

- Adv Exp Med Biol. 2020;1254:161-181. doi: 10.1007/978-981-15-3532-1_12.PMID: 32323276
4. **Lumish M, Falchi L, Imber BS, et al.** How we treat mature B-cell neoplasms (indolent B-cell lymphomas). J Hematol Oncol. 2021 Jan 6;14(1):5. doi: 10.1186/s13045-020-01018-6.PMID: 33407745
 5. **Yoshino N, Hirata T, Takeuchi C, Usuda J, Hosone M.** A case of primary pulmonary diffuse large B-cell lymphoma diagnosed by transbronchial biopsy.
 6. **Ann Thorac Cardiovasc Surg.** 2015;21(4):396-8. doi: 10.5761/atcs.cr.14-00298. Epub 2015 Apr 24.PMID: 25912218
 7. **Wana HY, Zu Y.** Diagnostic Algorithm of Common Mature B-Cell Lymphomas by Immunohistochemistry. Arch Pathol Lab Med. 2017 Sep;141(9):1236-1246. doi: 10.5858/arpa.2016-0521-RA. Epub 2017 Jun 13.PMID: 28608720
 8. **Koc ZP, Kara PÖ, Özce C, Yaldız M.** F-18 Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography/Computed Tomography Images of Severe Primary Lung Lymphoma.
 9. **Indian J Nucl Med.** 2020 Jan-Mar;35(1):80-81. doi: 10.4103/ijnm.IJNM_61_19. Epub 2019 Dec 31.PMID: 31949381

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LỖI NGỰC BẰNG NÉO ÉP CÓ SỬ DỤNG THANH ĐỠ (PHƯƠNG PHÁP ABRAMSON CẢI TIẾN) TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn An¹, Phạm Hữu Lư^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật lỗi ngực bằng phương pháp néo ép có sử dụng thanh đờ tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2017-2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu với tất cả các trường hợp chẩn đoán lỗi ngực bẩm sinh được phẫu thuật tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Bao gồm 45 bệnh nhân, 41 nam và 4 nữ. Tuổi trung bình $13,4 \pm 1,4$. Tất cả bệnh nhân đều có phàn nàn về thẩm mỹ, có 9 bệnh nhân khó thở khi gắng sức (20%). Có 29 trường hợp lỗi ngực đối xứng (64%), 13 trường hợp lỗi ngực không đối xứng (29%), còn lại là 3 trường hợp lỗi kết hợp lõm (7%). Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật đặt 1 thanh đờ, cố định hai đầu bằng chỉ thép. Thời gian phẫu thuật trung bình là $40,27 \pm 13,79$ phút (22 đến 100 phút). 100% bệnh nhân không phải đặt dẫn lưu màng phổi. Thời gian nằm viện trung bình $6,18 \pm 1,21$ ngày (4 đến 10 ngày). Trong 45 bệnh nhân đặt thanh, có 37 bệnh nhân đã tiến hành phẫu thuật lần 2 để rút thanh. Sau 6 tháng đặt thanh, đánh giá kết quả lâm sàng theo Abramson, tỷ lệ rất tốt và tốt sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao (81,82%). **Kết luận:** Phương pháp néo ép có sử dụng thanh đờ (kỹ thuật Abramson cải tiến) là một phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu cho bệnh nhân lỗi ngực với thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện ngắn và kết quả điều trị tốt.

Từ khóa: lỗi ngực, phương pháp Abramson cải tiến, kỹ thuật ít xâm lấn

SUMMARY

RESULT OF MODIFIED ABRAMSON TECHNIQUE FOR PECTUS CARINATUM AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the early results of pectus carinatum correction by modified Abramson technique at Vietduc University Hospital in the period of 2017-2021. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study with all cases diagnosed with congenital pectus carinatum operated at Vietduc University Hospital from January 2017 to December 2021. **Results:** 45 patients, 41 men and 4 women included. Mean age 13.4 ± 1.4 . All patients had aesthetic complaints, 9 patients with dyspnea on exertion (20%). There were 29 cases of symmetric pectus carinatum (64%), 13 cases of asymmetrical pectus carinatum (29%), 3 cases of pectus carinatum combined with pectus excavatum (7%). All patients were placed 1 bar, fixed both lateral with steel wire. The mean operative time was 40.27 ± 13.79 minutes (22 to 100 minutes). 100% of patients did not require chest tube. The average hospital stay was 5.24 ± 1.21 days (4 to 10 days). Out of 45 patients with bar placement, 37 patients had re-operated to remove the bar. After 6 months of placing the bar, the clinical results very good and good after surgery according to Abramson accounts for a high rate (81.82%). **Conclusion:** Modified Abramson technique is a minimally invasive technique for pectus carinatum patients with short operative time, short hospital stay and good result.

Keywords: pectus carinatum, modified Abramson technique, minimally invasive technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di dạng lỗi ngực (pectus carinatum) là một bất thường bẩm sinh hiếm gặp của thành ngực trước xảy ra trong khoảng 1 cho mỗi 1500 trẻ đẻ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm nội dung: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulucts@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 4.01.2023

sống.¹ Dấu hiệu đặc trưng của dị tật này là xương ức và khung sườn phía trước nhô ra bất thường gây ảnh hưởng chính đến thẩm mỹ, tạo tâm lý mặc cảm, ngoài ra chức năng hô hấp có thể bị ảnh hưởng ít nhiều.² Dị dạng lồng ngực bẩm sinh hiếm khi biểu hiện ngay sau sinh, hơn một nửa bệnh nhân không phát hiện dị dạng cho đến năm 11 tuổi, mức độ lỗi của dị dạng diễn biến nhanh vào giai đoạn dậy thì.³

Chỉ định can thiệp chủ yếu là do mối quan tâm về thẩm mỹ. Điều trị lồng ngực bẩm sinh có thể bằng cách đặt khung chỉnh sửa (bracing) hoặc phẫu thuật. Phẫu thuật được xem là cách điều trị cơ bản và có thể sửa cho khung ngực cân đối, cho kết quả tốt với tỷ lệ thành công cao ở nhiều nghiên cứu.^{2 4}

Tại trung tâm Tim mạch và Lồng ngực - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, điều trị lồng ngực bằng phương pháp néo ép có sử dụng thanh đỡ (kỹ thuật Abramson cải tiến) được áp dụng từ năm 2010, bước đầu đem lại nhiều kết quả tốt. Mặt khác, tại Việt Nam đến hiện tại vẫn chưa có nhiều nghiên cứu mô tả kết quả điều trị lồng ngực, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị lồng ngực bẩm sinh bằng néo ép có sử dụng thanh đỡ tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2021 thỏa mãn những tiêu chí sau: Bệnh nhân được chẩn đoán lồng ngực, được phẫu thuật bằng néo ép xương ức có sử dụng thanh đỡ (phương pháp Abramson cải tiến), đồng ý tham gia nghiên cứu (nhóm tiến cứu), không kèm các dị dạng lồng ngực phức tạp như khe hở xương ức, hội chứng Poland và có đầy đủ hồ sơ nghiên cứu (nhóm hồi cứu).

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang không đối chứng. Các thông số nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, loại lồng ngực, phương pháp mổ, thời gian mổ, thời gian nằm viện... Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian và địa điểm nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2021 có 45 bệnh nhân lồng ngực bẩm sinh phẫu thuật tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Tuổi trung bình là $13,4 \pm 1,4$, có 41 nam (91%) và 4 nữ (9%). Hầu hết bệnh nhân phát hiện dị tật ở

tuổi dậy thì (84,4%). Trong tổng số 45 bệnh nhân, có 29 bệnh nhân là lồng ngực đối xứng (64%) 13 bệnh nhân lồng ngực không đối xứng (29%) và 3 bệnh nhân lồng ngực kèm lõm ngực (7%). Triệu chứng lâm sàng của nhóm nghiên cứu tương đối ít, 9 bệnh nhân có biểu hiện khó thở khi gắng sức (20%), 2 bệnh nhân đau vị trí lồng ngực (4,4%).

Trước mổ, hầu hết bệnh nhân có điện tâm đồ bình thường (chiếm tỷ lệ 93,4 %). Các bất thường khác được ghi nhận là nhịp chậm xoang và nhịp nhanh xoang chiếm tỷ lệ thấp (2,2 % và 4,4%). Siêu âm tim trước mổ cho kết quả bình thường ở hầu hết các bệnh nhân (90%). Tất cả bệnh nhân đều có chức năng tâm thu thất trái (EF) ở mức bình thường với trung bình là $67,6 \pm 5,6\%$. Các bất thường ghi nhận được là hở van ba lá mức độ nhẹ đến vừa chiếm 8,8%, còn ổ bầu dục chiếm 2,2%. Trên phim chụp cắt lớp vi tính, chỉ số Haller được tính bằng tỉ lệ giữa đường kính ngang (khoảng cách ngang của bên trong của lồng ngực) và đường kính trước sau lớn nhất (tính từ điểm lõm nhất đến bờ trước đốt sống), các đường kính này được đo trên cùng một mặt phẳng đi qua vị trí lõm nhất của lồng ngực. Chỉ số Haller trung bình trước mổ trên phim cắt lớp vi tính của nhóm nghiên cứu là $1,95 \pm 0,41$ (nhỏ nhất là 0,143, lớn nhất là 2,2).

3.2. Kết quả phẫu thuật. Trong số 45 BN được phẫu thuật đặt thanh đỡ đã có 37 bệnh nhân được rút thanh. Tất cả bệnh nhân được đặt 1 thanh đỡ, cố định hai đầu bằng chỉ thép. Chúng tôi đã theo dõi và đánh giá bệnh nhân sau mổ lồng ngực dựa theo tiêu chuẩn đánh giá kết quả lâm sàng của Abramson.⁶ Dưới đây là một số bảng kết quả phẫu thuật thu được.

Bảng 1. Thời gian phẫu thuật (n=45)

Nhóm	Trung bình (Phút)	Độ lệch chuẩn	Min	Max	p
Lồng ngực đối xứng	40,07	10,64	22	60	0,53*
Lồng ngực không đối xứng	37,3	8,06	27	60	
Lồng ngực kèm lõm	33,33	7,68	25	40	
Chung	40,27	13,79	22	80	

(*) Kiểm định phi tham số Krusal-Wallis

Bảng 2. Một số đặc điểm về thời gian nằm viện sau phẫu thuật (n=45)

Phân loại	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max	p
Lồng ngực đối xứng	5,31	1,47	4	10	0,57*
Lồng ngực không	5,0	0,7	5	7	

đôi xứng				
Lỗi kèm lõm	5,67	0,6	5	7
Thời gian nằm viện trung bình	5,24	1,21	4	10

(* Kiểm định phi tham số Krusal-Wallis

3.3. Các biến chứng sớm sau phẫu thuật. Biến chứng sớm chiếm tỉ lệ cao nhất là sốt sau mổ (4 bệnh nhân, 8,8%), tiếp theo là tụ dịch vết mổ (1 bệnh nhân, 2,2%). Tỷ lệ biến chứng sớm trong và sau mổ chiếm tỷ lệ thấp, chủ yếu là biến chứng nhẹ. Không có trường hợp nào tử vong.

Bảng 3. Các biến chứng muộn sau phẫu thuật (n=45)

Biến số	n	%
Đút chỉ thép, di lệch thanh	3	6,6
Thay đổi màu sắc da	2	4,4
Dị ứng thanh	1	2,2
Nhiễm trùng vết mổ	0	0

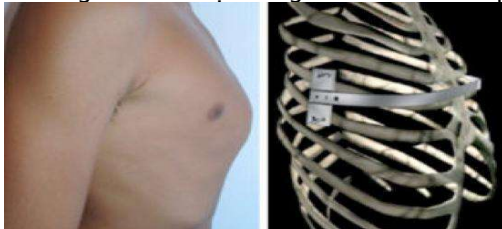
Bảng 4. Đánh giá lâm sàng sau đặt thanh theo Abramson với các loại lỗi ngực (n=45)

Phân loại lỗi ngực	Lâm sàng				P
	Rất tốt	Tốt	Khá	Kém	
Đôi xứng	23 79,3%	4 13,8%	2 6,9%	0 0%	0,018*
Không đôi xứng	5 38,5%	3 23,1%	2 15,4%	3 23,1%	
Lỗi kèm lõm	1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%	0 0%	

(* Kiểm định Fisher's Exact

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật Abramson là phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn, đặt 1 thanh kim loại vào đường hầm dưới da bên ngoài lồng ngực để ép vùng lõm, sau đó thanh được gắn vào thanh cố định qua hai xương sườn lân cận bằng các vít và chỉ thép.⁵



Ảnh 1. Nguyên lý phẫu thuật Abramson
"Nguồn: Horacio Abramson, 2009"⁶

Kỹ thuật của chúng tôi dựa trên nguyên lý Abramson nhưng có một số cải tiến như sau: Rạch da, tổ chức dưới da cùng cân cơ để bộc lộ xương sườn tương ứng vị trí cố định thanh đỡ (đã được đo và đánh dấu trước mổ) có thông với khoang màng phổi để luồn chỉ thép;

Tạo đường hầm dưới da và tổ chức mỡ (phía trước cân cơ thành ngực) bằng dụng cụ; Luồn vào đường hầm một ống silicon 32F và thanh đỡ bằng kim loại được đặt vào đường hầm này nhờ ống silicon dẫn đường; Cố định hai đầu trực tiếp vào xương sườn bằng chỉ thép. Phồng phổi – đuổi khí và đóng vết mổ, kết thúc phẫu thuật.

Trong 45 trường hợp lỗi ngực được nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 41 nam (91%) và 4 nữ (9%); tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $13,4 \pm 1,4$ (nhỏ nhất là 9 tuổi, tuổi lớn nhất là 17 tuổi). Kết quả cũng tương đồng với một số tác giả khác. Tác giả Eric W. Fonkalsrud tại bệnh viện Los Angeles (Mỹ) đã báo cáo phẫu thuật cho 80 trường hợp lỗi ngực bẩm sinh trong vòng 31 năm, tỉ lệ nam giới chiếm 88,5% và tuổi trung bình là 16,6 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 3 tuổi, tuổi lớn nhất là 37 tuổi.² Năm 2009, Abramson và cộng sự báo cáo kinh nghiệm 5 năm điều trị lỗi ngực bẩm sinh bằng phẫu thuật xâm lấn tối thiểu cho 40 bệnh nhân tại bệnh viện Torax (Buenos Aires, Argentina) trong đó có 90% nam và 10% nữ và tuổi trung bình 14,3 tuổi, nhỏ nhất là 10 tuổi, lớn nhất là 21 tuổi.⁶ Tác giả Xuefeng Zhang tại Thượng Hải, Trung Quốc đã báo cáo phẫu thuật cho 112 trường hợp từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 7 năm 2021, tỷ lệ nam giới chiếm đến 97% (109 bệnh nhân), tuổi trung bình $14,46 \pm 2,17$.⁷

Lỗi ngực thường ít ảnh hưởng đến các cơ quan trong lồng ngực như tim và phổi. Do đó triệu chứng lâm sàng cũng ít gặp hơn. Những biểu hiện bất thường trên cận lâm sàng như điện tâm đồ, siêu âm tim, hô hấp ký hầu như hiếm gặp hoặc nếu có là do phổi hợp khi thăm khám sàng lọc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên 90% bệnh nhân có điện tim và siêu âm tim bình thường. Chức năng tâm thu thất trái tất cả bệnh nhân nằm trong giới hạn bình thường. Chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp có hở ba lá nhẹ và 1 trường hợp còn lỗ bầu dục nhỏ trên siêu âm. Những bất thường này đều không có chỉ định can thiệp gì khi khám tiền mê trước mổ và bệnh nhân cũng không có các biểu hiện lâm sàng bất thường về tim mạch.

Trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực trước mổ, chỉ số Haller trung bình là $1,95 \pm 0,41$; nhỏ nhất là 0,143, lớn nhất là 2,2. Tác giả Eric W. Fonkalsrud đã báo cáo với 80 bệnh nhân lỗi ngực có chỉ số Haller dao động từ 1,46 đến 2,06 (trung bình 1,75).² A.Wurtz và cộng sự cho kết quả chỉ số Haller trung bình là $1,98 \pm 0,46$. Tác giả Park H.J cho kết quả chỉ số Haller trung bình là $2,04 \pm 0,34$.⁴ Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả $1,95 \pm 0,41$ tương đồng với hầu hết

các tác giả trên thế giới.

Khi so sánh thời gian phẫu thuật với các báo cáo phẫu thuật ít xâm lấn điều trị dị dạng lồng ngực, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt rõ rệt. Thời gian phẫu thuật đặt thanh đỡ trong nghiên cứu của chúng tôi là $40,27 \pm 13,79$ phút (ngắn nhất là 22 phút và dài nhất là 80 phút). Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $5,24 \pm 1,21$ ngày (ngắn nhất là 4 ngày và dài nhất là 10 ngày). Không có mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện với phân loại lồng ngực ($p=0,53$ và $p=0,357$, kiểm định phi tham số Krusal-Wallis). Tác giả Ozgur Katranciglu phẫu thuật cho 32 bệnh nhân bằng phương pháp Abramson với thời gian phẫu thuật trung bình là 80 phút (ngắn nhất 60 phút, dài nhất 120 phút), thời gian nằm viện trung bình là 5,3 ngày (ngắn nhất 4 ngày, dài nhất 7 ngày).⁵ Mustafa Yuksel báo cáo thời gian phẫu thuật bằng phương pháp Abramson trung bình 76,6 phút, thời gian nằm viện trung bình là 3,7 ngày.⁸ Tác giả Xuefeng Zhang đã báo cáo phẫu thuật cho 112 trường hợp bằng phương pháp ít xâm lấn trung bình $67,74 \pm 17,56$ phút.⁷

Về biến chứng sớm sau mổ: Tỷ lệ biến chứng thấp, tất cả đều là biến chứng nhẹ. Sốt sau mổ là biến chứng thường gặp nhất (8,8%). Về biến chứng muộn: Chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp dị ứng thanh đỡ sau đặt thanh 1 tháng, bệnh nhân này đã phải phẫu thuật lần 2 rút thanh đỡ ở tháng thứ 3 sau đặt dẫn đến vẫn còn lồng ngực trên lâm sàng. Những biến chứng về da được tác giả Abramson đặc biệt quan tâm. Abramson lý giải rằng việc đặt một thanh kim loại vào đường hầm sát ngay dưới da gây tăng nguy cơ gây tụ dịch, dị ứng và nhiễm trùng. Nghiên cứu của Abramson cũng ghi nhận có 8 trong 24 trường hợp có các rối loạn về da và 6 trường hợp tụ dịch dưới da sau mổ.⁶ Đút chỉ thép, di lệch thanh là biến chứng xa hay gặp nhất, có 3 trường hợp đã phải tháo bỏ thanh đỡ sớm hơn dự kiến tuy nhiên 2 trong 3 trường hợp nhưng vẫn đạt kết quả rất tốt sau rút thanh.

Để đánh giá kết quả lâm sàng sau phẫu thuật, chúng tôi ứng dụng tiêu chuẩn đánh giá của Abramson.⁶

Bảng 5. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả lâm sàng theo Abramson

Kết quả	Mô tả
Rất tốt	Lồng ngực cân xứng hài hòa, không có biến chứng liên quan về da
Tốt	Lồng ngực cải thiện rõ, còn chỗ lõm không đáng kể, không có biến chứng liên quan về da

Khá	Lồng ngực cải thiện ở mức độ vừa, có biến chứng sạm da, hoặc dính da vào thanh
Kém	Lồng ngực cải thiện không đáng kể so với trước phẫu thuật, phải tháo bỏ thanh trước, nhiễm trùng thanh, dính da vào thanh, sạm da, loét da.

Hình ảnh lồng ngực của bệnh nhân trước và sau mổ với kết quả rất tốt



Ảnh 1: Bệnh nhân trước mổ



Ảnh 2: Bệnh nhân sau mổ

[Nguồn: BN Nguyễn Thành Đ STT 39]

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, đa số các trường hợp đạt kết quả rất tốt và tốt sau phẫu thuật (81,82 %) với lồng ngực cân xứng hài hòa, còn chỗ lõm không đáng kể và không có các biến chứng về da. Có 3 trường hợp đạt kết quả kém chiếm tỉ lệ thấp (6,82%). Kết quả này cũng khá tương đồng với những nghiên cứu đã báo cáo của các tác giả Abramson, Jee-Won Suh, Mustafa Yuksel.^{6 9 8} Kết quả lâm sàng có mối liên quan với loại lồng ngực với giá trị $p = 0,018$, kiểm định Fisher's Exact. Tỷ lệ rất tốt và tốt trong lồng ngực đối xứng đạt 93,1%. Do đó phương pháp này nên được áp dụng cho nhóm bệnh nhân lồng ngực đối xứng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị lồng ngực bằng néo ép có sử dụng thanh đỡ (kỹ thuật Abramson cải tiến) là khả thi, ít xâm lấn trong điều trị dị dạng lồng ngực bẩm sinh. Kết quả bước đầu cho thấy đây là phương pháp an toàn, thời gian hồi phục nhanh, hiệu quả và có tính thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pectus_Carinatum_Guideline_080812.pdf.

- Accessed October 22, 2022. https://www.pectusclinic.com/downloads/Pectus_Carinatum_Guideline_080812.pdf
- Fonkalsrud EW. Surgical Management of Pectus Carinatum.** Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2000;5(2):110-117. doi:10.1053/otct.2000.7028
 - Shamberger R. C.** (2010), "Congenital Chest Wall Deformities", Sabiston & Spencer surgery of the chest, Pedro J. del Nido Frank W. Sellke, Scott J. Swanson, Editor, Saunders Elsevier, Philadelphia, pp. 363-365.
 - Park HJ, Kim KS.** The sandwich technique for repair of pectus carinatum and excavatum/carinatum complex. Ann Cardiothorac Surg. 2016;5(5):434-439. doi:10.21037/acs.2016.08.04
 - Katrancioglu O, Akkas Y, Karadayi S, Sahin E, Kaptanoğlu M.** Is the Abramson technique effective in pectus carinatum repair? Asian Journal of Surgery. 2018;41(1):73-76. doi:10.1016/j.asjsur.2016.09.008
 - Abramson H, D'Agostino J, Wuscovi S.** A 5-year experience with a minimally invasive technique for pectus carinatum repair. Journal of Pediatric Surgery. 2009;44(1):118-124. doi:10.1016/j.jpedsurg.2008.10.020
 - Zhang X, Hu F, Bi R, Wang L, Jiang L.** Minimally invasive repair of pectus carinatum with a new steel bar. Journal of Thoracic Disease. 2022;14(8). doi:10.21037/jtd-22-189
 - Yuksel M, Lacin T, Ermerak NO, Sirzai EY, Sayan B.** Minimally Invasive Repair of Pectus Carinatum. Ann Thorac Surg. 2018;105(3):915-923. doi:10.1016/j.athoracsur.2017.10.003
 - Suh JW, Joo S, Lee GD, Haam SJ, Lee S.** Minimally Invasive Repair of Pectus Carinatum in Patients Unsited to Bracing Therapy. Korean J Thorac Cardiovasc Surg. 2016;49(2):92-98. doi:10.5090/kjtcs.2016.49.2.92

ĐẶC ĐIỂM HUYẾT ÁP LƯU ĐỘNG 24 GIỜ Ở PHỤ NỮ MANG THAI CÓ TĂNG HUYẾT ÁP PHÒNG KHÁM

Đặng Việt Long¹, Nguyễn Thị Bạch Yến²

TÓM TẮT

Nghiên cứu huyết áp lưu động 24 giờ được thực hiện ở 87 phụ nữ mang thai có tăng huyết áp phòng khám (huyết áp $\geq 140/90$ mmHg) với tuổi trung bình là $31,98 \pm 5,28$, tuổi nhỏ nhất là 22 tuổi, tuổi lớn nhất là 42 tuổi. Tỷ lệ tăng huyết áp áo choàng trắng là 34,5%. Có sự khác biệt giữa tỷ lệ tăng huyết áp áo choàng trắng của nhóm bệnh nhân trên và dưới 30 tuổi. Tỷ lệ không trúng huyết áp ban đêm ở nhóm tăng huyết áp áo choàng trắng thấp hơn nhóm tăng huyết áp thật sự (46,7% so với 77,2%, $p=0,004$). Rối loạn giấc ngủ có liên quan với tình trạng không trúng huyết áp về đêm (OR=5,67, $p=0,009$). Nhóm không trúng HA ban đêm có nguy cơ xuất hiện protein trong nước tiểu cao hơn (OR= 8,41, $p=0,011$).

Từ khóa: Tăng huyết áp áo choàng trắng (THA.ACT), Tăng huyết áp (THA), Huyết áp lưu động 24 giờ (ABPM), Phụ nữ mang thai.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING IN PREGNANCY WITH HIGH OFFICE BLOOD PRESSURE

Hypertensive disorders of pregnancy, including pre-eclampsia, complicate up to 10% of pregnancies

worldwide, being one of the greatest causes of maternal and perinatal morbidity and mortality worldwide. In the general population, WHC may account for about one-third of individuals with elevated clinic or office BP. The prevalence in pregnancy is not known. The presence and outcome effect of white coat hypertension in pregnancy was determined with 24-h ambulatory blood pressure monitoring. The study was conducted at the Vietnam Heart hospital and hanoi medical university hospital and Tam anh hospital. In this prospective cohort of 87 hypertensive pregnant women, WCH had a prevalence of 34.5%. Only 65.5% of these women had high blood pressure with 24 hour ABPM. The mean age was $31,98 \pm 5,28$ (years old), the lowest age was 22 and the oldest was 42 years old. There was a statistically significant difference in WCH incidence between younger participants (<30 years old) than older individuals. In our study, sleep disorders was a risk factor for an increased rate of non-dipper (OR = 5,67, $p=0,009$), proteinuria is also a risk factor for an increased rate of non-dipper (OR = 8,41, $p=0,011$).

Keywords: hypertension; pregnancy; white coat effect; Ambulatory blood pressure monitoring

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) gặp ở 5-10% phụ nữ mang thai, là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tử vong cho mẹ, thai nhi và làm gia tăng các biến cố bất lợi trong quá trình thai sản và chuyển dạ.^[1] Tăng huyết áp áo choàng trắng (THA.ACT) là tình trạng huyết áp tại phòng khám tăng cao ($\geq 140/90$ mmHg) nhưng huyết áp đo tại nhà lại bình thường ($< 135/85$

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Việt Long

Email: dangvietlong91@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023