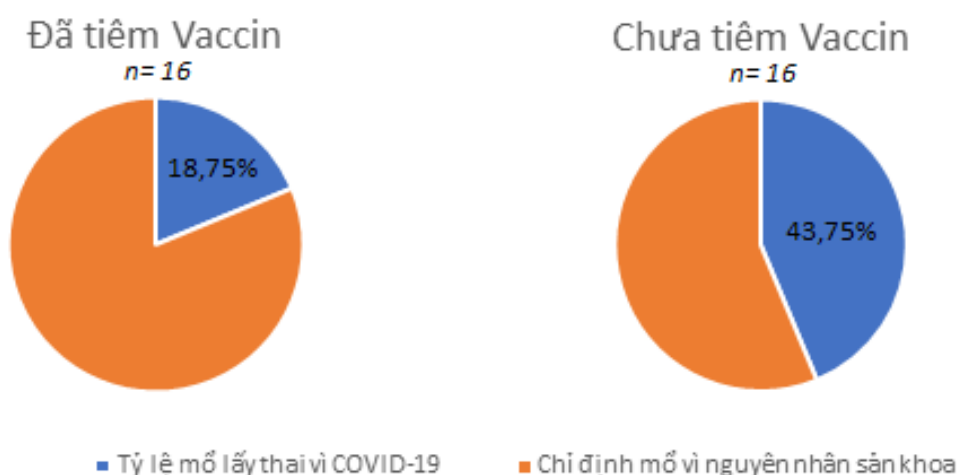
3.3 Xử trí sản phụ nhiễm COVID-19 trong nghiên cứu

Xử trí sản khoa	Mổ đẻ	32 (58,2 %)
	Đẻ thường	23 (41,8%)
Điều trị nội khoa	Điều trị triệu chứng	43 (78,2%)
	Thở oxy hỗ trợ	12(21,8%)
Tai biến và biến chứng	Biến chứng sản khoa	1 (1,8 %)
	Biến chứng do COVID	0
Kết quả điều trị	Khỏe mạnh, xuất viện	55 (100 %)
	Chuyển viện	0
Tình trạng sơ sinh	Cân nặng	3185,3 ± 546,4 gr
	Nhiễm COVID-19	2 (3,6 %)

Nhận xét: Có 41,8% Sản phụ mắc covid được tiếp tục theo dõi để thường; 58,2% được chỉ định can thiệp mổ lấy thai(31,25% chỉ định liên quan trực tiếp đến COVID-19; 68,75% chỉ định mổ do nguyên nhân sản khoa). Sản phụ được theo dõi và điều trị triệu chứng chiếm 78,2%; 21,8% cần hỗ trợ thở

oxy. Trong tổng số 55 trường hợp sản phụ nhiễm COVID-19 được xử trí sản khoa, có 1 trường hợp có biến chứng sản khoa. Toàn bộ trẻ sinh ra trong nghiên cứu đều có chỉ số APGAR tốt với cân nặng trung bình $3185,3 \pm 546,4$ gr. Trong những ngày đầu sau sinh, có 2 trẻ được phát hiện nhiễm COVID-19.

- Mối liên quan giữa lý do mổ đẻ và mức độ nặng của bệnh



Biểu đồ 2 : Mối liên quan giữa lý do mổ đẻ và mức độ nặng của bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ chỉ định mổ lấy thai vì nguyên nhân liên quan trực tiếp đến COVID-19 ở nhóm chưa tiêm Vaccin là 43,75%. Trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm sản phụ đã tiêm Vaccin là 18,75%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của sản phụ mắc COVID-19

Độ tuổi trung bình của sản phụ mắc COVID-19 trong nghiên cứu là 27,1 tuổi; kết quả thấp hơn nghiên cứu của Lian Chen năm 2020 là 31 tuổi[4] sự khác biệt này là do khác biệt về đặc thù văn hóa do phụ nữ Trung Quốc thường sinh con muộn hơn. Trong nghiên cứu này, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đến từ là đối tượng sản phụ đi khám vì có dấu hiệu chuyển dạ được phát hiện nhiễm COVID-19 khi nhập viện. Các

triệu chứng lâm sàng phổ biến là sốt 50,9% và ho 61,8%, sổ mũi 40%, đau họng 36,4%. Kết quả là tương đồng với một nghiên cứu của Chiu-lin Wang năm 2021[5]. Tỷ lệ nhập viện do mắc COVID-19 ở sản phụ trong nghiên cứu này chủ yếu ở mức độ nhẹ hoặc không có triệu chứng, nhóm sản phụ mắc COVID-19 ở mức độ trung bình có 12 trường hợp chiếm 21,8%, sản phụ mắc COVID-19 mức độ nặng không được điều trị và xử trí tại khoa Phụ Sản – Bệnh viện Thanh Nhàn do đây là đối tượng được phân luồng điều trị ở bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Đánh giá về mức độ nặng COVID-19 chúng tôi nhận thấy: Ở nhóm đã tiêm Vaccin, tỷ lệ sản phụ ở thể nhẹ hoặc không triệu chứng là 86,7%. Trong khi đó, ở nhóm chưa tiêm Vaccin tỷ lệ này là 68%. Theo Y-Z Huang, Vaccin làm giảm mức độ nghiêm trọng khi nhiễm COVID-19[6]

4.2 Các chỉ số cận lâm sàng của sản phụ mắc COVID-19. Về các chỉ số cận lâm sàng của sản phụ mắc COVID-19 khi nhập viện, chúng tôi nhận thấy:

Chỉ số Bạch cầu, Lympho, AST, ALT trong giới hạn bình thường. D-Dimer và LDH, Ferritin thường tăng nhẹ. Theo một số nghiên cứu lympho, LDH, CRP, ferritin là những dấu ấn sinh học phản ánh và dự báo tốt về nguy cơ xảy ra tình trạng bão cytokine [7-8]. Trong khi đó D-dimer có mức độ đáng tin cậy không cao trong dự báo mức độ nặng của COVID-19 trên các sản phụ[9]

Hiện tại thang điểm TSS(Total Severity Score) là thang điểm phổ biến để đánh giá mức độ tổn thương phổi trên phim X-quang, được tính bằng cách chia mỗi bên phổi thành 4 phần bằng nhau từ trên xuống, cho 1 điểm nếu có bất kỳ loại tổn thương: dày kẽ, kính mờ, hoặc đông đặc. Tổng điểm từ 0-8 tương ứng lần lượt 1-2 điểm, 3-6 điểm, 7-8 điểm mức độ tổn thương là nhẹ, vừa, nặng. Trong nghiên cứu này tất cả các trường hợp được chụp X-quang phổi đều được đánh giá phân loại tổn thương ở mức độ nhẹ.

4.3 Xử trí sản phụ nhiễm COVID-19 trong nghiên cứu

Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu là 58,2%. Tỷ lệ này là cao hơn tỷ lệ mổ lấy thai trên sản phụ không mắc COVID-19 trong cùng thời gian. Tỷ lệ mổ lấy thai liên quan đến COVID-19 trong nghiên cứu này là 18,2% cao hơn so với nghiên cứu của Santhosh 2021[10] do trong xử trí nhóm sản

phụ mắc COVID-19 thể trung bình, có 10/12 trường hợp được chỉ định mổ lấy thai vì COVID-19.

Đánh giá tỷ lệ mổ lấy thai trên các sản phụ nhiễm COVID-19, chúng tôi nhận thấy: Chỉ định mổ lấy thai do nguyên nhân liên quan trực tiếp tới COVID-19 ở nhóm đã tiêm Vaccin là 18,75%. Trong khi tỷ lệ này ở nhóm chưa tiêm Vaccin là 43,75%. Theo Kalafat. E , Vaccin làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai do các nguyên nhân từ COVID-19.[11]

Trong số sản phụ được xử trí can thiệp sản khoa, có 1 bệnh nhân biến chứng là trường hợp nhiễm COVID-19 thể trung bình được chỉ định mổ lấy thai, sau mổ ngày thứ 3 bị nhiễm khuẩn vết mổ được xử trí bổ sung kháng sinh, mở rộng tháo mũ vết mổ, sát trùng và thay băng hàng ngày đến ngày thứ 7 được khâu phục hồi lại vết mổ. Đối tượng này trong quá trình điều trị có sử dụng corticoid dự phòng bão cytokine, đây cũng là yếu tố làm gia tăng các nhiễm khuẩn cơ hội.

Trong số các sản phụ nhập viện do mắc COVID-19 có 78,2% được điều trị triệu chứng, 21,8% cần có can thiệp thở oxy hỗ trợ. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Joe Eid năm 2021[12] do nghiên cứu của Joe Eid bao gồm cả những trường hợp sản phụ mắc COVID-19 từ mức không triệu chứng đến mức nặng, nguy kịch.

Có 55 trẻ được sinh ra, cân nặng bình 3185,3 ± 546,4 gr (nhẹ nhất là 2500 gr, nặng nhất là 4000 gr), tất cả trẻ sinh ra đều có chỉ số APGAR trên 7 điểm. Sau sinh trẻ được xét nghiệm PCR lần đầu sau 24 giờ, lần 2 sau 48 giờ tuổi, để xác định nhiễm COVID-19 thấy có 2 trường hợp (3,6%) trẻ nhiễm COVID-19 không triệu chứng sau sinh 48 giờ, thấp hơn so với nghiên cứu của Oncel (3,3%) [13], trẻ được theo dõi ổn định và xuất viện.

VI. KẾT LUẬN

- Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng phổ biến khi sản phụ mắc COVID-19 là sốt 50,9% và ho 61,8%. Sản phụ mắc bệnh thể nhẹ và không triệu chứng chiếm 78,2%, thể trung bình chiếm 21,8%, không có thể nặng và nguy kịch. Ở nhóm đã tiêm Vaccin, tỷ lệ sản phụ mắc COVID-19 thể nhẹ hoặc không triệu chứng là 86,7%. Trong khi đó, ở nhóm chưa tiêm Vaccin tỷ lệ này là 68%.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Chỉ số Bạch cầu, Lympho, AST, ALT trong giới hạn bình thường. D-Dimer và LDH, Ferritin thường tăng nhẹ.

- Xử trí can thiệp sản khoa: Tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ mắc COVID-19 mức độ nhẹ và không triệu chứng tương đồng với nhóm sản phụ không mắc COVID-19. Chỉ định mổ liên quan trực tiếp đến COVID-19 chỉ nằm ở nhóm sản phụ mắc COVID-19 thể trung bình. Chỉ định mổ lấy thai do nguyên nhân liên quan trực tiếp tới COVID-19 ở nhóm đã tiêm Vaccin là 18,75%. Trong khi tỷ lệ này ở nhóm chưa tiêm Vaccin là 43,75%. Vaccin làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai do các nguyên nhân liên quan trực tiếp đến COVID-19.

- Tình trạng sơ sinh: Tỷ lệ trẻ sinh ra có điểm APGAR trên 7 đạt 100%. Tỷ lệ nhiễm trùng nhiễm COVID-19 sau sinh là 3,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liang, H., and Acharya, G, et al.,** Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: what clinical recommendations to follow? *Acta Obstet. Gynecol. Scand*, 2020. **99**: p. 439–442.
2. **PGS.TS.BS. Nguyễn Lâm Hiếu, P.T.B.H.B.H.,** Chuẩn đoán & điều trị COVID-19. Tháng 12 năm 2021, Hà Nội: Nhà xuất bản Y Học.
3. **Bộ Y Tế.,** Quyết định về việc ban hành hướng dẫn tạm thời dự phòng và xử trí COVID- 19 do chủng Virus SARS-CoV-2 ở phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh, số 3982/QĐ-BYT. ngày 18 tháng 8 năm 2021, Bộ Y Tế
4. **Lian, C., et al.,** Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan, China, 2020. p. 382e100
5. **Chiu, L,W, et al.,** Impact of COVID 19 on Pregnancy, 2021.**18**(3): p763–767.
6. **Huang YZ, Kuan CC.** Vaccination to reduce severe COVID-19 and mortality in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022. **26**(5): p. 1770-1776.
7. **Liu Y, et al.,** Neutrophil-to-lymphocyte ratio as an independent risk factor for mortality in hospitalized patients with COVID-19. *J. Infect*. 2020
8. **Zhu Z, et al.,** Clinical value of immune-inflammatory parameters to assess the severity of coronavirus disease 2019. *Int. J. Infect. Dis*. 2020. **95**:p332–339.
9. **Hapshy V, et al.,** COVID-19 and Pregnancy: Risk, Symptoms, Diagnosis, and Treatment. 2021. **3**(7): p. 1477–1483
10. **Santhosh, J., et al.,** Clinical characteristics of COVID-19 in pregnant women: A retrospective descriptive single-center study from a tertiary hospital in Muscat, Oman. *Int J Gynaecol Obstet*, 2021. **152**(2): p. 270-274
11. **Kalafat. E, et al.,** Benefits and potential harms of COVID-19 vaccination during pregnancy: evidence summary for patient counseling, 2021.**57**(5): p 681–686
12. **Joe Eid, et al.,** Oxygen saturation in pregnant individuals with COVID-19. *Am J Obstet Gynecol*. 2022. **226**(6): p813–816.
13. **Oncel, M.Y., et al.,** A multicenter study on epidemiological and clinical characteristics of 125 newborns born to women infected with COVID-19 by Turkish Neonatal Society. *Eur J Pediatr*, 2021. **180**(3): p. 733-742.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT CỦA PHẪU THUẬT CÓ NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT BẰNG ỐNG SOI MỀM KẾT HỢP TÁN SỎI LASER ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT TÁI PHÁT

Trần Thụy Anh*, Trịnh Hồng Sơn**,
Phạm Văn Duyệt***, Đào Quang Minh ****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm kỹ thuật của phẫu thuật có nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi laser trong điều trị sỏi đường mật tái phát.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng trên 60 bệnh nhân được phẫu thuật có nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi laser trong điều trị sỏi đường mật tái phát từ 05/2017 đến 11/2021 tại Bệnh viện Thanh Nhàn

Kết quả: Qua nghiên cứu trên 60 BN chúng tôi ghi nhận được những kết quả sau: Tuổi trung bình là $62,87 \pm 14,54$ tuổi. Hẹp đường mật trong gan có 3,3% trường hợp, phẩu tích bọng lổ ống mật chủ khó khăn 23,3%. Thời gian mổ trung bình: $140,42 \pm 9,89$ phút (105-150 phút), 9 BN tán sỏi đơn thuần, 51 BN tán sỏi kết hợp dùng Mirizzi. Rò mật sau mổ gặp 5,0%.

Kết luận: Phẫu thuật có nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi laser trong điều trị sỏi đường mật tái phát là phương pháp an

toàn và hiệu quả với tỷ lệ thành công và sạch sỏi cao, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp.

Từ khóa: Sỏi đường mật tái phát, nội soi bằng ống soi mềm.

SUMMARY

ASSESSMENT OF TECHNICAL CHARACTERISTICS OF LAPAROSCOPIC BILE DUCT SURGERY WITH FLEXIBLE BRONCHOSCOPE COMBINED LASER LITHOTRIPSY IN TREATMENT OF RECURRENT GALLSTONES

Objectives: To review some technical characteristics of laparoscopic bile duct surgery using flexible bronchoscope combined with laser lithotripsy in the treatment of recurrent gallstones.

Subjects and methods: Prospective study, clinical intervention on 60 patients undergoing laparoscopic bile duct surgery with flexible bronchoscope combined with laser lithotripsy in the treatment of recurrent gallstones from 5/2017 to 11 2021 at Thanh Nhan Hospital

Results: Through the study on 60 patients, we found the following results. The rate of difficult exposure of the common bile duct was 23.3%. The mean age was 62.87 ± 14.54 years old. Average operative time: 140.42 ± 9.89 minutes (105-150 minutes), 9 patients with lithotripsy alone, 51 patients with lithotripsy combined with Mirizzi, bile leak rate is 5.0%.

*Bệnh viện Y học Cổ Truyền Trung ương

** Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

*** Đại học Y Dược Hải Phòng

**** Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thụy Anh

Email: bvtncdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 14/06/2022

Ngày duyệt bài: 28/06/2022

Conclusion: Laparoscopic bile duct with flexible bronchoscope combined with laser lithotripsy in the treatment of recurrent gallstones is a safe and effective method with high success rate and stone clearance, and the following complication rate. low surgery.

Keywords: Recurrent gallstones, endoscopy with flexible bronchoscope.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật chính là bệnh lý ngoại khoa khá phổ biến, tần suất bệnh tăng dần theo tuổi [1, 2]. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ có tỷ lệ sỏi đường mật cao trên thế giới. Đặc tính phổ biến của bệnh sỏi đường mật là nhiễm khuẩn, và hay tái phát. Hiện nay vẫn còn nhiều phương pháp điều trị sỏi đường mật chính như mổ mở, phẫu thuật nội soi, nội soi mật tụy ngược dòng [1, 2]. Mỗi phương pháp có ưu và nhược điểm riêng. Báo cáo của Cheon [3], có thời gian theo dõi trung bình là 8 năm tỷ lệ tái phát là 30,9%.

Vấn đề lớn trong điều trị bệnh là tỷ lệ sỏi sót và tái phát còn cao. Tới ngày nay, sỏi sót đã được giải quyết phần lớn nhờ nội soi đường mật và các kỹ thuật tán sỏi mật như điện thủy lực, laser... Tuy nhiên, sỏi đường mật tái phát vẫn còn là vấn đề chưa được giải quyết triệt để, đặc biệt là sỏi đường mật trong gan. Theo các nghiên cứu trong và ngoài nước, với nhiều phương pháp điều trị sỏi đường mật thì tỉ lệ tái phát sỏi từ 2,6 - 31%. Như vậy, sỏi đường mật vẫn còn là vấn đề quan tâm vì sự khó khăn, phức tạp trong điều trị. Ở Việt Nam, tán sỏi đường mật bằng năng lượng laser hiện đã được áp dụng tại một số trung tâm gan mật. Ưu điểm chính của tán sỏi bằng laser là nó cho phép xác định mục tiêu chính xác, do đó làm giảm nguy cơ tổn thương ống mật. Ngoài ra, tán sỏi bằng tia laser có thể phù hợp với các tình

huống lâm sàng bất thường. Tuy nhiên hiện chưa có nhiều nghiên cứu về nhận xét một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật có nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi laser trong điều trị sỏi đường mật tái phát.

Mục tiêu của nghiên cứu: Đánh giá một số đặc điểm kỹ thuật nội soi đường mật bằng ống soi mềm trong phẫu thuật điều trị sỏi đường mật trong và ngoài gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật tái phát được điều trị bằng phương pháp có nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi laser trong điều trị sỏi đường mật tái phát từ tháng 05/2017 đến tháng 11/2021 tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được mổ mở có nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi laser trong điều trị sỏi đường mật tái phát, kết hợp cắt túi mật hoặc không, từ 05/2017 đến 11/2021 tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nội khoa nặng kèm theo, tiền sử phẫu thuật bụng do ung thư. Bệnh cảnh sỏi mật quá nặng: nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng đường mật. Phẫu thuật sỏi điều trị sỏi đường mật kèm theo các bệnh lý khác. Hồ sơ bệnh án không đủ dữ liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Gồm tất cả bệnh nhân bị đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ 05/2017 đến 11/2021.

Quy trình phẫu thuật:

- Chuẩn bị:

Dụng cụ: Bộ phẫu thuật tiêu hóa cơ bản, dụng cụ lấy sỏi Mirizzi, dàn máy nội soi đường mật ống mềm hãng Olympus, máy tán sỏi laser Revolix x200, dây tán sỏi laser, rọ lấy sỏi.

Bệnh nhân mê nội khí quản, nằm ngửa, hai tay dạng hoặc khép theo thân mình. Phẫu thuật viên đứng bên phải của bệnh nhân, phụ 1 và phụ 2 đứng đối diện phẫu thuật viên.

- Phẫu thuật:

Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn hoặc theo vết mổ cũ vào ổ bụng.

Phẫu tích gỡ dính tiếp cận đường mật ngoài gan theo hướng từ bên phải vào.

Xác định đúng ống mật chủ, mở mặt trước hoặc mặt bên ống mật chủ đoạn 2cm, khâu treo bằng chỉ Vicryl 4.0

Dùng Mirizzi kết hợp bơm nước lấy sỏi đường mật ngoài gan.

Đặt ống soi mềm vào ống mật chủ, kiểm tra cơ Oddi, đường mật trong và ngoài gan, tán sỏi bằng laser, kết hợp dùng rọ và bơm nước lấy sỏi.

Đặt dẫn lưu Kehr 18 Fr, khâu đóng chân Kehr. Đặt dẫn lưu dưới gan.

Đóng bụng theo từng lớp giải phẫu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu :

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng

- Đặc điểm kỹ thuật: Vị trí sỏi trong mô, phẫu tích bộc lộ ống mật chủ khó, hẹp đường mật, dẫn lưu Kehr, phương pháp tán sỏi, khó khăn và dính trong mổ.

- Kết quả sớm của mổ mở kết hợp nội soi ống soi mềm đường mật có tán sỏi laser trong mổ.

Thu thập và xử lý số liệu: Thu thập số liệu theo mẫu soạn sẵn và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 23.0.

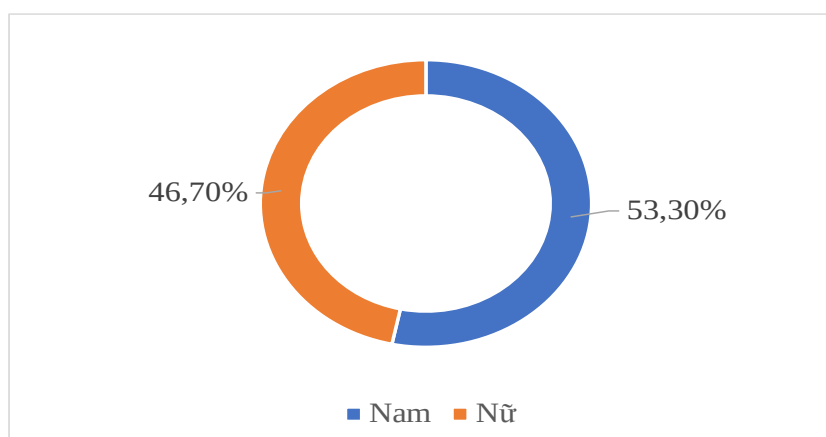
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 05/2017 đến 11/2021, có 60 bệnh nhân (BN) phẫu thuật có nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi laser trong điều trị sỏi đường mật tái phát hội đủ các điều kiện nghiên cứu, kết quả:

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

- Tuổi: Tuổi trung bình là $62,87 \pm 14,54$; nhỏ nhất 25 và lớn nhất 89 tuổi.

- Đặc điểm lâm sàng: tất cả 60 bệnh nhân có triệu chứng đau hạ sườn phải, tam chứng Charcot chỉ gặp ở 1 BN (1,7%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ giới tính

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số 53,3%.

3.2 Một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật

Bảng 1. Vị trí sỏi trong mô

Vị trí sỏi trong mô	Số BN (n=60)	Tỷ lệ (%)
OMC	16	26,7
OMC+Gan trái	2	3,3
OMC+Gan phải	2	3,3
OMC + Gan trái, phải	38	63,4
Nửa gan trái	2	3,3
Tổng	60	100

Nhận xét: Sỏi OMC kết hợp gan phải và gan trái tái phát đa số (63,4%).

Bảng 2. Một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật

Đặc điểm	Số BN (n=60)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng ổ bụng dính trong mổ	15	25,0
Phẫu tích bộc lộ ống mật chủ khó	14	23,3
Phương pháp tán sỏi đơn thuần	9	15,0
Khó khăn cắt túi mật trong mổ	4	6,7
Hẹp đường mật	2	3,3
Đặt dẫn lưu Kehr	60	100

Nhận xét: Tình trạng dính gây khó khăn trong việc phẫu tích trong mổ sỏi đường mật tái phát 25,0%. Hẹp đường mật có 2 trường hợp (3,3%).

Biến chứng sau mổ: Rò mật 3 BN (5%).

Thời gian nội soi đường mật tán sỏi trung bình (phút): 25,42±3,94 (20-40).

Thời gian phẫu thuật trung bình (phút): 140,42±9,89 (105-150).

Thời gian nằm viện sau mổ (ngày): 10,3±3,7 (8-16).

IV. BÀN LUẬN

Sỏi đường mật chính là bệnh khá phổ biến, tần suất tăng dần theo tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình 62,87 ± 14,54; nhỏ nhất 25 và lớn nhất 89 tuổi. Tại Đài Loan, Chang nhận thấy độ tuổi từ 20-50 tuổi chiếm 84% trong các bệnh nhân có sỏi đường mật trong gan [4]. Tỷ lệ nữ 32 nam (53,3%) và 28 nữ (46,7%). Triệu chứng lâm

sàng chủ yếu của sỏi đường mật chính là đau hạ sườn phải, sốt và vàng da [1, 5]. Nghiên cứu của chúng tôi dấu hiệu đau hạ sườn phải 100% (60 BN) và tam chứng Charcot chỉ gặp 1,7% (1 BN). Nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung trên 229 bệnh nhân sỏi đường mật chính lớn tuổi, dấu hiệu lâm sàng đau hạ sườn phải 96,07% [6]. Chufra Zheng và cộng sự nghiên cứu 123 bệnh nhân sỏi ống mật chủ từ 70 tuổi trở lên có dấu hiệu đau hạ sườn phải 95,9%, vàng da 56,1%, sốt 19,5%, viêm tụy cấp 8,9% và nhiễm trùng đường mật 56,9%...

Trong nghiên cứu của chúng tôi vị trí sỏi chủ yếu ở gan trái, gan phải, OMC (63,3%). Chang nhận thấy có 21 trên 76 bệnh nhân (27,6%) sỏi trong gan di chuyển xuống OMC khi chụp X quang đường mật qua ống Kehr sau mổ 10 ngày [4]. So sánh với báo cáo của các tác giả trong nước, vị trí sỏi đường mật trong gan cũng tương tự ghi nhận của chúng

tôi. Nguyễn Hải Đăng báo cáo có sỏi đường mật trong gan 2 bên là 54,3%, sỏi đường mật trong gan trái là 27,1% và sỏi đường mật trong gan phải là 18,6% [7]. Nguyễn Bá Vượng có tỉ lệ sỏi đường mật trong gan 2 bên là 56,5%, sỏi đường mật trong gan trái là 22,7% và sỏi đường mật trong gan phải là 20,8%. Tác giả Nguyễn Hải Nam cũng ghi nhận tỉ lệ sỏi đường mật trong gan trái đơn thuần cao hơn sỏi đường mật trong gan phải [8]. Amar cho rằng sỏi đường mật trong gan trái cao hơn gan phải vì ống gan trái gấp góc nhiều hơn ống gan phải so với trục của OMC nên ứ đọng mật bên gan trái dễ xảy ra hơn, nhất là khi có hẹp ống mật [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa gặp trường hợp nào tổn thương đường mật do năng lượng laser. Trong thực hành lâm sàng, việc lấy sỏi qua nội soi đường mật có thể khó hoặc không thể thực hiện được do các biến thể giải phẫu của đường mật, hẹp đường mật, các mảnh vỡ nảy lên hoặc các mảnh vụn trôi nổi. Mặc dù sự tán sỏi mật bằng laser không gây ra sự tiếp xúc năng lượng nhiệt đáng kể lên thành ống mật, nhưng những nguy cơ tiềm ẩn vẫn tồn tại trong quá trình tán sỏi bằng laser. Tác giả Lee và cộng sự (2010) đã gặp 1 trường hợp chảy máu đường mật thoát qua khi tán sỏi đường mật bằng laser cho 14 BN. Nguyên nhân là do sự tiếp xúc trực tiếp đầu tán laser và thành sau của đường mật. Tuy nhiên tác giả kết luận rằng tán sỏi đường mật bằng laser là một phương pháp hiệu quả [14].

Kỹ thuật lấy sỏi có thể dùng các dụng cụ thông dụng như: rọ, kẹp Randall. Mirizzi. Đối với những trường hợp khó như sỏi to, sỏi kẹt trong đường mật cần áp dụng tán sỏi bằng điện – thủy lực hoặc laser làm tăng tỷ lệ sạch sỏi [10, 11]. Kết quả 9 BN tán sỏi đơn thuần, 51 BN tán sỏi kết hợp dùng Mirizzi

(Bảng 2). Kết quả nghiên cứu 100 BN lấy sỏi qua PTNS của Sở Quốc Khởi, tỷ lệ sử dụng tán sỏi điện – thủy lực là 56,1% [10], tỷ lệ này trong nghiên cứu 107 BN lấy sỏi qua PTNS của Vũ Đức Thụ là 27,1% [11]. Hầu hết các tác giả đều cho rằng để làm tăng tỷ lệ sạch sỏi cần sử dụng các dụng cụ một cách linh hoạt, khi cần thiết sẽ áp dụng tán sỏi điện – thủy lực. Sau khi lấy sỏi đường mật chính, chỗ mở OMC có thể khâu kín thì đầu hoặc đặt dẫn lưu Kehr. Một số nghiên cứu cho thấy đặt ống dẫn lưu Kehr trong phẫu thuật điều trị sỏi ống mật chủ sau mổ sẽ gây một số bất lợi cho bệnh nhân, thời gian nằm viện kéo dài và tăng chi phí điều trị [12]. Nghiên cứu của chúng tôi tất cả BN đặt dẫn lưu Kehr (Bảng 2). Theo tác giả Sở Quốc Khởi, tỷ lệ sạch sỏi là 83% [10] của Lee và cộng sự, tỷ lệ sạch sỏi là 96,9% [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình: $140,42 \pm 9,86$ phút (105-150 phút). Theo kết quả nghiên cứu của Anbok Lee và cộng sự là $187,0 + 60,4$ phút [12], của Xiang Wu và cộng sự là $172,02 + 60,64$ phút, của Platt và cộng sự 162 phút. Như vậy, thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn hơn so với các tác giả này.

Tỉ lệ biến chứng chung của sỏi đường mật được ghi nhận từ nhiều báo cáo từ 5-54%, trung bình khoảng 20-22%. Thường không có tử vong và biến chứng nặng khoảng 5-8% [13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rò mật sau mổ là 5% (3 BN). Đây là những trường hợp đã mổ sỏi đường mật trên 3 lần, trong phẫu thuật tình trạng dính khó khăn khi phẫu tích, ống mật giãn to tuy nhiên tổ chức xung quanh không rõ ràng. Do vậy gây rò mật qua chân Kehr từ ngày thứ 3-5 sau mổ, số lượng dịch mật ra hàng ngày khoảng 100-200ml, không gây viêm phúc mạc toàn thể. Những trường hợp này chúng tôi để lại dẫn

lưu dưới gan và hện BN 1 tháng sau quay lại tái khám. Tỷ lệ biến chứng và tử vong trong nghiên cứu của Anbok Lee và cộng sự: viêm phổi 4,68%, rò mật 3,12%, sốt 4,68%, tràn dịch màng phổi 1,6% và tử vong 3,1% [12]. Kết quả của Chufa Zheng và cộng sự trên 123 bệnh nhân cao tuổi tỷ lệ biến chứng chung là 4,9% 96 trường hợp, trong đó áp xe trong ổ bụng 1,6% (2 trường hợp), viêm phổi sau mổ 2,4% (3 trường hợp) và rò mật 0,8% (1 trường hợp). Nhìn chung với những trường hợp rò mật sau mổ sỏi đường mật tái phát có dẫn lưu Kehr và dẫn lưu tại chỗ, triệu chứng lâm sàng không có viêm phúc mạc và nhiễm khuẩn nặng nề, các tác giả đều thống nhất điều trị bảo tồn là phương pháp tối ưu cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đường mật bằng ống soi mềm trong phẫu thuật điều trị sỏi đường mật trong và ngoài gan tái phát là phương pháp hiệu quả, thời gian tán sỏi và phẫu thuật nhanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh (2012), "Sỏi đường mật", Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 337 - 380.
2. Costi R., Gnocchi A., Di Mario F., Sarli L. (2014), "Diagnosis and management of choledocholithiasis in the golden age of imaging, endoscopy and laparoscopy", *World Journal of Gastroenterology*. 20(37), tr. 13382-13401.
3. Cheon YK., Cho YD., Moon JH., et al. (2009), "Evaluation of long-term results and recurrent factors after operative and nonoperative treatment for hepatolithiasis", *Surgery*. 146(5), tr. 843-853.
4. Chang Tzu-Ming, Passaro Edward, Jr. (1983), "Intrahepatic stones: The Taiwan experience", *The American Journal of Surgery*. 146(2), tr. 241-244.
5. Dương Xuân Nhung (2018), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sỏi ống mật chủ ở người cao tuổi.", Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
6. Nguyễn Quang Trung (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí sỏi đường mật chính ở người cao tuổi", Luận án tiến sĩ y học. Học Viện Quân Y.
7. Nguyễn Hải Đăng (2013), "So sánh kết quả điều trị sỏi đường mật trong gan bằng kỹ thuật nội soi qua đường hầm ống mật chủ-túi mật-da và đường hầm Kehr", Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Hải Nam (2006), "Nghiên cứu kỹ thuật và kết quả nội soi tán và lấy sỏi đường mật qua đường hầm Kehr trong điều trị sỏi mật sỏi sau mổ", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Amar Noor, Al-Ozaibi Labib, Badri Faisal (2018), "Hepatolithiasis: A Case Report and Review of Literature".
10. Sử Quốc khởi (2019), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật điều trị sỏi đường mật chính tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang", Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y.
11. Vũ Đức Thụ (2020), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật điều trị sỏi đường mật", Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
12. Lee A et al, (2011), "Laparoscopic common bile duct exploration for elderly patients: as a first treatment strategy for common bile duct stones", *J Korean Surg Soc*. 81(2), tr. 128-33.
13. Darcy M., Picus D. (2008), "Cholangioscopy", *Tech Vasc Interv Radiol*. 11(2), tr. 133-142.
14. Lee JE, Moon JH, Choi HJ et al (2010), "Endoscopic treatment of difficult bile duct stones by using a double-lumen basket for laser lithotripsy--a case series", *Endoscopy* 42(02): 169-172.

ĐIỀU TRỊ U CƠ MỠ MẠCH THẬN BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT SÓNG CAO TẦN QUA NỘI SOI Ổ BỤNG: BÁO CÁO NHÂN 01 TRƯỜNG HỢP

Tạ Đức Thành*, Bùi Xuân Cường*, Phạm Quang Phúc*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Đốt u bằng sóng cao tần (RFA) là phương pháp xâm lấn tối thiểu được sử dụng để điều trị AML qua phẫu thuật nội soi hoặc qua da. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu đánh giá kết quả triển khai kỹ thuật này trên 1 trường hợp tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

Báo cáo: Nhân một trường hợp

Kết quả: Bệnh nhân được can thiệp thành công, không có tai biến trong mổ, không có biến chứng sau mổ. Tổng thời gian phẫu thuật là 120 phút. Lượng máu mất 300ml. Bệnh nhân ra viện 07 ngày sau mổ với hẹn tái khám sau 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng.

Kết luận: Qua trường hợp lâm sàng trên, chúng tôi thấy rằng nội soi ổ bụng kết hợp với cắt lớp vi tính dựng hình 3D thực hiện đốt u cơ mỡ mạch thận bằng sóng cao tần có hiệu quả, có thể kiểm soát và hiện tại chưa ghi nhận tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ, bệnh nhân ra viện ổn định. Tác dụng của RFA kết hợp với phẫu thuật nội soi cho phép điều trị u cơ mỡ mạch thận (AML) cỡ lớn, khó tiếp cận và chống chỉ định với các phương pháp khác và vẫn đảm bảo ít biến chứng và tránh rủi ro có thể xảy ra nếu tiến hành can thiệp cắt u, cắt thận hoặc nút mạch. Tuy

nhiên cần có nghiên cứu dài hơn để đánh giá kết quả.

Từ khóa: U cơ mỡ mạch thận, phẫu thuật nội soi, đốt sóng cao tần.

SUMMARY

TREATMENT OF RENAL ANGIOMYOLIPOMA BY METHOD HIGH FREQUENCY VIA LAPAROSCOPY: REPORT 01 CASE

Background and objectives:

Radiofrequency ablation (RFA) is a minimally invasive method used to treat AML through endoscopic or percutaneous surgery. Our study aims to evaluate the results of implementing this technique on 1 case at Thanh Nhan Hospital.

Report: 1 case

Results: The patient had a successful intervention, no intraoperative complications, no postoperative complications. Total surgery time is 120 minutes. The amount of blood lost is 300ml. The patient was discharged 07 days after surgery with follow-up appointments after 3 months, 6 months, 12 months, 24 months and 36 months.

Conclusion: Through the above clinical case, we found that laparoscopy combined with 3D computed tomography to treatment AML by RFA is effective, can be checked and not written. at the variable in dissection and surgical complications, the patient was discharged from hospital in stable condition. The effect of RFA combined with the laparoscopic algorithm allows the treatment of AML that are large, difficult to

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Đức Thành

Email: bvtncdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 13/6/2022

Ngày duyệt bài: 28/6/2022

access and contraindicated with other methods and still ensure few complications and avoid the risk of Cannot out if the process of can truncate u, truncate or node node. However, longer research are required to evaluate the results.

Keywords: Renal Angiomyolipoma, laparoscopy; radio frequency ablation (RFA)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ mỡ mạch thận (Angiomyolipoma: AML) là u lành tính ở thận, được Fisher phát hiện năm 1911 và được Morgan đặt tên và sử dụng cho đến hiện nay, là khối u lành tính phổ biến nhất (0,3%-3%) tổng số u ở thận. biểu hiện đặc trưng là u tân sinh tế bào biểu mô quanh mạch trong mô bệnh học, bao gồm chất béo, mạch máu và cơ trơn với số lượng khác nhau và chủ yếu xảy ra ở phụ nữ trung niên với tỷ lệ 0,22% đến 0,29% ở nữ và 0,02% đến 0,1% ở nam (7-10)

U mạch cơ mỡ thận hầu hết không có triệu chứng, có tốc độ phát triển chậm. Người bệnh thường không yêu cầu bất kỳ sự can thiệp nào, Tuy nhiên có thể xuất hiện chứng đau hạ sườn hoặc sờ thấy khối, nặng hơn là chảy máu sau phúc mạc hoặc chảy máu vào hệ thống đường bài xuất nước tiểu, có thể đe dọa tính mạng. Biến chứng chảy máu liên quan đến các biến đổi về mạch trong khối u bao gồm các mạch máu không đều nhau hoặc phình mạch. Các yếu tố nguy cơ chính gây chảy máu là kích thước khối u, mức độ tổn thương thành mạch.

II. CHẨN ĐOÁN

*Lâm sàng

Sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh cho

thấy rằng phần lớn (> 80%) AML được chẩn đoán một cách tình cờ, hầu hết bệnh nhân đều không có triệu chứng đến khi họ nhận được chẩn đoán AML từ bác sĩ

Biểu hiện triệu chứng nặng nhất thường liên quan đến chảy máu sau phúc mạc tự phát, được thấy trong 15% trường hợp, điều này có thể dẫn đến sốc ở một phần ba số bệnh nhân do đó nguy cơ chảy máu đe dọa tính mạng là mối quan tâm chính ở bệnh nhân được chẩn đoán AML.

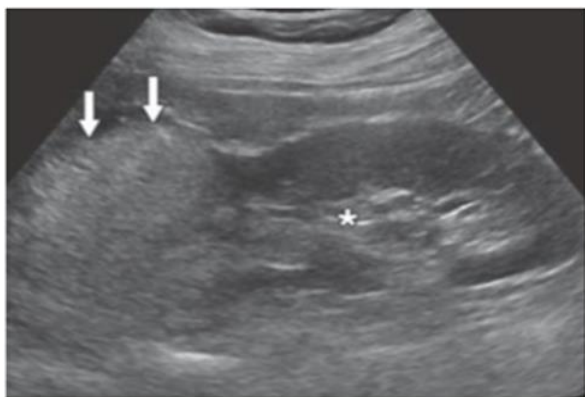
Oesterling và cộng sự (1) thực hiện một nghiên cứu kết hợp với số liệu từ năm 1948 đến năm 1985 trên 602 bệnh nhân được chẩn đoán AML và kết luận rằng những bệnh nhân có AML đường kính lớn hơn 4 cm, 86% có triệu chứng với 9% bệnh nhân có biểu hiện sốc do chảy máu u. Tuy nhiên những bệnh nhân có khối u đường kính dưới 4 cm có triệu chứng chiếm 23%. Ngoài ra AML nhỏ hơn 4 cm hoàn toàn không phát triển hoặc phát triển với tốc độ chậm hơn so với AML lớn hơn 4 cm.

Trái ngược với tiên lượng lành tính của AML, một số trường hợp có thể chuyển sang ác tính mặc dù trường hợp này hiếm, được biểu hiện bằng phát triển và biểu hiện rầm rộ tại chỗ, bao gồm cả nổi hạch và di căn xa, khối u càng lớn thì khả năng di căn càng cao.

*Chẩn lâm sàng

- Siêu âm

Hình ảnh điển hình của AML là giàu chất béo, một AML điển hình là kết quả của sự kết hợp các thành phần chất béo, mạch máu và cơ, độ hồi âm của khối bằng hoặc lớn hơn âm của xoang thận, tuy nhiên tiêu chuẩn này không phải là cố định.



Hình 1. Siêu âm u cơ mỡ mạch thận

- Chụp cắt lớp vi tính

Việc phát hiện mỡ dựa trên hình ảnh thường bắt đầu với CT, các đặc điểm của AML trên CT có thể khác nhau do số lượng khác nhau của các yếu tố tạo mạch, sinh cơ và chất béo. Do thành phần mô mỡ có trong hầu hết các AML nhưng một số AML có chứa các vùng mỡ rất nhỏ, có thể không được nhận ra ở CT.

Có một số thể khác AML xuất hiện trên CT có biến chứng xuất huyết quanh thận hoặc trong màng bụng gây khó khăn cho việc chẩn đoán dẫn đến chẩn đoán nhầm AML là ung thư thận. Tổn thương có chứa chất béo và vôi hóa cũng là một thách thức trong chẩn đoán, vì vậy sự hiện diện của mô mỡ gợi ý nhiều đến AML.



Hình 2. Hình ảnh cắt lớp vi tính u cơ mỡ mạch thận

- Chụp cộng hưởng từ.

Trong chẩn đoán AML, MRI có độ chính xác tương đương với CT.

- Sinh thiết qua da.

Hầu hết các AML có thể được chẩn đoán bằng hình ảnh bằng cách xác định chất mỡ trong khối u, tuy nhiên trong một số trường hợp việc sử dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đơn thuần là không đủ và sinh thiết thận qua da có thể là cần thiết để chẩn đoán xác định, do đó tránh được việc điều trị không cần thiết. Ngày nay sinh thiết thận ngày càng được sử dụng rộng rãi để phân biệt giữa tổn thương thận lành tính và ác tính.

Hiện tại, sinh thiết thận qua da chỉ được khuyến cáo để phân biệt AML không nhìn thấy mô mỡ với RCC, nếu cả hình ảnh CT và MR đều không kết luận được, do đó sinh thiết qua da là cần thiết để phân biệt AML không nhìn thấy mô mỡ và RCC dạng nhỏ (dưới 3 cm) mà không có bằng chứng về mô mỡ.

Nếu có bằng chứng xác đáng để chẩn đoán, sinh thiết qua da có thể được bỏ qua để tiếp tục hướng đến phương pháp điều trị thích hợp để tránh biến chứng chảy máu thêm trong quá trình triển khai sinh thiết.

Chẩn đoán phân biệt

Trong những thập kỷ qua, việc phát hiện các khối u thận nhỏ ngày càng tăng lên nhờ việc tăng cường sử dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại.

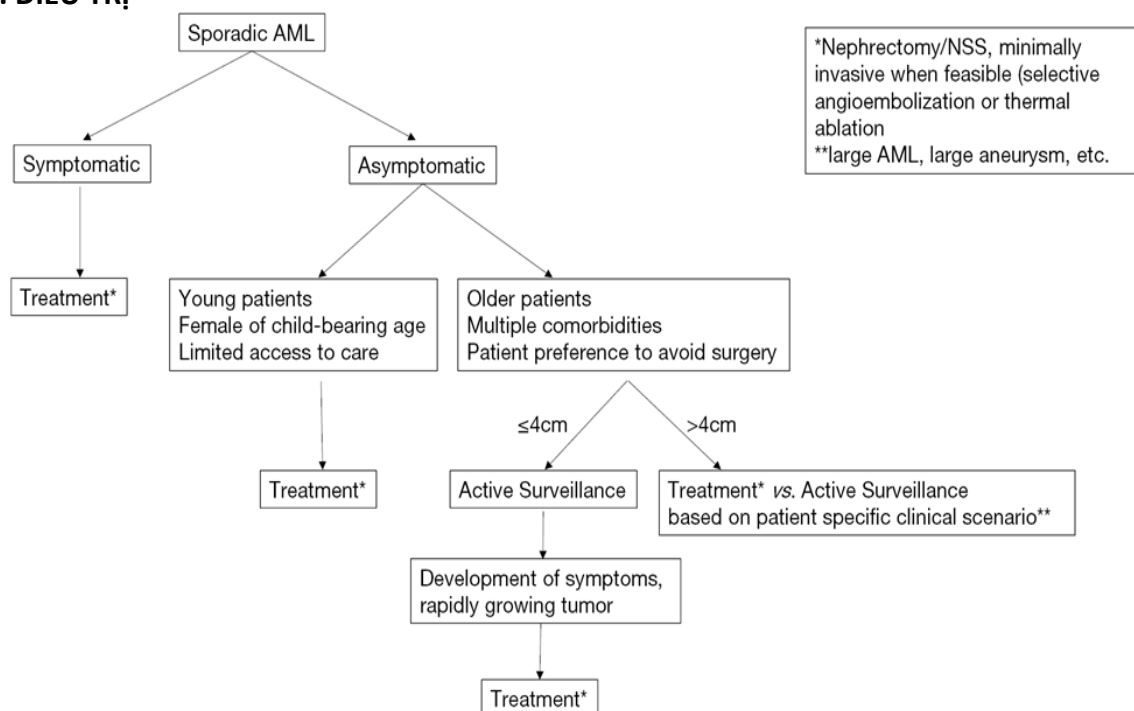
Nhiều tổn thương thận được phát hiện ngẫu nhiên thường được nghĩ đến RCC và được điều trị theo hướng như vậy. Tuy nhiên một nghiên cứu gần đây cho thấy rằng 21,5% những tổn thương đó là lành tính sau khi phẫu thuật. AML chiếm gần một nửa trong nhóm các khối lành tính này. Điều này cho

thấy sự phân biệt giữa AML và RCC vẫn còn khó khăn trong chẩn đoán thường quy.

Như đã được nêu nhiều lần, một AML điển hình có thể được phân biệt với RCC bằng sự hiện diện của mô mỡ với số lượng đủ để phát hiện trên CT, tuy nhiên trong 4-5% trường hợp AML không có hình ảnh mô mỡ

Vì hầu hết các AML thận được chẩn đoán tình cờ ở bệnh nhân không có triệu chứng nên các can thiệp điều trị ngoại khoa chỉ được thực hiện ở một số ít bệnh nhân, các can thiệp ưu thế bao gồm nút mạch thận chọn lọc, phẫu thuật cắt bỏ u thận có bảo tồn thận, cắt thận hoàn toàn, đốt u thận bằng sóng cao tần.

III. ĐIỀU TRỊ



Hình 3. Phác đồ điều trị u cơ mỡ mạch thận (2)

- Các điều kiện sau nếu có thì cần phải xét can thiệp U

+ Biểu hiện của các triệu chứng lâm sàng, biến chứng.

+ Nghi ngờ u ác tính

+ Kích thước lớn u hơn 4 cm.

- Việc sử dụng kích thước khối u 4 cm làm tiêu chí điều trị xuất phát từ một tổng kết được báo cáo năm 1986, tác giả của báo cáo này thấy rằng 82% bệnh nhân có AML thận lớn hơn 4 cm có các triệu chứng và 51%

trong số họ có biểu hiện xuất huyết sau phúc mạc thường xuyên, các báo cáo khác cho thấy những bệnh nhân có khối u lớn hơn 4 cm có sự phát triển nhanh hơn và cần điều trị hơn. Tất cả tác giả đều đề xuất 4 cm là giới hạn để xem xét quyết định can thiệp ngoại khoa. Ngưỡng này đã được chấp nhận rộng rãi trong nhiều năm, mặc dù thực trạng hiểu biết về bệnh lý này và cách quản lý theo dõi căn bệnh này đã thay đổi tiến bộ đáng kể.

Tuy nhiên chỉ định này gần đây đã bị thay đổi, các nghiên cứu gần đây không ủng hộ tiêu chí kích thước 4 cm và thấy rằng chỉ 30% AML lớn hơn 4 cm là có triệu chứng.

Một nghiên cứu khác cho thấy rằng việc dùng đường kính 4 cm để tiên lượng biến chứng chảy máu U có độ đặc hiệu thấp hơn với tiêu chuẩn kích thước túi phình mạch trong U là 5 mm.

Trong các báo cáo khác hình ảnh chụp mạch của AML được sử dụng là quan trọng hơn, họ thấy rằng những tổn thương có mật độ mạch máu cao (nhiều mạch lớn, ngoằn ngoèo) thì cần can thiệp do nguy cơ vỡ mạch chảy máu dễ cầm máu hơn.

Tất cả bằng chứng này cho thấy rằng, mặc dù đường kính khối u là quan trọng, nhưng kích thước của các phình động mạch liên quan và mạch máu của AML có ý nghĩa điều trị hơn.

Vì hầu hết các AML được phát hiện một cách tình cờ, các bác sĩ gặp khó khăn trong việc tư vấn điều trị và cân nhắc khi AML ở một bệnh nhân không có triệu chứng đạt đến ngưỡng kích thước 4 cm, những tổn thương “lớn” này có thể bị vỡ và chảy máu nguy hiểm đến tính mạng. Do đó AML thường được khám theo dõi nhiều lần, và thường được xử lý khi chúng đạt được đường kính 4 cm.

Hiện nay Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu khuyến nghị can thiệp trong các trường hợp khối u có triệu chứng, tổn thương lớn, tuy nhiên chỉ định về tiêu chuẩn kích thước U vẫn còn gây tranh cãi.

- Theo dõi tích cực

Sau khi chẩn đoán xác định và không có chỉ định điều trị can thiệp, thì sử dụng sổ khám bệnh để theo dõi định kỳ sự phát triển của các khối u và sự xuất hiện của các khối u mới.

- Phẫu thuật cắt bỏ một phần hoặc triệt để thận là phương pháp điều trị duy nhất loại bỏ hoàn toàn khối u thận, phẫu thuật cắt thận chỉ được chỉ định khi AML thận rất lớn, khi nghi ngờ u ác tính cao và khi không thể thực hiện các lựa chọn điều trị khác. Tuy nhiên, trong trường hợp khẩn cấp, phẫu thuật cắt thận có thể cứu sống được bệnh nhân.

- Nút mạch

Phương pháp nút mạch chọn lọc là một lựa chọn xâm lấn tối thiểu để điều trị AML, giúp bảo tồn chức năng thận và có tỷ lệ biến chứng thủ thuật thấp. Tuy nhiên AML có thể không thu nhỏ đáng kể sau khi nút mạch và đánh giá nguy cơ xuất huyết vẫn còn tiếp tục hay không đối với các khối u có kích thước > 4 cm cũng không đơn giản. Kothary và cộng sự, báo cáo tỷ lệ tái phát 32% ở các tổn thương AML > 4 cm. Tương tự Bishay và cộng sự đã thực hiện quá trình nút mạch máu trên AML > 10 cm với 38% cần phải thực hiện nhiều lần điều trị với thời gian theo dõi trong 29 tháng (3).

Nút động mạch chọn lọc hiện là lựa chọn điều trị đầu tay, đặc biệt trong trường hợp chảy máu cấp tính hoặc huyết động không ổn định. Nhiều bác sĩ lâm sàng ủng hộ việc nút mạch và phẫu thuật là dự phòng cho những bệnh nhân có các triệu chứng không kiểm soát được như dị dạng mạch máu, nút mạch thất bại.

Khi cần tiến hành phẫu thuật, việc nút mạch trước phẫu thuật của tổn thương có thể được xem xét để giảm khó khăn và biến chứng của phẫu thuật cắt khối u hoặc cắt thận.

Nút mạch có thể gây ra các tác dụng phụ được biểu hiện là sốt, đau hạ sườn, tăng bạch cầu, buồn nôn và nôn trong vòng ba ngày đầu sau thủ thuật, phải theo dõi sát tình trạng bệnh nhân, điều trị dự phòng thường quy bao

gồm thuốc hạ sốt, chống nôn và giảm đau. Các biến chứng khác bao gồm nút trướng vào vùng nhu mô bình thường hoặc nhồi máu thận. Nhìn chung, thuyên tắc động mạch là một thủ thuật ít xâm lấn, hiệu quả cao.

- Đốt u bằng sóng cao tần (RFA) là các phương pháp xâm lấn tối thiểu được sử dụng để điều trị AML qua phẫu thuật nội soi hoặc qua da. Một số báo đã chứng minh đốt u bằng sóng cao tần là một lựa chọn an toàn để điều trị AML, tuy nhiên hiện còn thiếu nghiên cứu chứng minh sự thành công trong điều trị thời gian dài với phương pháp này. Johnson và cộng sự (4) đã báo cáo 3 bệnh nhân mắc AML ở thận đơn độc đã trải qua quá trình đốt u qua da có hướng dẫn CT một cách an toàn AML là 1,2–2,5 cm mà không có biến chứng thủ thuật hoặc hậu phẫu với thời gian theo dõi 5–36 tháng và không có bằng chứng về sự tái phát trên X quang ở hai bệnh nhân, tuy nhiên bệnh nhân thứ ba vẫn còn hình ảnh của AML (47). Trong một nghiên cứu về AML được điều trị bằng RFA với kích thước trung bình là 9,5 cm (khoảng 9–19 cm), Sooriakumaran và cộng sự (5) đã báo cáo sự thoái lui của ba trong số năm bệnh nhân AML.

Đốt u bằng sóng cao tần (RFA) là phương pháp xâm lấn tối thiểu có thể được sử dụng để điều trị AML qua mổ nội soi hoặc qua da, công nghệ sóng cao tần đã được sử dụng trong y học hơn 100 năm và thường ở các chuyên khoa Tai-Mũi-Họng điều trị tắc nghẽn mũi, ngáy và ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn, với kết quả đầy hứa hẹn.

Sự nâng cao nhiệt độ tế bào và mô là đặc tính chính của sóng cao tần được sử dụng để đạt được hiệu quả lâm sàng mong muốn. Có ba cơ chế cơ bản mà qua đó RFA làm tăng nhiệt độ mô.

- Đầu tiên trong số này là sự chuyển đổi năng lượng điện từ thành năng lượng cơ học. Dòng điện xoay chiều tần số cao gây ra dao động nhanh chóng của các hạt mang điện (ion) trong bào tương của tế bào, sự di chuyển ion nhanh chóng dẫn đến lực ma sát tạo ra năng lượng nhiệt và làm tăng nhiệt độ trong tế bào và mô.

- Cơ chế thứ hai trong số này là gia nhiệt điện trở, dựa trên khái niệm vật lý về nhiệt độ tăng lên trong điện trở do dòng điện.

- Cơ chế thứ ba là truyền nhiệt dẫn điện gián tiếp, sự gia tăng nhiệt độ mô dẫn đến sự dẫn truyền năng lượng nhiệt đến mô lân cận, dẫn đến tăng nhiệt độ mô dẫn đến tổn thương mô và chết tế bào

Ở một nhiệt độ nhất định xảy ra hiện tượng biến tính protein, có thể gây chết tế bào, không có hiện tượng đông vón tế bào khi nhiệt độ <50°C trong các thí nghiệm in vitro. Nhiệt độ trên ngưỡng này trước đây đã được chứng minh là có thể dẫn đến tổn thương lớn dần, với tối thiểu 1 cm hoại tử xảy ra ở 71°C. Sự gia tăng thêm về đường kính tổn thương (1,4–1,6 cm) đã được quan sát thấy ở ~ 90°C, Leber đã chứng minh quá trình hoại tử muộn được quan sát thấy ở một tỷ lệ lớn tế bào trong 24 giờ sau khi gia nhiệt ở 65°C trong 15 phút hoặc ở 75°C trong 5 phút

BÁO CÁO CASE LÂM SÀNG

Tại Bệnh viện Thanh Nhàn, thực hiện kỹ thuật đốt u cơ mỡ mạch thận chúng tôi xin báo cáo ca lâm sàng.

- BN Nguyễn V.V Tuổi: 52

Giới: Nam

- Địa chỉ: Thường Tín – Hà Nội

- Vào viện vì đau bụng hố chậu Phải

- Bệnh sử: Đã được chẩn đoán Viêm ruột thừa cấp và phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa ngày 21/10/2020 tại Bệnh viện Thanh Nhàn, sau phẫu thuật ổn định. Trong thời gian nằm viện, siêu âm tình cờ phát hiện khối hỗn hợp âm thận Trái, không có tiền sử triệu chứng đái máu hay đau thắt lưng. BN đã được chụp CT-Scanner ổ bụng có tiêm thuốc và sinh thiết dưới CT-Scanner có kết quả là **u cơ mỡ**

mạch thận Trái 5/11/2020.



Hình 4: Siêu âm



Hình 5. Cắt lớp vi tính ổ bụng trước phẫu thuật

KQ chụp CT-Scanner ổ bụng: Khối ở nhu mô thận Trái kích thước 43x55mm, bờ đều, ranh giới rõ, ngấm thuốc cản quang không đồng nhất ở thì động mạch và ngấm mạnh hơn ở thì tĩnh mạch.

- Xét nghiệm tiền phẫu:

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm tiền phẫu.

Xét nghiệm	Kết quả
Bạch cầu (NEU%)	10,33 G/l (60,5%)
Hồng cầu	4,76
Hemoglobin	156
Hematocrit	46,4%
Tiểu cầu	319
Ure	4,8
Creatinin	98,3
Glucose	7,4
AST/ALT	33,5/38
Na	141
Kali	3,9
Clo	104
PT%	122,5%
Fibrinogen	4,37
APTTs	23,8s

- Kết quả chụp Xquang ngực thẳng và điện tim đồ chưa phát hiện bất thường.

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ổ bụng đốt u cơ mỡ mạch thận ngày 6/11/2020

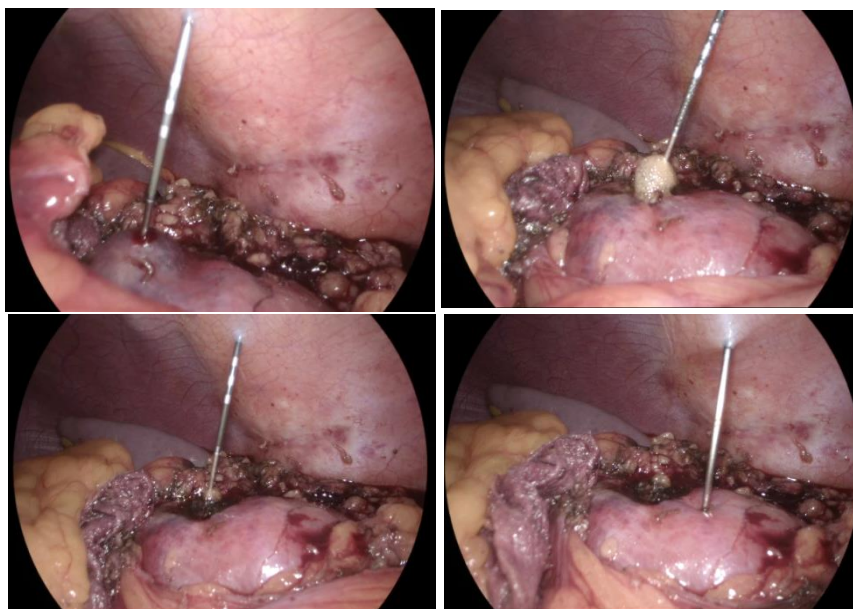
IV. QUY TRÌNH THỰC HIỆN KỸ THUẬT

- Vô cảm: Mê NKQ
- Tư thế: Bệnh nhân nằm nghiêng có độ lệch 30° về bên Phải.
- Vị trí đặt Trocar: 01 Trocar 10 ở trên rốn, 01 Trocar 10 ở bờ ngoài cơ thẳng bụng Trái và ngang rốn, 01 Trocar 5 ở dưới ức (PCO₂=12mmHg, V=03 lít/phút)
- Hạ đại tràng góc lách.
- Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc thành sau, bộc lộ hoàn toàn mặt trước thận.
- Sau khi tiếp xúc với thận và xác định vị trí của khối u thông qua bề mặt u và phim CT 128, có dựng hình 3D
- Sử dụng kim đốt dùng năng lượng của máy đốt sóng cao tần hãng Covidien

- Chọc kim đốt xuyên qua da vùng mạn sườn Trái dưới quan sát nội soi.
- Thời gian đốt thay đổi theo từng trường hợp trung bình 15 phút/1 mũi, chúng tôi đốt ở 03 vị trí.
- Lau sạch trường mổ, kiểm tra không chảy máu
- Đặt dẫn lưu ổ mổ bằng sonde silicon nhỏ.
- Tháo dụng cụ, đóng vết mổ các lỗ Trocar



Hình 6. Máy Covidien và kim đốt sóng cao tần



Hình 7. Vị trí Trocar phẫu thuật.



Hình 8. Hạ đại tràng góc lách, mỡ phúc mạc thành sau và bộc lộ mặt trước thận

Hình 9. Chọc kim qua da và đốt u bằng sóng cao tần.



Hình 10. Dẫn lưu ổ mổ

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

- Tổng thời gian phẫu thuật là 120 phút
- Không có tai biến trong mổ.
- Lượng máu mất 300ml
- Điều trị: Bệnh nhân được dùng kết hợp 2 kháng sinh
 - + Cefoperazone 2g x 01 lọ/lần x 2 lần/ngày, tiêm tĩnh mạch chậm
 - + Levofloxacin 0,5g x 01 lọ/ngày truyền tĩnh mạch chậm
 - + Giảm đau Paracetamol 1g/lần khi VAS ≥ 5 điểm.
- Theo dõi sau mổ: Không có biến chứng sau mổ.

+ Ngày 1: Tỉnh, tự thở, trung tiện 18h sau mổ, vết mổ băng khô không thấm dịch, đau nhẹ vết mổ (VAS 3), dẫn lưu 100ml dịch hồng nhạt, không có máu cục, tiểu trong 2000ml/24h.

+ Ngày 2: Tỉnh, tự thở, ăn được cháo, đau nhẹ vết mổ (VAS 2), dẫn lưu 50ml dịch trong, tiểu trong.

+ Ngày 3: Tỉnh, tự thở, ăn cháo, vết mổ khô, không đau, dẫn lưu không ra thêm, tiểu trong.

+ Ngày 4: Tỉnh, tự thở, ăn được cơm, vết mổ khô, dẫn lưu không ra thêm, tiểu trong, làm lại xét nghiệm và siêu âm ổ bụng.

Kết quả siêu âm: Không có dịch ổ bụng, Đai bể thận 2 bên không giãn.

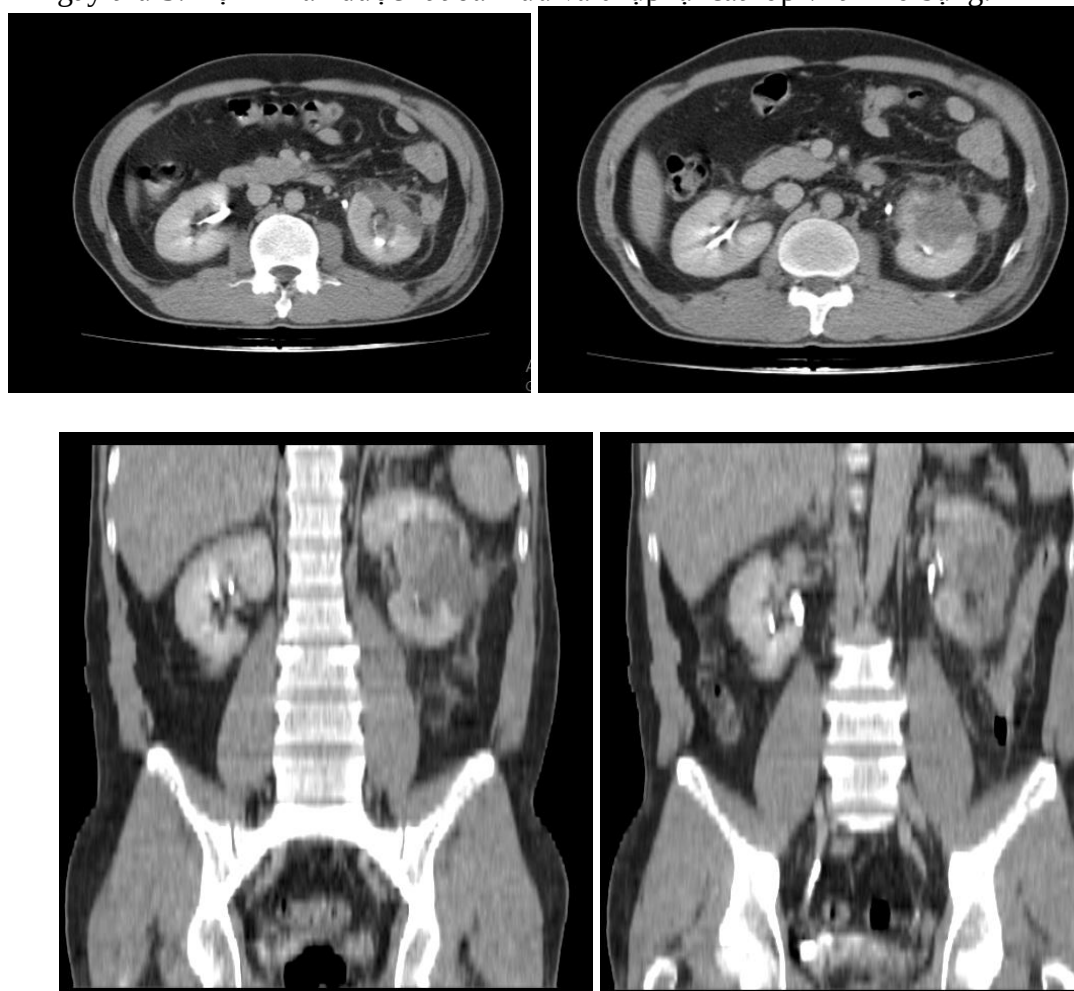
Bảng 2. Kết quả xét nghiệm hậu phẫu ngày thứ 3 sau mổ

Xét nghiệm	Kết quả
Bạch cầu (NEU%)	10,94 G/l (72%)
Hồng cầu	3,96
Hemoglobin	127
Hematocrit	37,8

Tiểu cầu	235
Ure	4,3
Creatinin	107,5
Na	136
Kali	3,8
Clo	98

Kết quả xét nghiệm hậu phẫu ngày thứ 3 đều trong giới hạn bình thường.

+ Ngày thứ 5: Bệnh nhân được rút dẫn lưu và chụp lại cắt lớp vi tính ổ bụng.



Hình 11. Cắt lớp vi tính ổ bụng sau mổ ngày thứ 5

Họ tên người bệnh: **NGUYỄN VĂN VANG** Năm sinh: **1968** Giới tính: **Nam**
 Địa chỉ: **ĐỘI 7 PHÚC TRẠCH Thống Nhất, Thường Tín, Hà Nội**
 Số thẻ BHYT: **CH4010113121217** Bác sỹ chỉ định: **Bùi Xuân Cường**
 Khoa: **Ngoại Thận - Tiết Niệu** Phòng: **1015 (CC+DV)** Giường: **G40**
 Chẩn đoán: **Viêm ruột thừa cấp**

CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH BỤNG-TIỂU KHUNG THƯỜNG QUY (TỪ 1-32 DÂY) CÓ THUỐC

MÔ TẢ: Kỹ thuật: Chụp CLVT bụng, độ dày lớp cắt 5 và 7mm, trước và sau tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch.

MÔ TẢ KẾT QUẢ

·Gan: không to, nhu mô gan đều, không thấy khối khu trú. TM cửa: không giãn, không thấy huyết khối.
 ·Đường mật: trong và ngoài gan không giãn, không thấy sỏi cản quang.
 ·Túi mật: không giãn, không có sỏi cản quang.
 ·Lách: không to, nhu mô đều.
 ·Tụy: KT bình thường, nhu mô đều. Ống tụy không giãn, không thấy sỏi cản quang.
 ·Tuyến thượng thận hai bên: không thấy khối khu trú.
 ·Thận phải: Không to, nhu mô dày và ngấm thuốc bình thường. Đài bể thận không giãn, không thấy sỏi. Niệu quản: không giãn, không thấy sỏi.
 ·Thận trái: nhu mô thận có khối KT~43x55mm, bờ đều, ranh giới rõ, ngấm thuốc cản quang không đồng nhất ở thì động mạch và tĩnh mạch, phần sau trong của khối còn ngấm thuốc cản quang KT ~ 22x38mm, phần trước ngoài của khối không ngấm thuốc. Nhu mô cực dưới của thận có phần ngấm thuốc kém KT ~ 14x40mm. Đài bể thận không giãn, không thấy sỏi. Niệu quản: không giãn, không thấy sỏi.
 ·Thâm nhiễm quanh thận trái và dọc rãnh đại tràng trái
 ·Bàng quang: thành đều, không thấy sỏi cản quang.
 ·Ổ bụng không thấy dịch tự do

KẾT LUẬN: Hình ảnh u thận trái sau đốt sóng cao tần như mô tả.

10 Giờ 11 ngày 11 tháng 11 năm 2020

BÁC SỸ CHUYÊN KHOA

Kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng:

+ Bệnh nhân ra viện 07 ngày sau mổ với hẹn tái khám sau 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Trên đây là 01 trường hợp lâm sàng đốt u cơ mỡ mạch thận dưới nội soi ổ bụng và có dựng hình 3D cắt lớp vi tính, khối u 43x55mm, sau phẫu thuật ổn định không có tái biến trong mổ và biến chứng sau mổ.

Chúng tôi không lựa chọn phương pháp đốt u bằng sóng cao tần dưới định vị cắt lớp vi tính chọn vì khối u nằm ở mặt trước thận, cực trên và giữa, khi chọc kim khó tiếp cận hơn so với việc bóc lột bằng phẫu thuật.

Với phẫu thuật nội soi chúng tôi nhận thấy việc không chế và tiếp cận khối u một cách dễ dàng, quan sát được trực tiếp hình ảnh đốt khối u dưới camera.

Kết quả hậu phẫu theo dõi ngày 1,2,3 ngày đầu và cho đến khi ra viện đều diễn ra thuận lợi, không có biến chứng.

Dẫn lưu ổ bụng được rút sau 72 giờ, kết quả chụp cắt lớp vi tính sau ngày thứ 4 cho thấy hình dạng khối u co nhỏ, tuy chưa nhiều về kích thước nhưng mật độ và hình dạng

thay đổi đáng kể nhất là bề mặt u, có nhiều vùng giảm âm trong u, kèm theo không bắt thuốc cản quang hoặc bắt rất kém, chứng tỏ có sự hủy mô và mạch do sóng cao tần, tiên lượng với sự theo dõi thời gian dài hơn khối u sẽ co nhỏ và xơ hóa nhiều

Năm 2008, Prevoo và cộng sự (6) đã báo cáo 01 trường hợp điều trị AML bằng RFA, và không có biến chứng hoặc tái phát khi theo dõi sau 12 tháng. Trường hợp này của chúng tôi cũng không có biến chứng sau phẫu thuật.

Sooriakumaran và cộng sự (5) báo cáo 102 trường hợp AML, trong đó theo dõi, can thiệp phẫu thuật, trong số những bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật, sáu bệnh nhân được điều trị cấp cứu bằng nút mạch chọn lọc với một lần thất bại cần phải phẫu thuật cắt thận cấp cứu. Trong số 13 bệnh nhân còn lại được điều trị bằng nút mạch, sáu bệnh nhân được yêu cầu can thiệp lại vì không giảm đáng kể kích thước.

- Các biến chứng liên quan đến thủ thuật xảy ra ở sáu trong số 19 bệnh nhân đang điều trị nút mạch, bao gồm ba (16%) bệnh nhân bị đau kéo dài, một hình thành áp xe, một thận không hoạt động và một tăng huyết áp, theo dõi lâu dài nút mạch trong AML cho thấy tỷ lệ tái phát lên đến 30%. Bissler và cộng sự (7) báo cáo đau xảy ra ở 89% bệnh nhân trong tổng hợp 13 trường hợp, tỷ lệ có thể giảm xuống 30% với chế độ điều trị giảm dần steroid và kháng sinh.

- Trong một báo cáo 15 AML được điều trị bởi đốt U qua da do Msezane và cộng sự (8) chỉ ra rằng ba biến chứng xảy ra bao gồm một biến chứng phải mổ cắt u, một giả phình mạch cần nút mạch và một biến chứng khác

không được tiết lộ, kíp nghiên cứu báo cáo không có sự tái phát nào trong thời gian theo dõi trung bình là 29 tháng.

- Berglund và cộng sự (9) báo cáo kết quả trên 15 trường hợp AML thận đều được điều trị thành công bằng RFA, tỷ lệ biến chứng cụ thể của thủ thuật là 13,3% với đái ra máu, và không có tái phát trên chụp CT khi theo dõi trung bình trong 21 tháng. Khi so sánh các phương pháp hiện tại để điều trị AML, RFA dường như là một giải pháp thay thế cho nút mạch mặc dù nút mạch cũng đã được chứng minh là có tỷ lệ thành công cao, và kết quả cho thấy RFA kết hợp với nút mạch cho thấy hiệu quả đầy hứa hẹn. Đây cũng là một hướng phát triển sau này của chúng tôi.

- Prevoo và cộng sự (6) nghiên cứu với tất cả AML <4 cm, RFA dường như có hiệu quả tốt hơn đối với AML <4 cm và vẫn hiệu quả đối với các khối u lớn hơn, nhưng ông cũng không khuyến cáo sử dụng với những u lớn hơn. Trường hợp này trong phẫu thuật chúng tôi cũng quan sát dưới ống soi camera thấy kích thước khối u nhỏ đi ngay trực tiếp và không có chảy máu từ vị trí kim đốt.

- RFA là một thủ thuật được lựa chọn, có thể được sử dụng trong điều trị AML thận một cách an toàn và hiệu quả, mặc dù tỷ lệ biến chứng của RFA thấp nhưng vẫn có nguy cơ, công dụng của RFA đối với AML thận có thể còn tranh cãi nhưng nó có thể có lợi thế hơn nút mạch

- RFA chưa được nghiên cứu để sử dụng trong xử trí cấp cứu và không được áp dụng ở những bệnh nhân đang chảy máu nhiều.

- Một số tác giả nhận thấy rằng tỷ lệ thành công cho RFA đang ở mức nghiên cứu với thời gian và số liệu nhỏ hơn trong khi nút

mạch có số liệu nghiên cứu lớn và dài hơn nhưng hiện tại RFA dường như có lợi thế hơn nút mạch điều này cần có các nghiên cứu tiến cứu dài hơn và lớn hơn để đánh giá mối quan hệ thực sự.

V. KẾT LUẬN

Qua trường hợp lâm sàng trên, chúng tôi thấy rằng nội soi ổ bụng kết hợp với cắt lớp vi tính dựng hình 3D thực hiện đốt u cơ mỡ mạch thận bằng sóng cao tần có hiệu quả, có thể kiểm soát và hiện tại chưa ghi nhận tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ, bệnh nhân ra viện ổn định.

Tác dụng của RFA kết hợp với phẫu thuật nội soi cho phép điều trị u cơ mỡ mạch thận (AML) cỡ lớn, khó tiếp cận và chống chỉ định với các phương pháp khác và vẫn đảm bảo ít biến chứng và tránh rủi ro có thể xảy ra nếu tiến hành can thiệp cắt u, cắt thận hoặc nút mạch.

Tuy nhiên để đánh giá được kết quả rõ ràng thì cần phải theo dõi bệnh nhân trong một thời gian dài và cần có một nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu hơn để xác định ưu thế của RFA kết hợp phẫu thuật nội soi đối với AML thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oesterling JE, Fishman EK, Goldman SM, Marshall FF. The management of renal angiomyolipoma . J Urol 1986 ; 135 : 1121 – 4
2. Lim A, Abel EJ. Contemporary management of renal angiomyolipomas. Transl Cancer Res 2016;5(6):1241-1247
3. Bishay VL, Crino PB, Wein AJ, et al. Embolization of giant renal angiomyolipomas: technique and results. J Vasc Interv Radiol 2010;21:67-72
4. Johnson SC, Graham S, D'Agostino H, et al. Percutaneous renal cryoablation of angiomyolipomas in patients with solitary kidneys. Urology 2009;74:1246-9
5. Sooriakumaran P, Gibbs P, Coughlin G et al. Angiomyolipomata: challenges, solutions, and future prospects based on over 100 cases treated . BJU Int 2010 ; 105 : 101 – 6
6. Prevoo W, van den Bosch MA, Horenblas S. Radiofrequency ablation for treatment of sporadic angiomyolipoma. Urology. 2008;72(1):188–91
7. Bissler JJ, Racadio J, Donnelly LF, Johnson ND. Reduction of postembolization syndrome after ablation of renal angiomyolipoma . Am J Kidney Dis 2002 ; 39 : 966 – 71
8. Msezane L, Chang A, Shikanov S et al. Laparoscopic nephron-sparing surgery in the management of angiomyolipoma: a single center experience . J Endourol 2010 ; 24 : 583 – 7
9. Berglund RK, Bernstein M, Manion MT, Touijer KA, Russo P. Incidental angiomyolipoma resected during renal surgery for an enhancing renal mass . BJU Int 2009 ; 104 : 1650 – 4

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG DỰ PHÒNG NÔN, BUỒN NÔN CỦA GRANISETRON VÀ METOCLOPRAMID TRONG GÂY TÊ TỦY SỐNG MỔ LẤY THAI

Nguyễn Thị Lệ Mỹ*, Nguyễn Thái Công*, Nguyễn Thành Vinh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả dự phòng nôn và buồn nôn của metoclopramid và granisetron trên bệnh nhân gây tê tuỷ sống mổ lấy thai; So sánh sự thay đổi về huyết động, hô hấp của bệnh nhân gây tê tuỷ sống mổ lấy thai được dự phòng bằng granisetron, metoclopramid đường tĩnh mạch.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, quan sát, tiền cứu.

Kết quả nghiên cứu: từ 04/2020 đến 08/2020 với 60 trường hợp được dự phòng nôn buồn nôn bằng Granisetron hoặc Metoclopramid. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là: 27.1 ± 5.5 , không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0.05$). Các chỉ số ASA, nhịp tim, huyết áp, SpO₂, liều lượng Bupivacain và Fentanyl giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt ($p > 0.05$). Tỷ lệ buồn nôn của nhóm sử dụng Granisetron thấp hơn nhóm sử dụng Metoclopramid ($p < 0.05$). Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ nôn của 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0.05$). Tỷ lệ biến chứng và thay đổi sinh hiệu cũng không có sự khác biệt ($p > 0.05$).

Kết luận: Granisetron có tác dụng dự phòng buồn nôn tốt hơn metoclopramid cho những bệnh nhân gây tê tuỷ sống mổ lấy thai.

Từ khóa: Granisetron, Metoclopramid, dự phòng, nôn, buồn nôn

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE PROPHYLAXIC OF NAUSEA, VOMITING OF GRANISETRON AND METOCLOPRAMID AFTER SPINAL ANESTHESIA FOR CAESAREAN SECTION

Aims: Comparison of the effectiveness of metoclopramide and granisetron in prophylactic nausea, vomiting after spinal anesthesia for cesarean section. Comparison of hemodynamic and respiratory changes in patients after spinal anaesthesia for cesarean section prophylactically with intravenous granisetron and metoclopramide.

Research object and method: a descriptive study, observational, longitudinal study

Research results: from 04/2020 to 08/2020 with 60 cases of nausea and vomiting prophylaxis with Granisetron or Metoclopramide. The mean age of the study was: 27.1 ± 5.5 , there was no difference between the 2 study groups ($p > 0.05$). There was no difference in the ASA, heart rate, blood pressure, SpO₂, dose of Bupivacaine and Fentanyl between the 2 study groups ($p > 0.05$). The ratio of nausea in the Granisetron group was lower than in the Metoclopramide group ($p < 0.05$). There was no difference between the vomiting rate of the 2 study groups ($p > 0.05$). The ratio of

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Mỹ

Email: dr.lemymh@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 04/5/2022

Ngày duyệt bài: 17/6/2022

complications and changes in vital signs were also not different ($p > 0.05$).

Conclusion: Granisetron is more effective in preventing nausea than metoclopramide in patients undergoing spinal anesthesia for cesarean section.

Keywords: Granisetron, Metoclopramid, prophylactic, nausea, vomiting

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nôn và buồn nôn là tác dụng phụ thường xảy ra trong gây tê tuỷ sống mổ lấy thai [1]. Một số biến chứng của nôn: tổn thương nội tạng, rối loạn điện giải, khó chịu cho bệnh nhân, làm chậm quá trình hồi phục và chậm xuất viện...[2]. Vì vậy, dự phòng tốt nôn và buồn nôn đã và đang được rất nhiều bác sĩ gây mê, sản khoa và ngoại khoa quan tâm, như một chiến lược giúp cải thiện, nâng cao chất lượng điều trị người bệnh. Theo hướng dẫn của NICE (National Institute for Health and Care Excellence) về mổ lấy thai (cập nhật tháng 11/2019), metoclopramid được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay cho dự phòng nôn và buồn nôn (khuyến cáo mức độ IB) [3]. Granisetron là một trong những thuốc chống nôn thế hệ mới, đã được đưa vào sử dụng và được đánh giá là hiệu quả, an toàn trong dự phòng nôn và buồn nôn trong những chỉ định liên quan tới phẫu thuật cũng như trong chuyên ngành ung bướu. Tuy nhiên, hiện tại ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá về tác dụng của granisetron so với các thuốc chống nôn đang được sử dụng rộng rãi. Vì vậy, chúng tôi thực tiến hành nghiên

cứu “Đánh giá tác dụng dự phòng nôn, buồn nôn của Granisetron và Metoclopramid trong gây tê tuỷ sống mổ lấy thai” nhằm các mục tiêu sau: So sánh hiệu quả dự phòng nôn và buồn nôn của metoclopramid và granisetron trên bệnh nhân gây tê tuỷ sống mổ lấy thai; So sánh sự thay đổi về huyết động, hô hấp của bệnh nhân gây tê tuỷ sống mổ lấy thai được dự phòng bằng granisetron, metoclopramid đường tĩnh mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 60 sản phụ được phẫu thuật mổ lấy thai tại khoa Gây mê hồi sức BV Thanh Nhàn từ 04/2020 – 08/2020.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng NC: Mang thai đủ tháng được chỉ định mổ lấy thai với phương pháp vô cảm gây tê tuỷ sống; Được sử dụng 1 trong 2 thuốc dự phòng nôn, buồn nôn là metoclopramid hoặc granisetron trước khi gây tê tuỷ sống mổ lấy thai.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả, quan sát, tiến cứu.

Chỉ số nghiên cứu: các chỉ số về đặc điểm chung, về đặc điểm nôn buồn nôn, về sự thay đổi sinh hiệu, về các biến chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm nhóm nghiên cứu: tuổi trung bình là 27.1 ± 5.5 , trẻ nhất là 18 tuổi, cao nhất là 41 tuổi, chiều cao trung bình $159,2 \pm 6,6$, cân nặng trung bình $58,27 \pm 7,3$. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0.05$).

Bảng 1: Các chỉ số huyết động, hô hấp trước mổ

Đặc điểm	Nhóm NC	Nhóm G (n=30)	Nhóm MT (n=30)	P
Nhịp tim (nhịp/phút)	$\bar{X} \pm SD$	90,63 $\pm$ 10,7	89,67 $\pm$ 13,9	> 0,05
	Min - Max	74 – 118	63 – 113	
HATB (mmHg)	$\bar{X} \pm SD$	85,12 $\pm$ 10,6	84,43 $\pm$ 11,4	
	Min - Max	70 – 104	65 – 126	
Tần số thở (nhịp/phút)	$\bar{X} \pm SD$	18,07 $\pm$ 1,2	18,37 $\pm$ 1,5	
	Min - Max	16 – 21	16 – 20	
SPO2 (%)	$\bar{X} \pm SD$	97,5 $\pm$ 1,4	97,67 $\pm$ 1,5	
	Min - Max	95 – 100	95 – 100	

Nhận xét: Các chỉ số huyết động và hô hấp trung bình trước mổ của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2: Liều lượng thuốc gây tê

Đặc điểm	Nhóm NC	Nhóm G (n=30)	Nhóm MT (n=30)	P
Bupivacain 0,5% (mg)	$\bar{X} \pm SD$	8,65 $\pm$ 0,56	8,917 $\pm$ 0,66	$p > 0,05$
	Min - Max	7,5 – 9,5	7,5 – 10	

Nhận xét: Lượng thuốc tê bupivacain dùng để gây tê tuỷ sống của hai nhóm thấp nhất là 7,5mg và cao nhất là 10mg. Lượng fentanyl sử dụng ở tất cả các đối tượng là 0,03mg. Sự khác biệt của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,96 > 0,05$.

Bảng 3: So sánh tỉ lệ nôn và buồn nôn giữa nhóm G và nhóm MT5

	Nhóm G		Nhóm MT		P
	n=30	%	n=30	%	
Chỉ buồn nôn	1	3,3	6	20	$p < 0,05$
Nôn và Buồn nôn	2	6,7	3	10	$p > 0,05$
Tổng	3	10	9	30	$p > 0,05$

Nhận xét: Tỉ lệ chỉ bị buồn nôn của nhóm G thấp hơn nhóm MT có ý nghĩa thống kê ($p = 0,038 < 0,05$). Tỉ lệ nôn kèm buồn nôn của hai nhóm không có sự khác biệt ($p = 0,053 > 0,05$). Tổng tỉ lệ nôn buồn nôn của hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,064 > 0,05$).

Bảng 4: Sự thay đổi nhịp tim

Đặc điểm	Nhóm NC	Nhóm G (n=30)	Nhóm MT (n=30)	P
Trước mổ	$\bar{X} \pm SD$	90,63 $\pm$ 10,7	89,67 $\pm$ 13,9	$p > 0,05$
	Min-Max	74 – 118	63 – 113	
Sau tê 2 phút	$\bar{X} \pm SD$	96,83 $\pm$ 18,9	96,67 $\pm$ 19,3	
	Min- Max	63 – 150	62 – 143	

Sau tê 5 phút	$\bar{X} \pm SD$	$92,83 \pm 12,7$	$91,77 \pm 15,7$	
	Min- Max	63 – 116	63 – 128	
Sau tê 15 phút	$\bar{X} \pm SD$	$85,43 \pm 11,4$	$88,83 \pm 12,5$	
	Min- Max	72 – 108	65 – 123	
Sau tê 30 phút	$\bar{X} \pm SD$	$90,7 \pm 12,3$	$90,13 \pm 14,9$	
	Min- Max	73 – 118	73 – 133	
Sau mổ	$\bar{X} \pm SD$	$86,83 \pm 12,9$	$90,3 \pm 11,8$	
	Min- Max	63 – 126	74 – 115	
Sau mổ 1h	$\bar{X} \pm SD$	$87,47 \pm 9,6$	$89,17 \pm 9,4$	
	Min- Max	74 – 110	72 – 109	

Nhận xét: Sự khác biệt về nhịp tim của hai nhóm trong các thời điểm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5: Sự thay đổi huyết áp trung bình

Nhóm NC		Nhóm G (n=30)	Nhóm MT (n=30)	P
Đặc điểm				
Trước mổ	$\bar{X} \pm SD$	$85,12 \pm 10,6$	$84,84 \pm 11,3$	$p > 0,05$
	Min - Max	70 – 104	65 – 126	
Sau tê 2 phút	$\bar{X} \pm SD$	$68,89 \pm 14,8$	$65,94 \pm 14,4$	
	Min - Max	47 – 93	46 – 96	
Sau tê 5 phút	$\bar{X} \pm SD$	$76,32 \pm 13$	$76,78 \pm 11,7$	
	Min - Max	51 – 98	56 – 106	
Sau tê 15 phút	$\bar{X} \pm SD$	$85,76 \pm 6,9$	$86,64 \pm 9,3$	
	Min - Max	69 – 98	64 – 109	
Sau tê 30 phút	$\bar{X} \pm SD$	$85,1 \pm 9,2$	$83,33 \pm 10,6$	
	Min - Max	66 – 101	63 – 98	
Sau mổ	$\bar{X} \pm SD$	$84,58 \pm 9$	$86,68 \pm 10$	
	Min - Max	65 – 101	64 – 108	
Sau mổ 1h	$\bar{X} \pm SD$	$83,81 \pm 9,6$	$84,9 \pm 8,8$	
	Min - Max	57 – 100	71 – 107	

Nhận xét: Sự khác biệt về huyết áp trung bình của hai nhóm trong các thời điểm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6: Sự thay đổi SpO2

Nhóm NC		Nhóm G (n=30)	Nhóm MT (n=30)	P
Đặc điểm				
Trước mổ	$\bar{X} \pm SD$	$97,5 \pm 1,4$	$97,67 \pm 1,2$	$p > 0,05$
	Min - Max	95 – 100	95 – 100	

Sau tê 2 phút	$\bar{X} \pm SD$	$97,17 \pm 2,5$	$97,8 \pm 1,2$	
	Min - Max	93 – 100	95 – 100	
Sau tê 5 phút	$\bar{X} \pm SD$	$97,60 \pm 1,4$	$97,83 \pm 1,1$	
	Min - Max	95 – 100	95 – 100	
Sau tê 15 phút	$\bar{X} \pm SD$	$97,57 \pm 1,4$	$97,97 \pm 1,3$	
	Min - Max	95 – 99	94 – 100	
Sau tê 30 phút	$\bar{X} \pm SD$	$97,7 \pm 1,0$	$97,67 \pm 1,1$	
	Min - Max	96 – 99	95 – 99	
Sau mổ	$\bar{X} \pm SD$	$97,2 \pm 1,4$	$97,8 \pm 1,1$	
	Min - Max	94 – 100	96 – 100	
Sau mổ 1h	$\bar{X} \pm SD$	$97,8 \pm 1,2$	$97,97 \pm 1,2$	
	Min - Max	95 – 100	95 – 99	

Nhận xét: Sự khác biệt về SpO₂ của hai nhóm trong các thời điểm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 7: Tỷ lệ tác dụng phụ

	Nhóm G		Nhóm MT		p
	n	%	n	%	
Buồn ngủ	1	3,3	2	6,7	$p > 0,05$
Đau đầu	0	0	1	3,3	$p > 0,05$
Chóng mặt	2	6,7	1	3,3	$p > 0,05$
Phản ứng ngoại tháp	0	0	0	0	$p > 0,05$

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bị đau đầu, chóng mặt ở hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Không có bệnh nhân nào gặp tác dụng phụ phản ứng ngoại tháp ở cả hai nhóm nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, đối tượng được lựa chọn vào nghiên cứu là các sản phụ, do đó phần lớn có độ tuổi từ 18 – 35. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $27,1 \pm 5,5$, trong đó tuổi thấp nhất là 18 và cao nhất là 41. Không có mối quan hệ rõ ràng giữa độ tuổi và tỷ lệ nôn và buồn nôn. Orewole và cộng sự [4] chỉ ra không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào giữa tỷ lệ nôn buồn nôn và độ tuổi trung bình. Kết quả

tương tự cũng được khẳng định trong nghiên cứu Berg Venden [5].

Bệnh nhân ở hai nhóm có chỉ số về huyết động và hô hấp khá tương đồng nhau. Các chỉ số về nhịp tim, huyết áp trung bình và nhịp thở của hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) và đều đảm bảo cho an toàn cho dự phòng thuốc chống nôn và thực hiện gây tê tủy sống.

Liều lượng bupivacain và fentanyl dùng để gây tê tủy sống của hai nhóm nghiên cứu

của chúng tôi là tương đương nhau ($p > 0,05$). Trong đó liều tê của bupivacain 0,5% từ 7,5mg cho đến 10mg. Theo hướng dẫn thực hành gây tê tuỷ sống mổ lấy thai của Hội gây mê hồi sức Việt Nam, liều Bupivacain được khuyến cáo từ 6 đến 10mg là đủ đạt được mức độ vô cảm giúp cuộc phẫu thuật diễn ra thuận lợi. Liều Fentanyl chúng tôi sử dụng là 0,03mg, cũng nằm trong khuyến cáo dành cho người Việt Nam là từ 0,01 đến 0,05mg. Việc phối hợp thêm fentanyl giúp chúng tôi giảm liều thuốc tê bupivacain xuống mà vẫn đảm bảo được khả năng vô cảm cho bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng granisetron 0,04mg/kg tiêm tĩnh mạch trước khi gây tê tuỷ sống để dự phòng nôn và buồn nôn cho bệnh nhân. Sở dĩ chúng tôi chọn con số 0,04mg/kg granisetron vì theo Fujii và cộng sự [6], liều 0,04mg/kg granisetron là liều tối ưu giúp giảm tỉ lệ nôn và buồn nôn trong khi vẫn hạn chế được các tác dụng phụ. Nhóm 0,04mg/kg giúp làm giảm tỉ lệ nôn buồn nôn từ 64% của nhóm giả dược và 52% của nhóm liều 0,02mg/kg xuống còn 16%. Từ đó, khuyến cáo được đưa ra: 0,04mg/kg là liều tối thiểu hiệu quả giúp dự phòng nôn buồn nôn của granisetron. Cũng theo nghiên cứu này, không gặp bất cứ tác dụng phụ nào (buồn ngủ, chóng mặt, tác dụng ngoại tháp) ngay cả với liều 0,08mg/kg. Vì vậy, chúng tôi quyết định lựa chọn liều 0,04mg/kg là liều thực hiện nghiên cứu để đảm bảo tính hiệu quả cũng như an toàn với bệnh nhân.

Chúng tôi không sử dụng phương pháp nghiên cứu có đối chứng vì sản phụ mang

thai gây tê tuỷ sống mổ để có nguy cơ cao làm tăng tỉ lệ nôn và buồn nôn. Do vậy, chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu lâm sàng có so sánh. Nhóm được so sánh là nhóm được dự phòng bằng metoclopramid – một trong những thuốc kinh điển, đã được chứng minh hiệu quả trong nhiều nghiên cứu và đang được sử dụng rộng rãi. Metoclopramid chúng tôi sử dụng liều 10mg và được tiêm tĩnh mạch trước khi gây tê tuỷ sống.

Phụ nữ mang thai là đối tượng đặc biệt, có thể gặp nôn và buồn nôn mà không trải qua bất cứ một cuộc gây mê hay thủ thuật nào. Có rất nhiều nguyên nhân có thể dẫn đến nôn và buồn nôn của sản phụ. Một số nguyên nhân chính có thể kể đến là: Sự thay đổi về hormon, thay đổi về nhu động của đường tiêu hoá, yếu tố di truyền,...

Kết quả nghiên cứu cho thấy tổng tỉ lệ nôn và buồn nôn giữa 2 nhóm khác nhau nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (nhóm G là 10% và nhóm MT là 30%). Tỉ lệ bệnh nhân bị nôn giữa hai nhóm cũng không có sự khác biệt với $p > 0,05$ (nhóm G là 6,7% và nhóm MT là 10%). Tuy nhiên, tỉ lệ bệnh nhân chỉ buồn nôn ở nhóm G là 3,3%, thấp hơn nhóm MT là 20% có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Như vậy, việc sử dụng granisetron dự phòng buồn nôn làm tỉ lệ buồn nôn ở bệnh nhân gây tê tuỷ sống mổ lấy thai thấp hơn so với dự phòng nôn bằng metoclopramid. Tuy nhiên nghiên cứu không chỉ ra được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong việc dự phòng nôn giữa hai nhóm sử dụng granisetron và

metoclopramid như các nghiên cứu trước đây. Nguyên nhân có thể do tỉ lệ bệnh nhân bị nôn ở các nghiên cứu trước đây đều thấp hơn so với tỉ lệ bệnh nhân bị buồn nôn. Do đó để thấy được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê sẽ đòi hỏi một cỡ mẫu lớn hơn và sự theo dõi trong thời gian dài hơn. Ngoài ra, các nghiên cứu về tác dụng dự phòng nôn và buồn nôn sau mổ cũng cho thấy tác dụng này tùy thuộc vào từng nhóm đối tượng và số lượng bệnh nhân nghiên cứu.

Hai thuốc trong nghiên cứu là granisetron và metoclopramid đều có một số tác dụng không mong muốn như: buồn ngủ, ngủ gà, chóng mặt, đau đầu, táo bón,... Granisetron thuốc nhóm thuốc đối kháng chọn lọc thụ thể 5-HT₃ nên không có tác động tới dopamin, từ đó không gây ra tác dụng ngoại tháp như metoclopramid [1].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân gây tê tuỷ sống mỗi lấy thai tại bệnh viện Thanh Nhàn chia hai 2 nhóm dự phòng nôn buồn nôn: nhóm G sử dụng 0,04mg/kg granisetron tiêm tĩnh mạch và nhóm MT sử dụng 10mg metoclopramid tiêm tĩnh mạch: Tác dụng dự phòng buồn nôn của granisetron tốt hơn metoclopramide (3.3% và 20% với $p < 0.05$). Tác dụng dự phòng nôn không có sự khác

biệt giữa hai nhóm sử dụng thuốc ($p > 0.05$). Ngoài ra không có sự khác biệt về tác dụng phụ giữa granisetron và metoclopramid ($p > 0.05$). Cần thiết có thêm các nghiên cứu sâu hơn, quy mô lớn hơn để đánh giá thêm tác dụng của hai loại thuốc này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Gây mê hồi sức Trường Đại học Y Hà Nội (2014). Giáo trình Gây mê hồi sức, Nhà xuất bản Y học,
2. Lussos S A, Datta S, Bader A M, et al (1992). "The Antiemetic Efficacy and Safety of Prophylactic Metoclopramide for Elective Cesarean Delivery during Spinal Anesthesia". Regional Anesthesia: The Journal of Neural Blockade in Obstetrics, Surgery, & Pain Control, **17** (3), 126-130.
3. Excellence N I f H a C (2019). "Caesarean section". NICE Clinical guideline 140.
4. Aremu S (2014). Comparative trial of combined metoclopramide and dexamethasone vs dexamethasone in nausea and vomiting in gynaecological surgery,
5. Van den Berg A A, Lambourne A, Clyburn P A (1989). "The oculo-emetic reflex. A rationalisation of postophthalmic anaesthesia vomiting". Anaesthesia, **44** (2), 110-117.
6. Fujii Y, Tanaka H, Toyooka H (1998). "Granisetron prevents nausea and vomiting during spinal anaesthesia for caesarean section". Acta anaesthesiologica Scandinavica, **42** (3), 312-315.

NGHIÊN CỨU BIẾN ĐỔI CÁC CHỈ SỐ SINH TỒN TRÊN SẢN PHỤ NHIỄM COVID-19 CÓ CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI VÔ CẢM BẰNG TÊ TỦY SỐNG TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đào Quang Minh*, Nguyễn Thị Lệ Mỹ*, Phạm Quang Phúc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm khảo sát đặc điểm về lâm sàng trên sản phụ nhiễm COVID-19 có chỉ định mổ lấy thai được vô cảm bằng tê tủy sống và sự biến đổi của các chỉ số sinh tồn trong quá trình phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân này tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

Phương pháp: Chúng tôi đã phân tích hồi cứu lâm sàng, tự đối chứng của 30 sản phụ nhiễm virus SAR-COV-2 có chỉ định mổ lấy thai vô cảm bằng tê tủy sống tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Các sản phụ này đã được xem xét về đặc điểm chung, phân bố theo ASA (Phân loại tình trạng sức khỏe bệnh nhân theo Hội gây mê Mỹ), phân loại mức độ bệnh COVID-19 theo quyết định số 250 Bộ Y Tế. Bài nghiên cứu cũng đã phân tích, đánh giá sự thay đổi tuần hoàn, hô hấp của sản phụ tại các thời điểm quan trọng.

Kết quả: Trong số 30 sản phụ nhiễm virus SARS-COV-2 có chỉ định mổ lấy thai vô cảm bằng tê tủy sống đã được phân tích, có 8 bệnh nhân không triệu chứng, 18 bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, 3 bệnh nhân triệu chứng trung bình và chỉ có 1 bệnh nhân có triệu chứng nặng. Phần lớn đều trong nhóm ASA I và đã được tiêm Vaccin từ mũi 1 trở lên chiếm tỷ lệ lần lượt là 90% và 66,67%. Các chỉ số sinh tồn đều ổn định trong mổ, thời điểm biến thiên nhiều nhất từ thời

điểm T1 đến T5 (phút thứ 1 cho đến phút thứ 5 sau tê tủy sống), với giá trị huyết áp tâm thu và huyết áp trung bình thấp nhất lần lượt là $94,33 \pm 11,65$ mmHg và $68,11 \pm 10,2$ mmHg (tại thời điểm T1). Tất cả các sản phụ đều cần đến thuốc co mạch ephedrin để nâng huyết áp với liều phổ biến từ 10mg đến 30mg chiếm 60%. Apgar phút đầu trẻ sơ sinh chủ yếu là 8, 9, 10 điểm chiếm 93,33%.

Kết luận: COVID-19 gây tổn thương phổi tỷ lệ cao với sản phụ, chiếm 40% gặp chủ yếu trên sản phụ chưa tiêm vaccin. Những sản phụ được tiêm đủ mũi vaccine, lâm sàng ổn định hơn so với các sản phụ chưa tiêm vaccin và trong quá trình gây tê ít biến đổi huyết động hơn so với những sản phụ chưa tiêm mũi nào. 100% sản phụ trong nghiên cứu đều phải dùng thuốc co mạch Ephedrin khi tê tủy sống. GTTS mổ lấy thai an toàn cho cả sản phụ mắc covid 19 và sơ sinh. Các sản phụ có chỉ định vô cảm tê tủy sống sau mổ đều ổn định và được xuất viện khi khỏi COVID-19.

Từ khóa: COVID-19, vaccin, mổ lấy thai, sản phụ, tê tủy sống.

SUMMARY

**RESEARCH ON CHANGE OF
SURVIVAL INDICATORS IN COVID-19
PREGNANT WOMEN WITH
INDICATIONS FOR ANAESTHESIA
CAESAREAN SECTION USING
SPINAL ANESTHESIA AT THANH
NHAN HOSPITAL**

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Mỹ

Email: dr.lemly.hp@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 04/5/2022

Ngày duyệt bài: 17/6/2022

Objective: This study aims to investigate the clinical characteristics of pregnant women who are infected with COVID-19 and indicated for cesarean section with spinal anesthesia and the change of vital signs of these patients during surgical process at Thanh Nhan Hospital.

Method: We have retrospectively analyzed the clinical, self-control of 30 pregnant women infected with SAR-COV-2 virus, who are indicated for cesarean section with spinal anesthesia at Duc Giang General Hospital. These pregnant women were reviewed for general characteristics, fractions according to ASA (American Anesthesiology Society Classification of Patient Health Conditions), and classification of Covid-19 disease severity according to decision number 250 of the Ministry of Health. The study also analyzed, assessed changes in circulation, and respiration of pregnant women at important time points.

Results: Among 30 infected pregnant women with SARS-COV-2 who are indicated for cesarean section with spinal anesthesia, there were 8 patients without symptoms, 18 patients with mild symptoms, 3 patients had moderate symptoms, and 1 patients with severe symptoms. Most of them are in the ASA group I and have been vaccinated 1st dose and more, accounting for 90 % and 66.67 %, respectively. The vital signs were stable intraoperatively, the most varied time from time T1 to T5 (minutes 1 to 5 minutes after spinal anesthesia), with values of systolic blood pressure and mean blood pressure. the lowest is 94.33 ± 11.65 mmHg and 68.11 ± 10.2 mmHg, respectively (at time T1). All pregnant women needed ephedrine vasoconstrictor to raise blood pressure with the common dose from 10mg to 30mg accounting for 60%. Apgar in the first minute of newborns was mainly 8, 9, 10 points, accounting for 93.33%

Conclusion: COVID-19 causes lung damage at a high rate in pregnant women, accounting for 40%, mainly in unvaccinated pregnant women. Pregnant women who received all doses of the vaccine were clinically more stable than unvaccinated women and had fewer hemodynamic changes during anesthesia compared with women who had not received any vaccinations. 100% of the women in the study had to take the vasoconstrictor (ephedrine) during spinal anesthesia. Spinal anesthesia for cesarean section is safe for both pregnant women with covid-19 and newborn. Pregnant women with indications for spinal anesthesia were postoperatively stable and discharged from the hospital when they recovered from COVID-19.

Keywords: COVID-19, vaccines, cesarean section, maternity, spinal anesthesia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID-19 là bệnh do virus SARS-CoV-2 gây ra và được phát hiện vào tháng 12 năm 2019 ở Vũ Hán, Trung Quốc. Mọi đối tượng, lứa tuổi đều có thể mắc nếu có tiếp xúc với nguồn lây, tuy nhiên đối tượng có thai là nhóm bệnh đặc biệt, sản phụ khi mắc COVID-19 ở bất kì thời điểm nào của thai kỳ cũng sẽ chịu những ảnh hưởng nặng nề liên quan đến tính mạng sản phụ và thai nhi. Bệnh mẹ nặng và nguy kịch có thể là nguyên nhân dẫn đến một số trường hợp thai chết lưu. [1]

Vô cảm cho sản phụ mắc COVID-19 là vấn đề luôn được các bác sỹ gây mê hồi sức sản khoa quan tâm vì cùng một lúc phải đảm bảo an toàn cho hai đối tượng đó là sản phụ và thai nhi. Phương pháp vô cảm trong phẫu thuật lấy thai phổ biến nhất là gây tê tủy sống

(GTTS), đây là phương pháp hữu hiệu, tránh được các tai biến gây mê trên sản phụ và sơ sinh, dễ thực hiện, tỷ lệ thành công cao, vô cảm và giãn cơ tốt trong mổ. Tuy nhiên, một trong những biến chứng nguy hại và thường gặp nhất của GTTS mổ lấy thai cho sản phụ mắc COVID-19 là biến đổi huyết động, đặc biệt là tụt huyết áp.

Trong giai đoạn đại dịch 2021-2022, Bệnh viện Thanh Nhàn là cơ sở y tế trực tiếp thu dung và điều trị các bệnh nhân mắc COVID-19, trong đó có nhiều phụ nữ mang thai và sau đó tiến hành sinh đẻ ngay tại bệnh viện. Đây là một thách thức lớn đối với bệnh viện nói chung và các chuyên khoa sản và gây mê hồi sức nói riêng do đặc điểm khác biệt của sản phụ khi mắc COVID-19, nhiều sản phụ chưa được tiêm vaccine đầy đủ. Trong nghiên cứu hồi cứu này, chúng tôi chỉ tập trung vào các sản phụ nhiễm COVID-19 có chỉ định mổ lấy thai dưới vô cảm bằng tê tủy sống với nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm về lâm sàng của sản phụ nhiễm COVID-19 có chỉ định mổ lấy thai và đánh giá sự biến đổi các chỉ số sinh tồn trong quá trình phẫu thuật của nhóm đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm tất cả sản phụ nhiễm COVID-19 có chỉ định phẫu thuật lấy thai dưới vô cảm bằng tê tủy sống từ tháng 7/2021 đến tháng 4/2022 tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Loại trừ các trường hợp hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm; Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 7/2021 đến tháng 4/2022 tại Khoa Gây mê Hồi sức Bệnh viện Thanh Nhàn.

Thiết kế nghiên cứu; Nghiên cứu mô tả hồi cứu lâm sàng, tự đối chứng.

Cỡ mẫu: tất cả sản phụ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu (gồm 30 bệnh nhân).

Các sản phụ trong nghiên cứu đều được thăm khám, chuẩn bị trước mổ và gây mê phẫu thuật theo các quy trình chung của bệnh viện áp dụng đối với người mắc COVID-19.

Thu thập và xử lý số liệu; Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và ghi vào phiếu số liệu nghiên cứu. Kết quả được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS for Windows 22.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng n và tỷ lệ phần trăm (%), biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\bar{X}$, độ lệch chuẩn (SD).

Đạo đức nghiên cứu; Đây là nghiên cứu hồi cứu nên không ảnh hưởng đến quá trình điều trị bệnh nhân trước đó. Mọi thông tin của bệnh nhân chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và được giữ kín.

III. KẾT QUẢ

Trong giai đoạn từ tháng 7/2021 đến tháng 4/2022, tại Bệnh viện Thanh Nhàn đã có 30 sản phụ nhiễm COVID-19 có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu vô cảm bằng tê tủy sống với các đặc điểm như sau;

3.1. Đặc điểm chung của sản phụ

Bảng 1: Phân bố sản phụ theo tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max
Tuổi (năm)	27,23 $\pm$ 3,66	20-35
Chiều cao (cm)	156 $\pm$ 4	149-165
Cân nặng khi mổ (kg)	67,73 $\pm$ 5,73	60-78
BMI (kg/m ²)	27,79 $\pm$ 1,31	25,71-30,07
ASA I/II/III (%)	90/6,67/3,33	

Nhận xét: Các sản phụ có tuổi trung bình là 27,23 $\pm$ 3,66 tuổi, BMI trung bình của sản phụ là 27,79 $\pm$ 1,31. Đa số ASA I chiếm 90 %, ASA II chiếm 6,67 %, ASA III chiếm 3,33 %.

3.2. Đặc điểm liên quan đến COVID-19

Bảng 2: Phân loại mức độ nặng COVID-19

Mức độ phân loại bệnh COVID-19	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không triệu chứng	8	26,67
Nhẹ	18	60
Trung bình	3	10
Nặng	1	3,33
Tổng	30	100

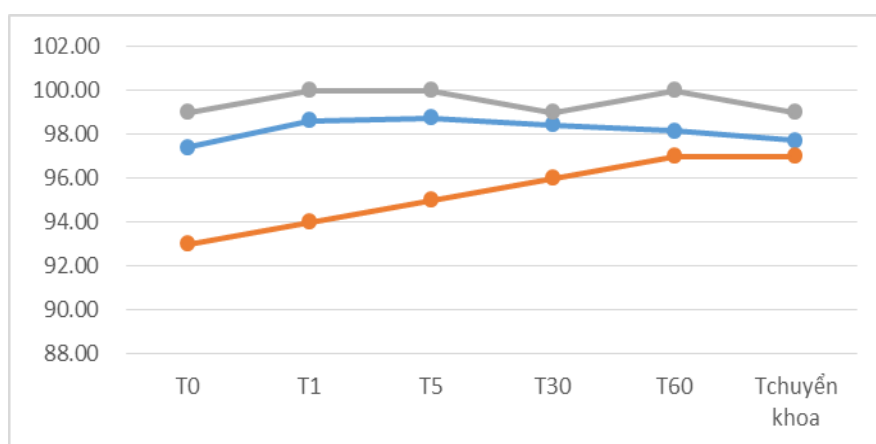
Nhận xét; Hầu hết là các sản phụ thuộc nhóm không triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ (với tỉ lệ tương ứng là 26,67 % và 60 %), 3/30 sản phụ (chiếm 10 %) có triệu chứng trung bình, 1 sản phụ có triệu chứng nặng (chiếm 3,33 %).

Bảng 3: Phân bố sản phụ theo số mũi tiêm vaccine

Số mũi tiêm vaccine	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
0	10	33,33
1	4	13,34
2	15	50
3	1	3,33
Tổng	30	100

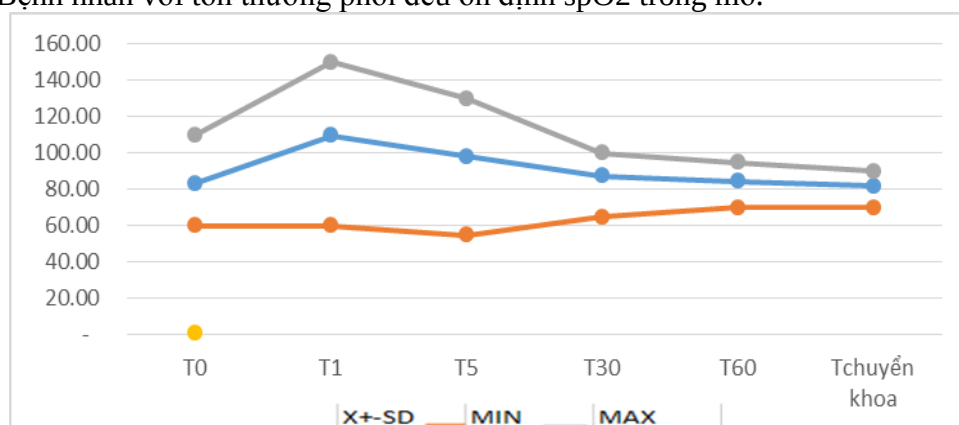
Nhận xét: Số lượng sản phụ chưa tiêm vaccin là 10, chiếm tỷ lệ 33.33%, tiêm 1 mũi là 4 sản phụ chiếm tỷ lệ 13,34%, tiêm 2 mũi là 15 tương ứng 50%, tiêm 3 mũi chỉ có 1 sản phụ chiếm 3,33%.

3.3. Thay đổi chỉ số sinh tồn ở các thời điểm nghiên cứu



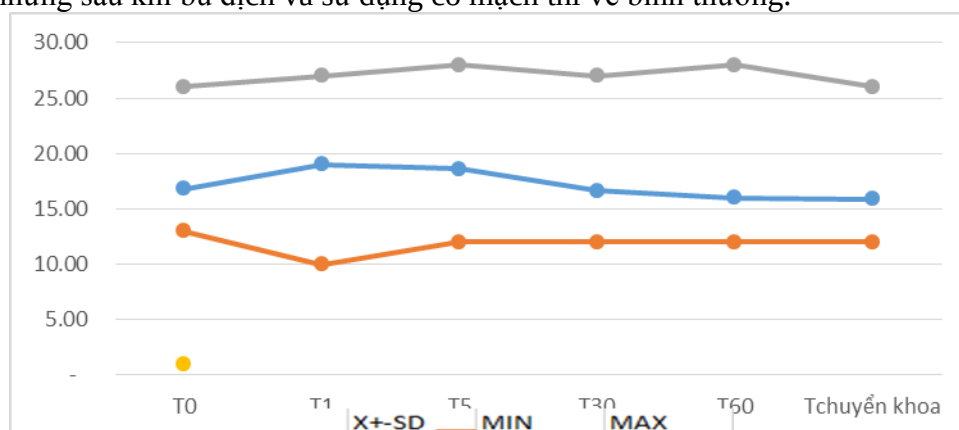
Biểu đồ 1: Thay đổi SpO₂ ở các thời điểm trong mổ

Nhận xét: Tại thời điểm T1 ghi nhận spO₂ thấp nhất là 94%, cao nhất 100% khi thở oxy 5 lít/phút. Bệnh nhân với tổn thương phổi đều ổn định spO₂ trong mổ.



Biểu đồ 2: Thay đổi tần số tim ở các thời điểm trong mổ

Nhận xét: Tại thời điểm T1 ghi nhận tần số tim nhanh nhất là 150 ck/phút, thấp nhất là 60 ck/phút nhưng sau khi bù dịch và sử dụng co mạch thì về bình thường.



Biểu đồ 3: Thay đổi tần số thở ở các thời điểm trong mổ

Nhận xét: Tần số thở nhanh nhất là 28 ck/phút ở thời điểm T5, bệnh nhân với tổn thương phổi đều thở oxy ổn định tần số thở trong mổ.

Bảng 4: Thay đổi huyết áp ở các thời điểm trong mổ

Thời điểm	Huyết áp tâm thu		Huyết áp tâm trương		Huyết áp trung bình	
	$\bar{x} \pm SD$	Min-Max	$\bar{x} \pm SD$	Min-Max	$\bar{x} \pm SD$	Min-Max
T0	117,33±13,18	100-150	69,17±12,18	55-100	85,22±11,98	70-116,67
T1	94,33±11,65	70-120	55±10,09	40-80	68,11±10,2	50-93,33
T5	94,43±6,82	80-110	57,93±6,37	50-75	70,1±6,02	60-86,67
T10	101,43±6,87	90-120	62,77±4,91	55-75	75,66±4,42	70-90
T30	106,33±7,3	100-130	64,07±3,39	60-75	78,16±3,6	73,33-90
T60	110,17±9,24	95-135	66,07±4,53	60-75	80,77±4,72	73,33-95
T chuyển khoa	111±8,55	100-130	66,67±5,65	60-80	81,44±6,15	73,33-96,67

Nhận xét:

• Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương ghi nhận thấp nhất vào 2 thời điểm T1, T5 sau tê tủy sống 1 phút, 5 phút lần lượt là 70 mmHg, trung bình 94,33±11,65 mmHg và 40 mmHg, trung bình 55 ± 10,09 mmHg. Huyết áp trung bình cũng ghi nhận thấp nhất tại 2 thời điểm này, với giá trị 50mmHg, trung bình 68,11 ± 10,2 mmHg. Sau xử trí truyền dịch, co mạch, huyết áp dần trở về bình thường.

• Biến đổi các chỉ số sinh tồn trên các sản phụ sau tê tủy sống tại thời điểm T1 (sau gây tê 1 phút) ghi nhận nhịp thở nhanh nhất là 27 chu kỳ/phút. Cũng kể từ thời điểm T1 và T5 (sau gây tê tủy sống 1 phút đến 5 phút), SpO₂ ghi nhận thấp nhất nhưng không có bệnh nhân nào dưới 94%, trong khi tần số tim tăng cao nhất, trung bình 109,83±25,07 ck/phút tại thời điểm T1, tại thời điểm T5 là 98,37±20,4 ck/phút.

Bảng 5: Tổng ephedrine dùng trong mổ

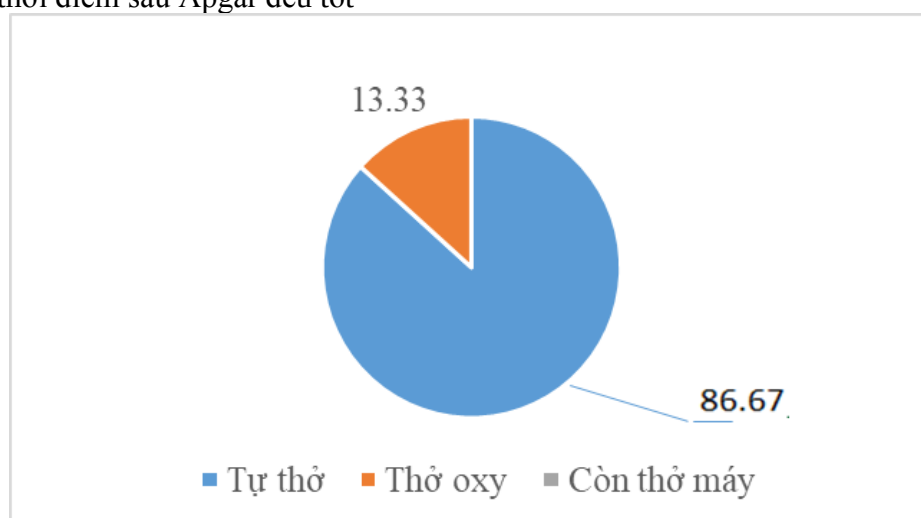
Tổng ephedrine (mg)	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 10	8	26,67
10-20	13	43,33
20-30	5	16,67
>30	4	13,33
Tổng	30	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân đều phải dùng ephedrin khi tê tủy sống, có 4 bệnh nhân dùng hơn 30mg ephedrin huyết áp mới ổn định, huyết động các sản phụ mắc COVID-19 đều dao động trong giới hạn an toàn.

Bảng 6: Apgar sơ sinh phút đầu

Điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
7	2	6,67
8	9	30
9	12	40
10	7	23,33
Tổng	30	100

Nhận xét: Không có sơ sinh nào Apgar dưới 7 điểm, có 2 trẻ sơ sinh Apgar 7 điểm, sau xử trí thì các thời điểm sau Apgar đều tốt

**Biểu đồ 4: Tình trạng bệnh nhân sau mổ**

Nhận xét: Giai đoạn sau phẫu thuật có 26/30 sản phụ tự thở chiếm 86,67%, thở oxy hỗ trợ 4/30 sản phụ, không trường hợp nào phải thở máy.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành khảo sát các đặc điểm lâm sàng trên sản phụ nhiễm COVID-19 có chỉ định mổ lấy thai dưới tê tủy sống và đánh giá sự biến đổi của các chỉ số sinh tồn trong quá trình phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân này tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Chúng tôi tập trung nhận xét, đánh giá về các đặc điểm COVID-19 trên sản phụ và những thay đổi của các chỉ số sinh tồn tại các thời điểm trong mổ. Những sản phụ nặng với ASA cao hơn (IV, V) đều vô cảm bằng phương pháp gây mê nội khí quản,

tương tự nghiên cứu của Derya Karasu và cộng sự với mê NKQ (4,9%), GTTS (95,1%). [2]

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn các đối tượng nghiên cứu đều nằm trong độ tuổi sinh đẻ (trung bình $27,23 \pm 3,66$ tuổi), hầu hết các sản phụ có ASA I (90%) là sản phụ đã tiêm từ 1 mũi vaccin trở lên. Trong đó, có 1 sản phụ có ASA III (3,33%) chưa tiêm mũi vaccin nào tương đương với nghiên cứu của Bookstein Peretz và Dagan [3], [4]. Tại thời điểm trước mổ, các sản phụ tự thở không cần

oxy có 26 sản phụ chiếm 86,67%, thở oxy có 4 sản phụ chiếm 13,33%, không có sản phụ nào thở máy. Tỷ lệ này tương đồng với mức phân độ bệnh covid và mức độ tổn thương phổi của các sản phụ mà chúng tôi thống kê ở trên. Có 8 bệnh nhân không triệu chứng, tương ứng 26,67 %, nhẹ có 60 bệnh nhân chiếm 60%, trung bình có 3 bệnh nhân chiếm 10%, nặng có 1 bệnh nhân chiếm 3,33 % tương tự nghiên cứu của Cleverley và cộng sự [5].

Tất cả các sản phụ trong nhóm nghiên cứu đều được gây tê tủy sống (GTTS) theo một quy trình chuẩn để đảm bảo các tác động của GTTS trên mỗi bệnh nhân là tương đối giống nhau. Sau khi tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện, từ thời điểm T1 (sau gây tê tủy sống 1 phút), huyết áp tâm thu, tâm trương, huyết áp trung bình bắt đầu giảm, thấp nhất lần lượt là $94,33 \pm 11,65$ mmHg, $55 \pm 10,09$ mmHg, $68,11 \pm 10,2$ mmHg, tần số tim bắt đầu tăng, cao nhất tại 2 thời điểm T1 và T5 là $109,83 \pm 25,08$ mmHg và $98,37 \pm 20,4$ mmHg. GTTS làm giảm huyết áp đáng kể ở sản phụ mắc COVID-19 tương đồng với nghiên cứu của Dan Benhamou MD ,Yuan Zhang, Rong Chen và cộng sự [6], [7]. Nghiên cứu của Yuan Zhang thấy rằng tỷ lệ hạ huyết áp sau tê tủy sống mổ lấy thai là 57,4% ở sản phụ mắc covid-19 cao hơn sản phụ không mắc covid-19 (41,9%). Các sản phụ được cho thở oxy 5 lít/phút, theo dõi liên tục SpO2, thấp nhất tại 2 thời điểm sau tê 1 phút và 5 phút, không gặp sản phụ nào có SpO2 dưới 94%. Sau điều chỉnh, huyết động dần ổn định thì SpO2 cũng cải thiện rõ rệt, cao nhất là 100%

có thở oxy. Các chỉ số sinh tồn sau GTTS trên sản phụ covid-19 có xu hướng ổn định dần tương đồng với nghiên cứu của Derya Karasu [2].

Truyền dịch và sử dụng thuốc co mạch đã có hiệu quả dự phòng và điều trị tụt huyết áp do gây tê tủy sống. Liều lượng thuốc ephedrin phụ thuộc vào mức tụt huyết áp. Không có sản phụ nào không dùng đến thuốc co mạch. Tổng liều ephedrin từ 10 đến dưới 30mg chiếm 60%, số ít bệnh nhân cần phải tiêm trên 30mg ephedrin để ổn định huyết áp (chiếm 13,33%). Apgar phút đầu trẻ sơ sinh chủ yếu là 8, 9, 10 điểm chiếm 93,33%. Có 26/30 bệnh nhân (86,67%) tự thở tốt, không cần hỗ trợ hô hấp sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 30 sản phụ mắc COVID-19 được mổ lấy thai dưới gây tê tủy sống cho thấy có 33,33% sản phụ chưa tiêm vaccine, 13,34% sản phụ mới tiêm mũi thứ nhất, tỉ lệ sản phụ không triệu chứng, có triệu chứng nhẹ và trung bình tương ứng là 26,67%; 60% và 10%. 100% sản phụ trong nghiên cứu đều phải dùng ephedrin sau khi tê tủy sống với liều có xu hướng cao hơn so với sản phụ không mắc COVID-19 (60% sản phụ sử dụng từ 10-30 mg ephedrine). GTTS mổ lấy thai an toàn cho cả sản phụ mắc covid 19 và sơ sinh. Sau mổ các sản phụ đều diễn biến ổn định và được xuất viện khi khỏi COVID-19.

Kiến nghị: Phương pháp vô cảm được lựa chọn trên những sản phụ mắc COVID-19 nhưng chưa rối loạn huyết động nên ưu tiên lựa chọn là gây tê tủy sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Conde-Agudelo A. và Romero R. (2022).** SARS-CoV-2 infection during pregnancy and risk of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(1), 68-89.e3.
2. **Karasu D., Kilicarslan N., Ozgunay S.E. và cộng sự. (2021).** Our anesthesia experiences in COVID -19 positive patients delivering by cesarean section: A retrospective single-center cohort study. *J Obstet Gynaecol Res*, 47(8), 2659–2665.
3. **Bookstein Peretz S., Regev N., Novick L. và cộng sự. (2021).** Short-term outcome of pregnant women vaccinated with BNT162B2 mRNA COVID -19 vaccine. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 58(3), 450–456.
4. **Dagan N., Barda N., Biron-Shental T. và cộng sự. (2021).** Effectiveness of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in pregnancy. *Nat Med*, 27(10), 1693–1695.
5. **Cleverley J., Piper J., và Jones M.M. (2020).** The role of chest radiography in confirming covid-19 pneumonia. *BMJ*, m2426.
6. **Benhamou D., Meyer H.K., Morau E. và cộng sự. (2020).** Spinal anesthesia for Cesarean delivery in women with COVID-19 infection: questions regarding the cause of hypotension. *Can J Anesth/J Can Anesth*, 67(8), 1097–1098.
7. **Zhang Y., Chen R., Cao C. và cộng sự. (2021).** The Risk of Neuraxial Anesthesia-Related Hypotension in COVID-19 Parturients Undergoing Cesarean Delivery: A Multicenter, Retrospective, Propensity Score Matched Cohort Study. *Front Med (Lausanne)*, 8, 713733.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SỚM ĐƯỜNG TIÊU HÓA BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thị Mai Hương*, Dương Văn Tân*, Nguyễn Thành Vinh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nội soi cắt hút niêm mạc tiêu hóa là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu để loại bỏ ung thư khỏi đường tiêu hóa của bệnh nhân mà không cần phải cắt bỏ cơ quan có liên quan.

Phương pháp: Mô tả ca lâm sàng

Kết quả: Trường hợp 1 bệnh nhân nam, chẩn đoán polyp trực tràng type 0-Is (phân loại Paris), bệnh nhân sau can thiệp ngày thứ 07 ra viện. Trường hợp thứ 2 bệnh nhân nữ được chẩn đoán polyp manh tràng type 0-IIa+Is (phân loại Paris), bệnh nhân sau can thiệp ngày thứ 04 ra viện. Cả 2 đều ra viện ổn định.

Kết luận: Phương pháp nội soi cắt tách dưới niêm mạc (ESD) có nhiều ưu điểm trong điều trị bệnh lý ung thư sớm đường tiêu hóa.

Từ khóa: nội soi cắt tách dưới niêm mạc (Endoscopic Submucosal Dissection-ESD)

SUMMARY

ASSESSMENT EFFECTIVE EFFECTS OF EARLY TREATMENT OF GASTROINTESTINAL CANCER BY SUBMUCOSAL ABLATION THROUGH ENDOSCOPIC DOUBLE-REMOVAL OF TWO CASES AT THANH NHAN HOSPITAL

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương

Email: nguyenmai.huong.ttnb@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 15/5/2022

Ngày duyệt bài: 29/5/2022

Background: Endoscopic gastrointestinal mucosal resection is a minimally invasive procedure to remove cancer from a patient's gastrointestinal tract without the need to remove the relevant organ.

Subjects and methods: Describe the clinical case.

Results and discussion: Case 1 male patient, diagnosed rectal polyp type 0-Is (Paris classification), the patient was discharged on the 7th day after the intervention. In the second case, a female patient was diagnosed with cecal polyposis type 0-IIa+Is (Paris classification), the patient was discharged on the 4th day after the intervention. Both have been discharged from the hospital.

Conclusion: Endoscopic submucosal dissection (ESD) has many advantages in the treatment of early gastrointestinal cancers.

Keywords: Endoscopic Submucosal Dissection-ESD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý ung thư đường tiêu hóa hiện nay khá phổ biến và có tỷ lệ cao so với các ung thư khác. Các bệnh lý ung thư đường tiêu hóa hay gặp nhất là ung thư dạ dày và ung thư đại trực tràng. Bệnh lý ung thư dạ dày, theo Quách Trọng Đức, tỷ lệ ung thư dạ dày giai đoạn đầu là 4,0% (115/2857)¹. Trên toàn cầu, ung thư đại trực tràng là loại ung thư được chẩn đoán nhiều thứ ba và nguyên nhân phổ biến thứ năm gây tử vong liên quan đến

ung thư. Theo Trần Bình Thắng, năm 2017, tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng ở Việt Nam là 21 người /100.000, với tỷ lệ tử vong là 13,9 người / 100.000².

Tại Hoa Kỳ, ước tính sẽ có 44.180 các chẩn đoán mới về ung thư trực tràng chỉ tính riêng trong năm 2019³. Mặc dù Điều trị tiêu chuẩn cho ung thư đại trực tràng tiến triển theo truyền thống được coi là cắt bỏ trước, các phương thức thay thế ít xâm lấn hơn chẳng hạn như nội soi cắt tách dưới niêm mạc (ESD) đã nổi lên như những phương pháp điều trị hiệu quả để cắt bỏ cục bộ các khối u đại trực tràng giảm tỷ lệ mắc bệnh liên quan so với phẫu thuật truyền thống. So với phẫu thuật thông thường, ESD ít xâm lấn hơn, dẫn đến ít hậu quả hơn giảm đau, phục hồi nhanh hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn và hơn thế nữa nhanh chóng trở lại cuộc sống hàng ngày^{4,5,6}. Trong khi ESD là một kỹ thuật cắt bỏ chuyên biệt cho phép cắt bỏ các tổn thương đại trực tràng bằng phương pháp nội soi, một con dao kim đã sửa đổi để bóc tách dưới niêm mạc. Kỹ thuật ESD được coi là thủ tục xâm lấn tối thiểu để điều trị lành tính u tuyến đại trực tràng. ESD là một thủ thuật phức tạp, bên cạnh những lợi ích thì thủ thuật này có những biến chứng như thủng đường tiêu hóa, chảy máu đường tiêu hóa... Theo Takamaru H, Saito Y, tỷ lệ thủng màng cứng trong ESD đại trực tràng là khoảng

1,4% ~ 10,4%, hoặc 4,2% (3,5 ~ 5,0%) trong một thời gian gần đây^{7,8}. Chảy máu sau ESD là một trong những biến chứng quan trọng, các tỷ lệ chảy máu sau ESD được báo cáo dao động từ 0,6% đến 26,9%^{9,10}. Phần lớn chảy máu xảy ra trong vòng 24 giờ sau thủ thuật^{11,12}.

GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

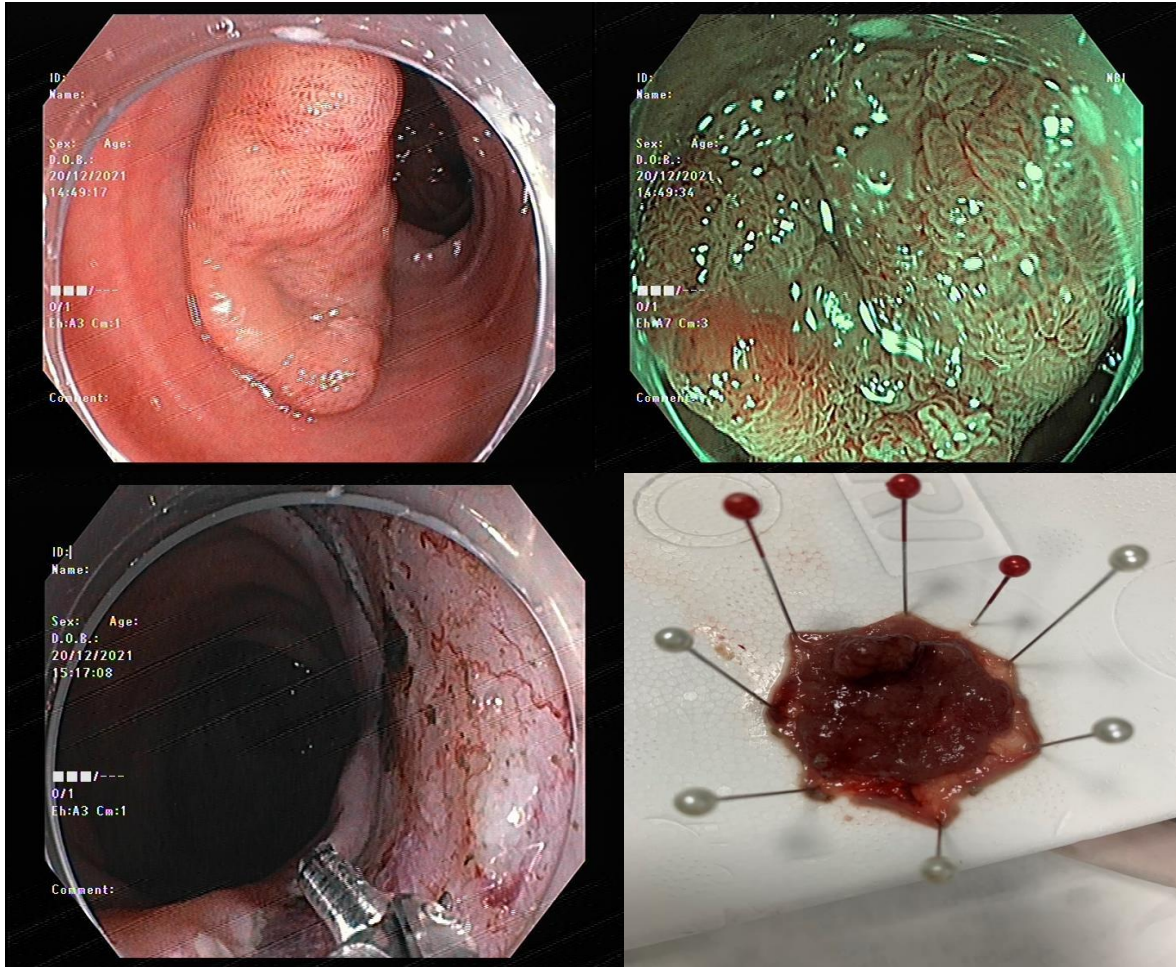
2.1 Trường hợp 1:

Bệnh nhân nam 62 tuổi, số bệnh án 0203. Tiền sử đái tháo đường typ II, tăng huyết áp, điều trị thường xuyên, vào viện ngày 05/12/2021.

Lý do vào viện: bí đái ngày thứ 2.

Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, không sốt, bụng mềm, không chướng, ấn không đau, không rối loạn phân.

Cận lâm sàng: Nội soi đại trực tràng có hình ảnh polyp trực tràng: polyp chân rộng kích thước khoảng 3cm màu giống với niêm mạc nền trên hình ảnh ánh sáng trắng, type 0-Is (phân loại Paris), trên hình ảnh NBI là tổn thương type II (theo phân loại NICE), tiến hành sinh thiết 03 mảnh polyp. Kết quả sinh thiết: u tuyến ống nhú có loạn sản mức độ vừa. Xét nghiệm bạch cầu: 12,86 G/L, hồng cầu: 4,82 T/L, tiểu cầu: 233 G/L, đông máu PT%: 139,8%. Kết quả CT- Scanner và siêu âm ổ bụng không hình ảnh bất thường.



Thủ thuật: Can thiệp ngày 20/12/2021, tiến hành soi đại trực tràng, đánh giá toàn bộ tổn thương dạng polyp chân rộng. Tiến hành tiêm phòng dưới niêm mạc tổn thương bằng dung dịch cao phân tử. Dùng dao Dual-2 mở niêm mạc, cắt vòng xung quanh, cắt xung quanh tổn thương, phẫu tích dưới niêm mạc, bóc tách tổn thương bằng dao Dual- Knife. Lấy toàn bộ tổn thương làm GPB, cầm máu diện cắt bằng kim kẹp cầm máu coagrapser

Can thiệp kéo dài 60 phút. Sau can thiệp bệnh nhân ổn định, cho ăn sau 24h.

Kết quả GPB sau can thiệp: diện cắt bên và dưới không có u, trung tâm polyp: u tuyến ống có loạn sản mức độ vừa.

Theo dõi, bệnh nhân được ra viện sau 07 ngày can thiệp.

2.2 Trường hợp 2: Bệnh nhân nữ 70 tuổi, số bệnh án 9487. Tiền sử chưa phát hiện bất thường, vào viện ngày 05/04/2022.

Lý do vào viện: Kiểm tra sức khỏe.

Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, không sốt, bụng mềm, không chướng, ấn không đau, không rối loạn phân.

Cận lâm sàng: Nội soi đại trực tràng có hình ảnh polyp manh tràng. Hình ảnh polyp manh tràng: polyp chân rộng kích thước khoảng 3cm màu sắc tương đồng niêm mạc nền, bề mặt chia múi thành nhiều polyp nhỏ, cấu trúc tuyến biến đổi ít, type 0-IIa+Is (phân

loại Paris), trên hình ảnh NBI là tổn thương type II (theo phân loại NICE), (tiền hành sinh thiết 03 mảnh polyp). Kết quả sinh thiết: u tuyến ống nhú có loạn sản mức độ thấp. Xét nghiệm bạch cầu: 9,11 G/L, hồng cầu: 5,19 T/L, tiểu cầu: 319 G/L, đông máu PT%: 117,2%. Kết quả CT- Scanner và siêu âm ổ bụng không hình ảnh bất thường.

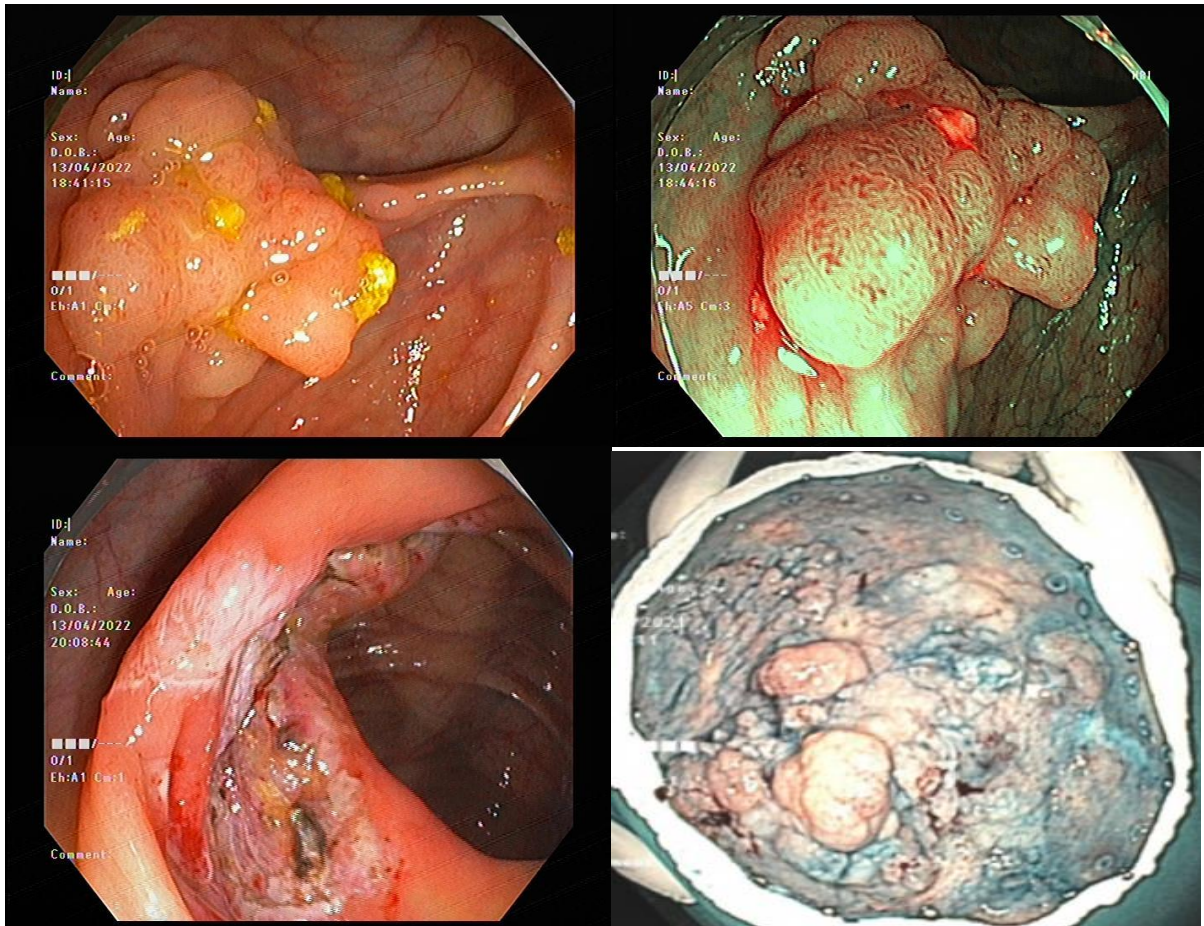
Thủ thuật: Can thiệp ngày 13/04/2022, tiến hành soi đại trực tràng, đánh giá toàn bộ tổn thương dạng polyp chân rộng. Tiến hành tiêm phòng dưới niêm mạc tổn thương bằng dung dịch cao phân tử. Dùng dao Dual-2 mở

niêm mạc, cắt vòng xung quanh, cắt xung quanh tổn thương, phẫu tích dưới niêm mạc, bóc tách tổn thương bằng dao Dual- Knife. Lấy toàn bộ tổn thương làm GPB, cầm máu diện cắt bằng kim kẹp cầm máu.

Can thiệp kéo dài 90 phút. Sau can thiệp bệnh nhân ổn định, cho ăn sau 36h.

Kết quả GPB sau can thiệp: diện cắt bên và dưới không có u, trung tâm polyp: u tuyến ống có loạn sản mức độ thấp.

Theo dõi, bệnh nhân được ra viện sau 04 ngày can thiệp.



III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Chẩn đoán: Ung thư đường tiêu hóa sớm được định nghĩa là tổn thương ung thư ở niêm mạc hoặc dưới niêm mạc thực quản, dạ dày, đại tràng bất kể có hay không sự xuất hiện di căn hạch bạch huyết khu vực (theo Murakami và cộng sự 1962).

+ Lâm sàng: nghèo nàn, ít triệu chứng.

+ Cận lâm sàng: nội soi được coi là tiêu

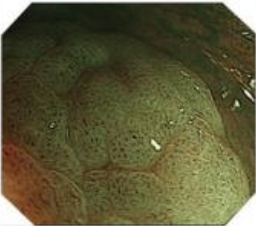
chuẩn vàng trong chẩn đoán ung thư đường tiêu hóa sớm. Trong đó, nội soi ánh sáng trắng là kỹ thuật nội soi phổ biến nhất do kỹ thuật đơn giản và chi phí thấp. Phát hiện và phân loại các polyp theo đặc điểm hình thái (hình dạng, kích thước...) của phân loại Paris (2002).

3.2. Một số phân loại hay dùng:

Bảng 1: Phân loại nội soi đại trực tràng quốc tế (NICE) hình ảnh dải hẹp

	Type 1	Type 2	Type 3
Color	Same or lighter than background	Browner relative to background (verify color arises from vessels)	Brown to dark brown relative to background; sometimes patchy whiter areas
Vessels	None, or isolated lacy vessels might be present coursing across the lesion	Thick brown vessels surrounding white structures [†]	Has area(s) with markedly distorted or missing vessels
Surface pattern	Dark or white spots of uniform size, or homogenous absence of pattern	Oval, tubular or branched white structures [‡] surrounded by brown vessels	Areas of distortion or absence of pattern
Most likely pathology	Hyperplastic	Adenoma [§]	Deep submucosal invasive cancer

Bảng 2: Phân loại nội soi đại trực tràng JNET 2021

NBI	Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3
Vessel Pattern	• Invisible ^{*1}	• Regular caliber • Regular distribution (meshed/spiral pattern) ^{*2}	• Irregular distribution	• Loose vessel areas • Interruption of thick vessels
Surface Pattern	• Regular dark or white spots • Similar to surrounding normal mucosa	• Regular (tubular/branched/papillary)	• Irregular or obscure	• Amorphous areas
Most likely histology	Hyperplastic polyp/ Sessile serrated polyp	Low grade intramucosal neoplasia ^{*4}	High grade intramucosal neoplasia ^{*5} / Superficial submucosal invasive cancer ^{*3}	Deep submucosal invasive cancer
Examples				

3.3. Chỉ định:**3.3.1. Tổn thương thực quản**

- Chỉ định tuyệt đối với tổn thương tân sinh, tổn thương được chẩn đoán ung thư bề mặt thực quản khu trú lớp niêm mạc (cT1a EP/LPM).

- Chỉ định tương đối với tổn thương ung thư thực quản xâm nhập cơ niêm hay bề mặt lớp dưới niêm mạc cT1a MM/ cT1bSM1.

3.3.2. Ung thư dạ dày giai đoạn Ia (cTis, cT1aNoMo): cắt u nội soi**3.3.2.1. Các phương pháp cắt u nội soi**

➤ Cắt niêm mạc nội soi (Endoscopic mucosal resection: EMR)

➤ Cắt dưới niêm mạc nội soi (Endoscopic submucosal dissection: ESD)

3.3.2.2. Chỉ định cắt u qua nội soi

➤ Các khối u có chỉ định tuyệt đối cắt qua nội soi

EMR và ESD được chỉ định cho khối u: thể biệt hóa cao không có loét, chẩn đoán lâm sàng giai đoạn T1a và kích thước dưới 2cm.

➤ Các khối u chỉ định tương đối cắt qua nội soi (chỉ định mở rộng)

- Các khối u rất ít khả năng di căn hạch và không có xâm nhập mạch bạch huyết có thể chỉ định cắt u nội soi. Phương pháp ESD cắt rộng rãi lớp dưới niêm mạc nên hay được dùng hơn EMR.

- Các khối u được chẩn đoán T1a và:

+ Thể mô bệnh học biệt hóa cao, không có loét, kích thước > 2cm

+ Thể mô bệnh học biệt hóa cao, có loét, và đường kính khối u ≤ 3 cm

+ Thể mô bệnh học kém biệt hóa, không có loét, và đường kính khối u ≤ 2 cm

3.3.3. Tổn thương đại trực tràng**3.3.3.1 Các tổn thương khó cắt bỏ toàn bộ tổn thương bằng kỹ thuật cắt hót niêm mạc**

➤ LST - NG, đặc biệt LST - NG giả loét

➤ Tổn thương cho thấy một mô hình lỗ tuyến loại VI.

➤ Ung thư biểu mô với xâm lấn T1-SM1.

➤ Các khối u có vùng lõm tuýp 0-IIc.

➤ Các tổn thương dạng có cuống lớn nghi ngờ là ung thư biểu mô.

3.3.3.2 Các tổn thương có xơ hóa dưới niêm mạc.**3.3.3.3 Các tổn thương ung thư sớm còn lại hay tái phát tại chỗ sau khi cắt bỏ nội soi.****3.4. Chống chỉ định:**

➤ Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp

➤ Tăng huyết áp chưa kiểm soát được

➤ Nghi ngờ thủng tạng rỗng

➤ Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ

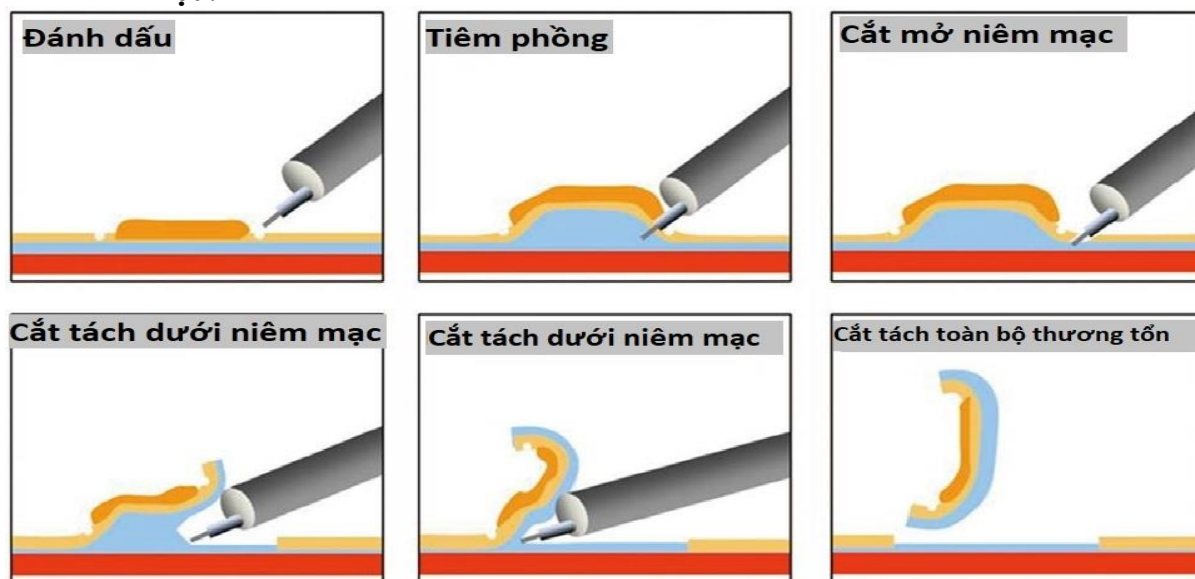
➤ Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp

➤ Người bệnh suy tim nặng

➤ Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác

➤ Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp tâm thu < 90 mmHg

3.4. Kỹ thuật:

Hình minh họa:

➤ Nội soi theo quy trình chuẩn quan sát kỹ tổn thương cần phải cắt hết niêm mạc, xác định ranh giới tổn thương.

- Bắt đầu đánh dấu diện cần cắt tách dưới niêm mạc cách ranh giới tổn thương khoảng 0,5 cm với tổn thương ở dạ dày và thực quản, với đại tràng là không bắt buộc.

- Dùng kim tiêm nội soi, tiêm nâng lớp dưới niêm mạc bằng dung dịch cao phân tử, ưu trương hay đẳng trương có pha với chất chỉ thị màu Indigo Carmin.

- Dùng dao đầu kim (Dual knife) cắt mở niêm mạc một phần để bộc lộ lớp dưới niêm mạc.

- Dùng dao có đầu cách điện (IT knife) cắt mở toàn bộ vùng niêm mạc quanh chu vi tổn thương ngoài vị trí đánh dấu.

- Sau đó tiếp cận ống soi vào lớp dưới niêm mạc bóc tách lớp dưới niêm mạc lấy toàn bộ tổn thương thành một khối.

- Lấy tổn thương để cố định bệnh phẩm.

- Kiểm tra lại diện cắt, cầm máu bằng kim kẹp chuyên dụng hoặc clip nếu cần thiết

➤ Theo dõi toàn trạng người bệnh trong toàn bộ quá trình làm thủ thuật.

➤ Sau khi kết thúc thủ thuật, đánh và in kết quả, ghi hồ sơ, cho thuốc điều trị sau can thiệp.

➤ Bệnh nhân phải nằm viện theo dõi sau can thiệp từ 1-7 ngày tùy từng bệnh nhân.

➤ Dẫn dò bệnh nhân theo dõi các triệu chứng sau can thiệp: đau bụng, buồn nôn, nôn máu, đại tiện phân máu, ...

➤ Hướng dẫn bệnh nhân chế độ ăn uống sau can thiệp

➤ Thăm khám bệnh nhân hàng ngày

➤ Hướng dẫn người bệnh, bổ sung thêm phiếu xét nghiệm, sinh thiết nếu cần.

➤ Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.

➤ Chuyển mảnh bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh đánh giá toàn bộ tổn thương về: phân typ giải phẫu bệnh, diện cắt đáy, diện cắt bên.

➤ Hội chẩn liên khoa sau khi có kết quả giải phẫu bệnh khi cần thiết.

3.5. Bàn luận

Qua 2 ca bệnh lâm sàng, chúng ta bàn luận về 1 số vấn đề sau:

- Tuổi: Hai trường hợp bệnh đều >60 tuổi, đây là độ tuổi có nguy cơ mắc ung thư dạ dày đại tràng cao (Theo Phạm Thị Hoàng Anh điều tra tỷ lệ mắc ung thư của dân số Hà Nội năm 1988-1990, tỷ lệ mắc ung thư dạ dày với nhóm bệnh nhân

> 55 tuổi là 65,48% (148/226) với nam giới và 66,67% (76/114) với nữ giới, lần lượt với ung thư đại tràng là 59,45% (22/37) với nam và 50% (17/34)¹⁴.

- Giới: Hai trường hợp là 1 nam 1 nữ. (Tỷ lệ ung thư dạ dày nam/nữ là 1,98 lần (226/114), và đại tràng là 1,08 lần (37/34)¹⁴.

- Lâm sàng:

Cả 2 bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng, phát hiện tổn thương tình cờ qua nội soi chẩn đoán. Bệnh nhân thứ nhất vào viện vì bí đại, bệnh nhân thứ hai vào viện vì kiểm tra sức khỏe, nội soi tình cờ phát hiện tổn thương.

- Xét nghiệm:

Xét nghiệm máu cả hai bệnh nhân trong giới hạn bình thường.

- Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm và chụp CT-Scanner ổ bụng không thấy tổn thương di căn hay thứ phát.

- Nội soi đại trực tràng chẩn đoán: Cả hai trường hợp đều được chẩn đoán dựa vào kết quả nội soi đại trực tràng toàn bộ và sinh thiết. Như vậy nội soi có giá trị chẩn đoán tốt nhất trong trường hợp phát hiện tổn thương sớm đường tiêu hóa.

- Quá trình can thiệp:

Trường hợp thứ nhất: Can thiệp thuận lợi, thời gian can thiệp ngắn, do tổn thương tại vị trí trực tràng, khoảng cách với hậu môn ngắn, đoạn trực tràng ít di động.

Trường hợp thứ hai: Can thiệp có nhiều khó khăn do vị trí tổn thương xa hậu môn (vị trí manh tràng), tổn thương sát van Bauhin, niêm mạc mỏng, tổn thương chân rộng, độ xâm lấn cao hơn.

- Biến chứng và theo dõi sau mổ: Hai trường hợp đều được theo dõi biến chứng trong 24h đầu, ăn uống sau 24h và 36h, và đều không có biến chứng nghiêm trọng.

- Tái phát:

Trường hợp thứ nhất: Ra viện sau 07 ngày, bệnh nhân không còn biểu hiện đau bụng.

Trường hợp thứ hai: Ra viện sau 04 ngày, bệnh nhân không có biểu hiện đau tức bụng hay chướng bụng.

Hai trường hợp đều ra viện ổn định, nhưng thời gian nằm viện lâu so với Bệnh viện K3.

V. KẾT LUẬN

Qua 02 trường hợp can thiệp cắt tách niêm mạc qua nội soi (ESD) tại Bệnh viện Thanh Nhàn chúng tôi thấy rằng ESD là thủ thuật đạt hiệu quả cao trong việc điều trị tổn thương ung thư sớm đường tiêu hóa. Đây là một phương pháp hiện đại, ít xâm lấn giúp bệnh nhân tránh được một cuộc mổ lớn, giảm thời gian nằm viện và giảm chi phí điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quach, D. T., Ho, Q.-D. D., Vu, K. V., Vu, K. T., Tran, H. V., Le, N. Q., ... Duong, H. M. (2020). Improving Efficacy of Endoscopic

- Diagnosis of Early Gastric Cancer: Gaps to Overcome from the Real-World Practice in Vietnam. *BioMed Research International*, 2020, 1–7. doi:10.1155/2020/7239075.
2. **Tran, B. T., Pham, N. H., Nguyen, T. X., Choi, K. S., Sohn, D. K., Kim, S.-Y., ... Oh, J.-K. (2020).** Measurement of Health-Related Quality of Life Among Colorectal Cancer Patients Using the Vietnamese Value Set of the EQ-5D-5L. *Patient Preference and Adherence*, Volume 14, 2427–2437. doi:10.2147/ppa.s281500.
3. **McCarty, T. R., Bazarbashi, A. N., Hathorn, K. E., Thompson, C. C., & Aihara, H. (2019).** Endoscopic submucosal dissection (ESD) versus transanal endoscopic microsurgery (TEM) for treatment of rectal tumors: a comparative systematic review and meta-analysis. *Surgical Endoscopy*. doi:10.1007/s00464-019-06945-1.
4. **Park SU, Min YW, Shin JU et al (2012)** Endoscopic submucosal dissection or transanal endoscopic microsurgery for nonpolypoid rectal high grade dysplasia and submucosa-invading rectal cancer. *Endoscopy* 44:1031–1036.
5. **Park HW, Byeon JS, Park YS et al (2010)** Endoscopic submucosal dissection for treatment of rectal carcinoid tumors. *Gastrointest Endosc* 72:143–149.
6. **Nam MJ, Sohn DK, Hong CW et al (2015)** Cost comparison between endoscopic submucosal dissection and transanal endoscopic microsurgery for the treatment of rectal tumors. *Ann Surg Treat Res* 89:202–207.
7. **Takamaru H, Saito Y, Yamada M et al.** Clinical impact of endoscopic clip closure of perforations during endoscopic submucosal dissection for colorectal tumors. *Gastrointest Endosc*, 84(3), 494-502.e491 (2016).
8. **Saito Y, Fukuzawa M, Matsuda T et al.** Clinical outcome of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection of large colorectal tumors as determined by curative resection. *Surgical endoscopy*, 24(2), 343-352 (2010).
9. **S. Ono, M. Kato, Y. Ono, et al.,** Effects of preoperative administration of omeprazole on bleeding after endoscopic submucosal dissection: a prospective randomized controlled trial, *Endoscopy* 41 (2009) 299–303.
10. **I. Oda, H. Suzuki, S. Nonaka, S. Yoshinaga,** Complications of gastric endoscopic submucosal dissection, *Dig. Endosc.* (25 Suppl 1) (2013) 71–78.
11. **K. Mannen, S. Tsunada, M. Hara, et al.,** Risk factors for complications of endoscopic submucosal dissection in gastric tumors: analysis of 478 lesions, *J. Gastroenterol.* 45 (2010) 30–36.
12. **D. Libanio, M.N. Costa, P. Pimentel-Nunes, M. Dinis-Ribeiro,** Risk factors for bleeding after gastric endoscopic submucosal dissection: a systematic review and meta-analysis, *Gastrointest. Endosc.* 84 (2016) 572–586.
13. **Anh, P. T. H., Parkin, D., Hanh, N. T., & Duc, N. B. (1993).** Cancer in the population of Hanoi, Vietnam, 1988-1990. *British Journal of Cancer*, 68(6), 1236–1242.