

3. **Eiman S Marzouk và Hassan E Kassem** (2018), "Long-term stability of soft tissue changes in anterior open bite adults treated with zygomatic miniplate-anchored maxillary posterior intrusion", *The Angle Orthodontist*, 88(2), tr. 163-170.
4. **Burçin Akan, Beyza Karadede Ünal, Ahmet Oğuz Şahan và các cộng sự.** (2020), "Evaluation of anterior open bite correction in patients treated with maxillary posterior segment intrusion using zygomatic anchorage", *American Journal of Orthodontics Dentofacial Orthopedics*, 158(4), tr. 547-554.
5. **Eiman S Marzouk và Hassan E Kassem** (2016), "Evaluation of long-term stability of skeletal anterior open bite correction in adults treated with maxillary posterior segment intrusion using zygomatic miniplates", *American Journal of Orthodontics Dentofacial Orthopedics*, 150(1), tr. 78-88.
6. **Eiman S Marzouk, Essam Mohamed Abdallah và WA El-Kenany** (2015), "Molar Intrusion in Open-bite Adults Using Zygomatic Miniplates", *IJO*, 26(2).

## KHẢO SÁT TỈ LỆ VÀ ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN CẤP THEO TIÊU CHUẨN RIFLE Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Lê Văn Quý<sup>1</sup>, Phạm Thái Dũng<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hiền<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ, đặc điểm tổn thương thận cấp theo tiêu chuẩn RIFLE ở người bệnh viêm tụy cấp tại khoa Hồi sức tích cực chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang thực hiện sử dụng số liệu theo dõi qua các thời điểm nghiên cứu trên 90 bệnh nhân viêm tụy cấp đủ tiêu chuẩn tham gia. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân  $50,90 \pm 12,22$ , tỷ lệ nam giới là 82,22%, bệnh nhân chủ yếu có tiền sử viêm tụy 42,22%. Có 25,56% đặc điểm tổn thương thận cấp theo tiêu chí giảm mức lọc cầu thận. Theo phân loại RIFLE hầu hết bệnh nhân có tổn thương ở mức I 16,67%. Không có trường hợp nào đặc điểm tổn thương thận cấp ở mức L và mức E. Tại thời điểm nhập viện, Tổn thương trên cắt lớp vi tính chủ yếu là Balthazar D (51,11%), đặc điểm tổn thương thận cấp mức R (12,22%). **Kết luận:** Tỉ lệ đặc điểm tổn thương thận cấp ở bệnh nhân viêm tụy cấp là 25,56%, Thời gian có tỉ lệ đặc điểm tổn thương thận cấp lớn nhất là thời điểm 24h sau nhập viện. Bệnh nhân có đặc điểm tổn thương thận cấp đa số ở mức I (16,67%).

**Từ khóa:** tổn thương thận cấp, RIFLE, viêm tụy cấp, mức lọc cầu thận, Hồi sức tích cực

### SUMMARY

#### RATE AND CHARACTERISTICS OF ACUTE KIDNEY INJURY ACCORDING TO RIFLE CRITERIA IN PATIENTS WITH ACUTE

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

<sup>2</sup>Học viện quân Y

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Quý

Email: lequy1091991@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 6.12.2022

Ngày duyệt bài: 20.12.2022

### PANCREATITIS TREATED AT THE INTENSIVE CARE UNIT, PHU THO PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

**Objectives:** To determine the rate and characteristics of acute kidney injury according to RIFLE criteria in patients with acute pancreatitis at the Intensive Care Unit, Phu Tho Provincial General Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional description was performed on 90 patients with acute pancreatitis. **Results:** The average age of the patients was  $50.90 \pm 12.22$ , the proportion of men was 82.22%, 42.22% had a history of pancreatitis. There are 25.56% characteristics of acute kidney injury according to the criteria of reduced glomerular filtration rate. According to the RIFLE classification, most patients had lesions at grade I 16.67%. There were no cases characterized by acute kidney injury at level L and level E. At the time of admission, the lesion on computed was mainly Balthazar D (51.11%), characteristics of acute kidney injury R (12.22%). **Conclusion:** The rate of acute kidney injury in patients with acute pancreatitis was 25.56%. The time with the highest rate of acute kidney injury was 24 hours after admission. The majority of patients with acute kidney injury were grade I (16.67%).

**Keywords:** Acute kidney injury, RIFLE, acute pancreatitis, glomerular filtration rate, Intensive Care Unit.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là tổn thương viêm nhu mô tuyến tụy cấp tính từ nhẹ đến nặng và có thể gây tử vong, việc chẩn đoán VTC không khó, tuy nhiên việc dự đoán tiến triển cũng như kết cục hiện nay vẫn còn nhiều thách thức [1]. Tổn thương thận cấp (TTTC) là một hội chứng biểu hiện bằng sự suy giảm nhanh chóng độ lọc cầu thận trong vài giờ hay vài ngày gây hậu quả là sự rối loạn thể tích dịch ngoại bào; rối loạn điện

giải kiềm toan và cân bằng nội mô [2] là bệnh cảnh hết sức nặng nề, nguy cơ tử vong cao [3]. Ở Việt Nam cũng như thế giới, các nghiên cứu về TTTC ở bệnh nhân viêm tụy cấp cho thấy tỉ lệ tổn thương thận dao động từ 20-30%. Hiện nay, nhờ những ứng dụng khoa học kỹ thuật hiện đại trong lĩnh vực điều trị như lọc máu liên tục, cũng như thống nhất được những chỉ định về điều trị nội khoa, ngoại khoa đã hạn chế được nhiều biến chứng và giảm tỷ lệ tử vong của VTC. Tuy nhiên vẫn còn một tỉ lệ không nhỏ những bệnh nhân VTC có TTTC, dẫn đến tăng nguy cơ tử vong, cũng như tăng gánh nặng điều trị. Vì vậy, việc xác định sớm các yếu tố nguy cơ TTTC ở bệnh nhân viêm tụy cấp là rất quan trọng, giúp có chiến lược điều trị phù hợp làm giảm tỉ lệ tử vong, cũng như giảm chi phí điều trị. Phú Thọ là tỉnh miền núi phía Bắc với nhiều đặc thù dân cư, mạng lưới y tế còn nhiều hạn chế... Hằng năm, bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ tiếp nhận và điều trị nhiều bệnh nhân VTC với các mức độ từ nhẹ đến nặng khác nhau. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục đích: "Xác định tỉ lệ, đặc điểm TTTC theo tiêu chuẩn RIFLE ở người bệnh viêm tụy cấp tại khoa Hồi sức tích cực chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ"

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

**Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

Bệnh nhân được chẩn đoán VTC điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 9/2021 đến 07/2022.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Người bệnh từ 18 tuổi trở lên đồng ý tham gia nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán VTC (tiêu chuẩn Atlanta 2012) [4] đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn từ trước, Bệnh nhân đã được sử dụng các thuốc lợi tiểu trước đó.

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

**Phương pháp thu thập số liệu:** Những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu được khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cận lâm sàng tại các thời điểm nghiên cứu: T0: Thời điểm nhập viện; Thời điểm T1: 24h sau nhập viện; Thời điểm T2: 48h sau nhập viện; Thời điểm T3: 72h sau nhập viện; Thời điểm T4: 7 ngày sau nhập viện.

**Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, bệnh lý nền, kết quả điều trị. Xác định tỉ lệ, đặc điểm TTTC theo tiêu chuẩn RIFLE của người bệnh VTC: tỷ lệ tổn thương thận cấp, phân loại TTTC,

đánh giá tình trạng TTTC theo thời gian. Đánh giá TTTC theo tiêu chuẩn RIFLE [5]: Tăng Creatinin máu  $\geq 0,3\text{mg/dl}$  ( $\geq 26,5\text{mcmol/L}$ ) trong vòng 48 giờ; hoặc giảm mức lọc cầu thận  $> 25\%$  so với mức nền của bệnh nhân; hoặc thể tích nước tiểu  $< 0,5 \text{ ml/kg/giờ}$  trong 6 giờ.

**Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

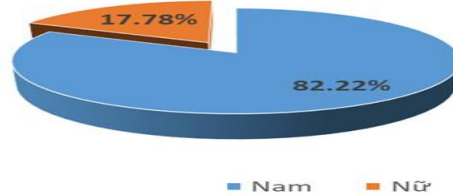
Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 09/2021 đến tháng 07/2022, có 90 bệnh nhân được chẩn đoán VTC điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện đa khoa Tỉnh Phú Thọ đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu**

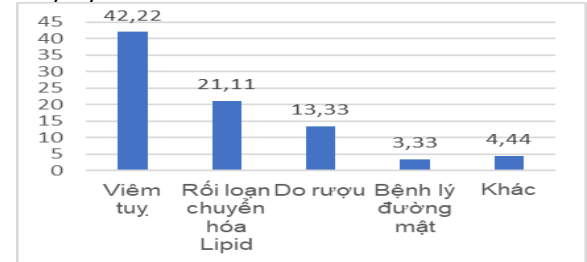
Đặc điểm		n=90	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	$\leq 40$	19	21,11
	41-59	46	51,11
	$\geq 60$	25	27,78
<b>Min – Max</b>		<b>23-77</b>	
<b>X <math>\pm</math> SD</b>		<b>50,90 <math>\pm</math> 12,22</b>	

**Nhận xét:** Dựa vào bảng 1 chúng tôi nhận thấy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 50,90  $\pm$  12,22 tuổi. Tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu dao động từ 23 đến 77 tuổi. Trong đó nhóm tuổi chiếm tỉ lệ VTC cao nhất là nhóm 41-59 tuổi chiếm 51,11%. Tiếp đến là nhóm tuổi già ( $> 60$  tuổi) chiếm 27,78%, thấp nhất là nhóm  $\leq 40$  tuổi chiếm 21,11%.



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ nam/nữ**

**Nhận xét:** Dựa vào biểu đồ 3.1 chúng tôi nhận thấy số bệnh nhân VTC là nam nhiều hơn nữ với tỉ lệ Nam/Nữ trong đối tượng nghiên cứu là 4,56/1.



**Biểu đồ 2. Bệnh nền của đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Dựa vào biểu đồ 3.2 chúng tôi nhận thấy đối tượng nghiên cứu có tiền sử bị VTC là nhiều nhất với tỉ lệ 42,22%, tiếp đó là tiền sử các bệnh lý rối loạn chuyển hoá lipid 21,11%, thấp nhất là tiền sử liên quan đến các bệnh lý đường mật với 3,33%.

**Bảng 2. Đặc điểm tổn thương tụy trên cắt lớp vi tính thời điểm nhập viện**

Phân loại tổn thương theo Balthazar	Số lượng	Tỷ lệ
Balthazar A	0	0
Balthazar B	9	10,0
Balthazar C	25	27,78
Balthazar D	46	51,11
Balthazar E	10	11,11
<b>Tổng</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Dựa vào bảng 3.2 chúng tôi nhận thấy tại thời điểm nhập viện bệnh nhân có tổn thương tụy trên cắt lớp vi tính mức Balthazar D chiếm tỉ lệ cao nhất là 51,11%, tiếp đến là tổn thương tụy mức Balthazar C chiếm 27,78%, tổn thương tụy mức độ Balthazar B và Balthazar E lần lượt là 10,0 và 11,11%, không có bệnh nhân nào tổn thương Balthazar A

**Bảng 3. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Tình trạng bệnh nhân	Sống	85	94,44
	Tử vong	5	5,56
Thời điểm tử vong	< 7 ngày	1	20,0
	≥7 ngày	4	80,0

**Nhận xét:** Dựa vào bảng 3.3 chúng tôi nhận thấy 5/90 trường hợp tử vong trong suốt quá trình nghiên cứu (bao gồm cả tử vong tại viện và trường hợp bệnh nhân nặng gia đình xin vè) chiếm 5,56%. Trong số bệnh nhân tử vong

**Bảng 6. Tỷ lệ TTTC theo thời gian**

	Vào viện (n=90)		24 giờ (n=90)		48 giờ (n=90)		72 giờ (n=90)		7 ngày (n=90)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	<b>R</b>	11	12,22	7	7,77	6	6,66	6	6,66	5
<b>I</b>	2	2,22	15	16,66	9	10	7	7,77	0	0
<b>F</b>	0	0	0	0	0	0	1	1,11	1	1,11
<b>L</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>E</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Tổng</b>	<b>13</b>	<b>14,44</b>	<b>22</b>	<b>24,43</b>	<b>15</b>	<b>16,66</b>	<b>14</b>	<b>15,54</b>	<b>6</b>	<b>6,66</b>

**Nhận xét:** Tại thời điểm nhập viện có 13 bệnh nhân có TTTC, trong chủ yếu mức R 11 trường hợp (12,22%). Tỷ lệ TTTC chiếm tỷ lệ cao nhất ở thời điểm 24h sau nhập viện với 22 trường hợp (24,43%). Tại thời điểm này TTTC ở mức độ I là chủ yếu (16,66%). Tại thời điểm 72h có 01 trường hợp tử tổn thương R lúc vào viện

này, có 1 trường hợp (chiếm 20%) tử vong trong 7 ngày đầu theo dõi, 4/5 trường hợp (chiếm 80,0%) tử vong trong thời gian ≥ 7 ngày theo dõi.

**Bảng 4. Đặc điểm tỷ lệ TTTC dựa vào giảm mức lọc cầu thận theo thời gian**

Thời điểm phát hiện	Tính theo mức giảm MLCT (n=90)	
	n	%
Vào viện	13	14,44
24 giờ	10	11,12
48 giờ	0	0
72 giờ	0	0
<b>Tổng</b>	<b>23</b>	<b>25,56</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân TTTC cao nhất khi nhập viện chiếm tỷ lệ 14,44%. Theo dõi đến 24 giờ tỷ lệ TTTC mới xuất hiện thêm là 10 trường hợp chiếm tỷ lệ 11,12%. Theo dõi đến 48h và 72h không thấy có tổn thương thận mới. Theo dõi trong 3 ngày kể từ khi nhập viện có 25,56% TTTC theo tiêu chí giảm mức lọc cầu thận.

**Bảng 5. Phân loại TTTC theo RIFLE**

Mức độ tổn thương thận cấp	Tính theo mức giảm MLCT (n)	
	n=90	%
Risk (Nguy cơ)	7	7,78
Injury (Tổn thương)	15	16,67
Failure (Suy thận)	1	1,11
Lost (Mất chức năng)	0	0
End stage (Giai đoạn cuối)	0	0
<b>Tổng</b>	<b>23</b>	<b>25,56</b>

**Nhận xét:** Trong số 23 bệnh nhân xuất hiện TTTC sau nhập viện tính theo tiêu chí giảm mức lọc cầu thận, hầu hết bệnh nhân có tổn thương ở mức I 16,67%. Không có trường hợp nào TTTC ở mức L và mức E (giai đoạn cuối).

tiến triển nặng thành tổn thương F chiếm 1,11% và tổn thương này tồn tại đến 7 ngày. Trong nghiên cứu không có trường hợp nào tổn thương ở mức L, E.

**IV. BÀN LUẬN**

**Đặc điểm chung ĐTNC.** Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 50,90 ± 12,22

tuổi. Lứa tuổi tập trung chủ yếu từ 41 - 59 tuổi chiếm 51,11%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Việt Hải độ tuổi trung bình  $46,5 \pm 11,1$  chủ yếu ở độ tuổi 30-50 tuổi. Nghiên cứu Lê Thị Diễm Tuyết nghiên cứu bệnh nhân suy thận cấp ở khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai có độ tuổi  $51,2 \pm 18,8$  [6]. Điều này có thể giải thích lứa tuổi lao động, sinh hoạt, hoạt động nhiều, uống rượu nhiều, nguy cơ mắc VTC và STC cao hơn các nhóm tuổi khác. Bệnh nhân là nam giới chiếm 82,22%, nữ giới chiếm 17,78% tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Điều này có thể giải thích do thói quen sinh hoạt, ăn uống của người Việt Nam, nam giới ở lứa tuổi lao động thường uống rượu, chế độ ăn uống không hợp lý dẫn đến VTC và TTTC cao. Từ bảng 2, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân nhập viện xuất hiện gần như tất cả các hình thái viêm tụy trên CT Scanner trừ Balthazar A, trong đó hình thái Balthazar D chiếm tỉ lệ cao nhất với 51,11%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có đôi chút khác biệt so với tác giả Đào Xuân Cơ khi nghiên cứu của tác giả này, tỷ lệ VTC Balthazar E có tỷ lệ cao nhất. Kết quả này có thể lý giải được là do hiện nay phương tiện chụp CT Scanner rất hiện đại, do đó đưa ra hình ảnh rõ ràng. Ngoài ra, nhiều trường hợp bệnh nhân viêm tụy đến viện muộn nên tình trạng tổn thương tụy rõ ràng, nặng trên CT Scanner; đồng thời tác giả nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện tuyến cuối, thường là những bệnh nhân nặng đã được điều trị ở tuyến dưới nhưng không hiệu quả.

**Đặc điểm TTTC theo RIFLE.** Theo kết quả bảng 6, Tỷ lệ bệnh nhân TTTC cao nhất khi nhập viện là 14,44%. Theo dõi đến 24 giờ, tỷ lệ TTTC mới xuất hiện thêm là 11,12%. Theo dõi đến 48h và 72h không thấy có tổn thương thận mới. Theo dõi trong 3 ngày kể từ khi nhập viện có 25,56% có TTTC. Trong số 23 bệnh nhân xuất hiện TTTC sau nhập viện tính theo tiêu chí giảm mức lọc cầu thận, hầu hết bệnh nhân có tổn thương ở mức I 16,67%. Không có trường hợp nào TTTC ở mức L và mức E (giai đoạn cuối). Theo nghiên cứu của Li và cộng sự năm 2010 tỷ lệ TTTC là 66,6%. Nghiên cứu của Lin và cộng sự tại Đài Loan năm 2011 tỷ lệ TTTC là 23,8%. Nghiên cứu của Zhoue tại Trung Quốc năm 2015 tỷ lệ TTTC là 44,9%. Tại thời điểm nhập viện có 13 bệnh nhân có TTTC, trong chủ yếu mức R (12,22%). Tỷ lệ TTTC chiếm tỷ lệ cao nhất ở thời điểm 24h sau nhập viện (24,43%). Tại thời điểm này TTTC ở mức độ I là chủ yếu (16,66%). Tại thời điểm 72h có 01 trường hợp từ tổn thương R lúc vào viện tiến triển nặng thành tổn thương F

chiếm 1,11% và tổn thương này tồn tại đến 7 ngày. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hải khi TTTC ở bệnh nhân VTC chủ yếu gặp ở giai đoạn đầu mới vào viện, sau đó giảm dần theo thời gian. So sánh với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, chúng tôi cũng nhận thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Hao Li [7] và tác giả Qunibi [3] khi TTTC chủ yếu gặp ở giai đoạn đầu mới nhập viện, sau đó giảm dần theo thời gian cả về số lượng cũng như mức độ. Có sự khác nhau về tỷ lệ TTTC trong các nghiên cứu trong ngoài nước vì tỷ lệ mắc được báo cáo phụ thuộc cả vào dân số được nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán được sử dụng (RIFLE, AKIN, hoặc AKI-KDIGO). Một số nghiên cứu bao gồm trên bệnh nhân hồi sức nhằm đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu của các cách phân loại TTTC theo RIFLE và AKIN. Các tác giả nhận thấy AKIN có thể cải thiện độ nhạy trong chẩn đoán TTTC nhưng không cải thiện dự đoán tỷ lệ tử vong bệnh viện của bệnh nhân nặng. Theo phân độ RIFLE, tỉ lệ tử vong cao hơn đáng kể đối với TTTC được xác định bởi RIFLE; tác giả Bagshaw S.M và cộng sự nghiên cứu ở 57 khoa hồi sức trong 6 năm với 120.123 bệnh nhân [8]. Khi so sánh hiệu quả RIFLE và AKIN về chẩn đoán, phân loại của TTTC và tử vong bệnh viện, tác giả nhận thấy AKIN tăng nhẹ số lượng bệnh nhân độ 1 nhưng giảm bệnh nhân độ 2 so với RIFLE. So với các tiêu chí của phân loại theo RIFLE thì phân loại theo AKIN không cải thiện độ nhạy, khả năng tiên lượng và phân loại TTTC trong 24 giờ nhập hồi sức. Các nghiên cứu về tình trạng TTTC ở bệnh nhân đa chấn thương thường sử dụng tiêu chuẩn RIFLE để phân loại tổn thương thận cấp; đồng thời cải thiện dự đoán về tỷ lệ tử vong trong bệnh viện của những bệnh nhân nặng, 1 tỷ lệ khá cao ở những bệnh nhân đa chấn thương.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ TTTC ở bệnh nhân VTC là 25,56%, Thời gian có tỷ lệ TTTC lớn nhất là thời điểm 24h sau nhập viện. Bệnh nhân có TTTC đa số ở mức I (16,67%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F. Bazerbachi, S. Haffar, M. T. Hussain, et al.** (2018). Systematic review of acute pancreatitis associated with interferon- $\alpha$  or pegylated interferon- $\alpha$ : Possible or definitive causation? *Pancreatology*, 18(7), 691-699.
2. **Trần Vĩnh Hưng** (2017). Hướng Dẫn Chẩn đoán và điều trị - quy trình kỹ thuật. Bệnh viện Bình Dân, thành phố Hồ Chí Minh.

3. **T. I. Nassar, W. Y. Qunibi** (2019). AKI Associated with Acute Pancreatitis. Clin J Am Soc Nephrol, 14(7), 1106-1115.
4. **P. A. Banks, T. L. Bollen, C. Dervenis, et al.** (2013). Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut, 62(1), 102-11.
5. **R. Bellomo, C. Ronco, J. A. Kellum, et al.** (2004). Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Crit Care, 8(4), R204-12.
6. **Lê Thị Diễm Tuyết** (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị suy thận cấp tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai, Hồ sức cấp cứu, Đại học Y Hà Nội.
7. **H. Li, Z. Qian, Z. Liu, et al.** (2010). Risk factors and outcome of acute renal failure in patients with severe acute pancreatitis. J Crit Care, 25(2), 225-9.
8. **S. M. Bagshaw, C. George, I. Dinu, et al.** (2008). A multi-centre evaluation of the RIFLE criteria for early acute kidney injury in critically ill patients. Nephrol Dial Transplant, 23(4), 1203-10.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH, VÀ MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ HÀM MẶT ĐƯỢC CẮT BỎ TỔN THƯƠNG PHỨC HỢP MIỆNG-HÀM DƯỚI

Lại Bình Nguyên<sup>1</sup>, Nguyễn Tài Sơn<sup>2</sup>, Nguyễn Quang Đức<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân được cắt bỏ tổn thương phức hợp miệng-hàm dưới do ung thư. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 63 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư vùng hàm mặt được phẫu thuật cắt bỏ phức hợp xương hàm dưới tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 5/2014 đến tháng 7/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 54,05 ± 13,14 (thay đổi từ 19 đến 84), tỉ lệ nam/nữ = 2/1. Thời gian mắc bệnh trung bình là 4,44 ± 5,49 tháng (thay đổi từ 2 tuần đến 30 tháng). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là khối u (60,3%), sưng loét (69,8%), đau (65,1%), dễ chảy máu (33,3%), răng lung lay (22,2%), và hạch cổ (19,0%). Phần lớn tổn thương nằm ở vùng lợi hàm dưới (39,7%), sàn miệng (27,0%) và xương hàm dưới (17,5%). 96,8% bệnh nhân có tổn thương xương hàm dưới tương ứng với vị trí ung thư trên chẩn đoán hình ảnh. Kết quả mô bệnh học cho thấy hầu hết tổn thương là ung thư biểu mô tế bào vảy (81,0%). Phần lớn ung thư ở giai đoạn IV (74,6%). **Kết luận:** Các triệu chứng của ung thư vùng hàm mặt dễ bị nhầm lẫn với nhiều bệnh lành tính, do đó bệnh nhân cần được thăm khám kĩ lưỡng và chỉ định cận lâm sàng phù hợp để chẩn đoán bệnh sớm, giảm thiểu tổn thương các cấu trúc xung quanh do cắt khối u phát triển và xâm lấn.

### SUMMARY

<sup>1</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội  
<sup>2</sup>Viện Nghiên cứu Khoa học Y dược Lâm sàng 108  
<sup>3</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108  
Chịu trách nhiệm chính: Lại Bình Nguyên  
Email: drnguyen78@gmail.com  
Ngày nhận bài: 11.10.2022  
Ngày phản biện khoa học: 6.12.2022  
Ngày duyệt bài: 16.12.2022

### CLINICAL, RADIOLOGICAL, PATHOLOGICAL, AND DEFECT CHARACTERISTICS OF PATIENTS AFTER OROMANDIBULAR RESECTION DUE TO CANCER

**Objective:** This paper aims to describe clinical, radiological, pathological, and defect features of patients after composite oromandibular resection due to cancer. **Methods:** The study was conducted in 63 patients were diagnosed with maxillofacial cancer and had oromandibular resected in Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Hanoi National Hospital of Odonto – Stomatology from May 2014 to July 2021. **Results:** The mean age was 54.05 ± 13.14 years (range, 19-84 years), male/female ratio was 2/1. The mean of time to presentation was 4.44 ± 5.49 months (range, 2 weeks to 30 months). The most common clinical symptoms were tumor (60.3%), ulceration (69.8%), pain (65.1%), bleeding (33.3%), loose teeth (22.2%), and neck nodes (19.0%). Most of tumors were located on lower gum (39.7%), floor of mouth (27.0%) and mandible (17.5%). 96.8% of patients had mandibular invasion on radiological methods. Pathological results showed most of them were squamous cell carcinoma (81.0%). Most of patients were presented with stage IV (74.6%). **Conclusion:** Symptoms of maxillofacial cancer are easily confused with several benign conditions, so the patients have to be carefully examined and assigned appropriate radiology and laboratory tests to diagnose soon and minimize damage of surrounding structures due to tumor resection.

**Keywords:** clinical symptoms, pathological characteristics, composite oromandibular defect

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi cần cắt bỏ phức hợp miệng-hàm dưới thì phần lớn nguyên nhân là do ung thư. Những khuyết hỏng này có thể ảnh hưởng tới da, xương hàm dưới (XHD), niêm mạc, hoặc kết hợp nhiều