

có kích thước nhỏ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những TP lớn thường có nhiều thùy, cổ rộng, dẫn đến khó khăn trong quá trình thao tác xử lý kẹp cổ TP. Hơn nữa những TP này thường có huyết khối hoặc xơ vữa trong lòng TP dẫn đến dễ làm hẹp lòng mạch đi sau PT do đó tỷ lệ biến chứng cũng như di chứng ở nhóm TP lớn này cao hơn so với nhóm TP kích thước nhỏ.

4.3.3. Tương quan giữa kích thước cổ túi phình với kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kết quả tốt ở nhóm bệnh nhân có kích thước cổ TP hẹp chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm có kích thước cổ TP rộng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những TP có kích thước cổ hẹp thường có hình dạng đơn giản, dễ quan sát và dễ dàng thao tác xử lý hơn trong PT do đó rút ngắn được thời gian PT. Vì vậy tỷ lệ kết quả tốt ở nhóm bệnh nhân này cao hơn.

4.4. Đặc điểm phẫu thuật

4.4.1. Tương quan giữa tình trạng vỡ túi phình trong mô với kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kết quả tốt của nhóm không vỡ trong PT là 58,6% nhiều hơn kết quả tốt của nhóm vỡ trong PT là 16,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả khác như Nguyễn Thị Thủy (2018) tỷ lệ kết quả tốt của nhóm không vỡ trong PT là 61,6% nhiều hơn nhóm vỡ trong mô là 3,2%. Túi phình vỡ trong PT có thể làm nặng hơn mức độ chảy máu dưới nhện và co thắt mạch sau mổ; khi túi phình vỡ, phẫu thuật viên thường phải kẹp tạm thời động mạch nuôi dẫn đến thành các mạch này dễ bị tổn thương và co thắt hơn.

4.4.2. Tương quan giữa kẹp động mạch mang tạm thời với kết quả phẫu thuật. Thời

gian kẹp tạm thời trung bình của 25 bệnh nhân là $5,5 \pm 2,3$ phút, trong đó ca kẹp tạm thời lâu nhất là 9 phút, ngắn nhất là 2 phút. Không kẹp tạm thời kết quả tốt 62,5%, có kẹp kết quả tốt là 20%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những bệnh nhân có thời gian kẹp tạm thời động mạch nuôi kéo dài thường là những trường hợp túi phình có hình dạng phức tạp, kích thước lớn hoặc vỡ trong PT. Việc kẹp động mạch nuôi trong thời gian dài có thể dẫn đến thiếu máu não làm nặng hơn tình trạng bệnh nhân sau PT.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 41 bệnh nhân XHDN do vỡ phình động mạch não giữa được điều trị bằng PT chúng tôi nhận thấy: Kết quả điều trị tốt gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có độ tuổi thấp, độ lâm sàng trước phẫu thuật tốt, phân độ XHDN theo Fischer thấp, kích thước túi phình nhỏ, cổ túi phình hẹp, túi phình không vỡ trong PT và không kẹp động mạch mang tạm thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Sơn (2010), "Nghiên cứu lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và điều trị vi phẫu kẹp túi phình động mạch trên lều đã vỡ", Luận án tiến sĩ Y học, Học Viện Quân Y.
2. Nguyễn Thị Thủy (2018), "Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật ở bệnh nhân phình động mạch não vỡ", Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
3. Ali J. Ghods, Demetrius Lopes, and Michael Chen, (2012), "Gender Differences in Cerebral Aneurysm Location", Frontiers in neurology, 3, 78.
4. Gorbran Taha (2015). Factors associated with outcomes in ruptured aneurysmal patients. Romanian Neurosurg, 29, 103-110
5. Mocco J, Ricardo J.K, Sean D.L (2004), "The natural history of unruptured intracranial aneurysms", Neurosurg Focus, vol 17, November.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH VIÊM THẬN BỂ THẬN SINH KHÍ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Vũ Đức Huy¹, Ngô Xuân Thái^{1,2}, Thái Minh Sâm^{1,2}, Nguyễn Thành Tuấn²

TÓM TẮT

Mở đầu và mục tiêu: Viêm thận bể thận sinh khí (VTBTSK) là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính nặng,

¹Bệnh viện Chợ Rẫy, TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Huy

Email: vuduchuy2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

hoại tử nhu mô thận và mô quanh thận, đặc trưng bởi việc tạo ra khí trong nhu mô thận, hệ thống thu thập, mô quanh thận. Khí các-bon dioxide được tạo ra bởi quá trình vi khuẩn lên men đường. Triệu chứng ban đầu tương đối mơ hồ, nhưng thường có sự suy giảm đột ngột tổng trạng, cần phải chẩn đoán sớm và điều trị tích cực kịp thời. Nghiên cứu này mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh VTBTSK tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp VTBTSK tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1 năm 2011 đến hết tháng 12 năm 2019. **Kết quả:** Trong 176

bệnh nhân VTBTSK nhập viện tại bệnh viện Chợ Rẫy có 81,2% là giới nữ, với tuổi trung vị là 59 (51-67,5). Tỷ lệ bệnh nhân có đái tháo đường và bế tắc đường tiết niệu lần lượt là 72,2% và 62%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau hông lưng và sốt với tỉ lệ lần lượt là 94,3% và 86,9%. Tại thời điểm nhập viện, có 40,3% bệnh nhân có tổn thương thận cấp, 38,6% có nhiễm khuẩn huyết, 23,3% có choáng nhiễm khuẩn và 19,9% có rối loạn tri giác. Giảm tiểu cầu được ghi nhận ở 29,5% trường hợp. Dấu hiệu VTBTSK phát hiện trên siêu âm và KUB lần lượt là 22,8% và 13,7%. VTBTSK nhóm 3 và nhóm 4 theo Huang và Tseng có 102 TH (57,9%). Trong đó, tổn thương thận trái và thận phải tương đương nhau, lần lượt chiếm 45,4% và 50,6%. Tổn thương cả hai bên gặp trong 7 TH (4%).

Kết luận: VTBTSK là bệnh lý nhiễm khuẩn cấp tính rất nặng của thận cần phải được chẩn đoán sớm và điều trị tích cực kịp thời. CT scan bụng là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán. Điều trị VTBTSK phụ thuộc vào bệnh lý đi kèm và phân loại trên CT scan, cần phối hợp nội khoa và ngoại khoa.

Từ khóa: Viêm thận bể thận sinh khí (VTBTSK), nhiễm khuẩn đường tiết niệu, đái tháo đường

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF EMPHYSEMATOUS PYELONEPHRITIS AT CHO RAY HOSPITAL

Background and Objective: Emphysematous pyelonephritis (EPN) is an acute severe, necrotizing infection of the renal parenchyma and its surrounding tissues that is characterized by the gas formation within the renal parenchyma, collecting system, or perinephric tissue. This gaseous component, carbon dioxide, is produced from glucose by the bacterial fermentation. Although patients with EPN show relatively vague symptoms initially, but there is often a sudden deterioration in general condition, requiring early diagnosis and prompt aggressive treatment. This study aimed in clinical and subclinical characteristics of EPN at Cho Ray hospital. **Patients and Methods:** Retrospectively descriptive case series of EPN was performed at Cho Ray hospital from January, 2011 to December, 2019. **Results:** From January 2011 to December 2019, there were 176 cases of EPN at Cho Ray hospital. The median age is 59 (51-67.5). The majority was female 143 cases (81.2%). Common clinical symptoms include flank pain 166 cases (94.3%) and fever 153 cases (86.9%). There were 127 cases (72.2%) had diabetes mellitus, and 109 patients (62%) had urinary tract obstruction. At hospital admission, there were 35 cases of consciousness disorder (19.9%), 68 cases (38.6%) of sepsis, 41 cases (23.3%) of septic shock and 71 cases (40.3%) of acute kidney injury. There were 52 cases (29.5%) of thrombocytopenia. Signs of EPN in echogram and KUB were reported in 22.8% and 13.7%, respectively. Class 3 and 4 EPN had 108 cases (61.4%). There were 45.5% and 50.6% of cases presented the infection on the left and right side, respectively. Seven cases (4%) had infection in both side kidney. **Conclusion:** EPN is an acute serious urinary tract infection required early diagnosis and

prompt aggressive treatment. CT scan is the gold standard in diagnosis of EPN. Management depends on individuals' comorbidities and classification.

Keywords: Emphysematous pyelonephritis (EPN), urinary tract infections, diabetes mellitus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thận bể thận sinh khí (VTBTSK) là tình trạng nhiễm khuẩn hoại tử cấp tính rất nặng của thận, đặc trưng bởi việc sinh ra khí trong nhu mô thận, hệ thống thu thập, mô quanh thận. Thuật ngữ VTBTSK đã được Schultz và Klorfein sử dụng đầu tiên vào năm 1962 cho đến nay có khoảng 600 trường hợp đã được báo cáo trên y văn². VTBTSK thường xảy ra trên người những mắc bệnh đái tháo đường hoặc có bế tắc đường tiết niệu^{2,3}. VTBTSK có triệu chứng khởi đầu tương đối mơ hồ. Tuy nhiên diễn biến lâm sàng có thể trở nên đột ngột nghiêm trọng và đe dọa tính mạng người bệnh với biến chứng như: nhiễm khuẩn huyết, choáng nhiễm khuẩn, suy đa cơ quan nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị tích cực kịp thời⁹. Chẩn đoán VTBTSK dựa trên triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng. Theo Schainuck⁷ hầu hết các trường hợp đều có tam chứng kinh điển: sốt, nôn ói, đau hông lưng, tiểu ra khí gặp trong một số trường hợp nhiễm khuẩn lan đến hệ thống thu thập⁴. Các xét nghiệm hình ảnh học như siêu âm bụng, chụp X-quang bộ niệu (KUB) là những xét nghiệm đầu tiên trong chẩn đoán. Tuy nhiên chụp cắt lớp vi tính (CT scan) bụng mới là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định và đánh giá mức độ khí lan rộng, mức độ hủy hoại thận bị tổn thương^{3,8}.

Chúng tôi tin rằng VTBTSK không phải là bệnh lý hiếm gặp như y văn đã ghi nhận, nhất là tại quốc gia mà các bệnh lý nhiễm khuẩn cần được lưu tâm như Việt Nam. Dù đã có báo cáo về VTBTSK trước đây tại Việt Nam¹, nhưng đến nay vẫn chưa có một nghiên cứu với cỡ mẫu lớn về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý này. Bệnh viện Chợ Rẫy là một trong những trung tâm điều trị lớn tại khu vực phía Nam, tiếp nhận và điều trị các bệnh lý phức tạp của các chuyên khoa nói chung và bệnh lý đường tiết niệu nói riêng trong khu vực. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm báo cáo các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân VTBTSK, chúng tôi hy vọng có thể cung cấp những dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng của bệnh VTBTSK. Từ đó, có thể giúp hỗ trợ thêm cho công tác chẩn đoán và điều trị bệnh được hiệu quả hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu mô tả 176 TH VTBTSK được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01 năm 2011 đến tháng 12 năm 2019. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định dựa vào bệnh cảnh lâm sàng kết hợp với kết quả trên CT scan bụng có hiện diện khí trong đường tiết niệu bao gồm khí trong hệ thống thu thập, nhu mô thận, mô quanh thận. Phân nhóm VTBTSK trên CT scan bụng theo phân loại của Huang và Tseng³: Nhóm 1: Khí giới hạn trong hệ thống đài bể thận. Nhóm 2: Khí giới hạn trong nhu mô thận. Nhóm 3A: Khí lan rộng ra khoang quanh thận hoặc có áp xe. Nhóm 3B: Khí lan ra ngoài cần Gerota và khoang cạnh thận. Nhóm 4: VTBTSK trên thận độc nhất hoặc cả hai bên thận.

Tiêu chuẩn loại trừ các trường hợp có hiện diện khí trong đường tiết niệu do có dò giữa đường tiêu hóa và đường tiết niệu, chấn thương đường tiết niệu, có can thiệp thủ thuật hay phẫu thuật trên đường tiết niệu trước đó.

Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân được ghi nhận từ hồ sơ nhập viện bao gồm: tuổi, giới tính, bệnh lý đi kèm, các triệu chứng lâm sàng, các kết quả cận lâm sàng và các kết quả hình ảnh học.

Chúng tôi tiến hành nhập dữ liệu và phân tích bằng phần mềm R, phiên bản 4.2.0 (The R Foundation, Vienna, Austria). Các biến định lượng không phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị (Tứ phân vị). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỉ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 12 năm 2019, chúng tôi ghi nhận 176 TH VTBTSK được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được tóm tắt trong bảng 1, bảng 2, bảng 3:

Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới tính và bệnh lý kèm theo

Đặc điểm (N = 176)	Trung vị (Tứ phân vị)/Tần suất (%)
Tuổi	59 (51 – 67,5)
Giới tính (nữ)	143 (81,2%)
Bệnh lý kèm theo	
Sỏi đường tiết niệu trên	98 (55,7%)
Đái tháo đường	127 (72,2%)
Kiểm soát đường huyết kém (HbA1c > 7%)	108 (85%)
Hội chứng Cushing	10 (5,7%)
Xơ gan	4 (2,3%)

Nhận xét: Trung vị tuổi của mẫu nghiên cứu là 59 (51 – 67,5) tuổi. Giới tính nữ chiếm đa số với 143 TH (81,2%). Đái tháo đường là bệnh lý kèm theo thường gặp nhất với 127/176 TH (72,2%). Trong đó, có 108 TH (85%) kiểm soát đường huyết kém (HbA1c > 7%). Sỏi đường tiết niệu trên có 98 TH (55,68%).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Tần suất (%)
Sốt	153 (86,9%)
Buồn nôn/ nôn	45 (25,6%)
Đau bụng/ đau hông lưng	166 (94,3%)
Căng to hông lưng	19 (10,8%)
Viêm tấy da vùng hông lưng	8 (4,6%)
Tiểu mù	14 (8%)
Tiểu khí	7 (4%)
Dấu lép lép dưới da	2 (1,1%)
Dấu hiệu lâm sàng nặng	
Rối loạn tri giác	35 (19,9%)
Choáng	41 (23,3%)
Nhiễm khuẩn huyết	68 (38,6%)

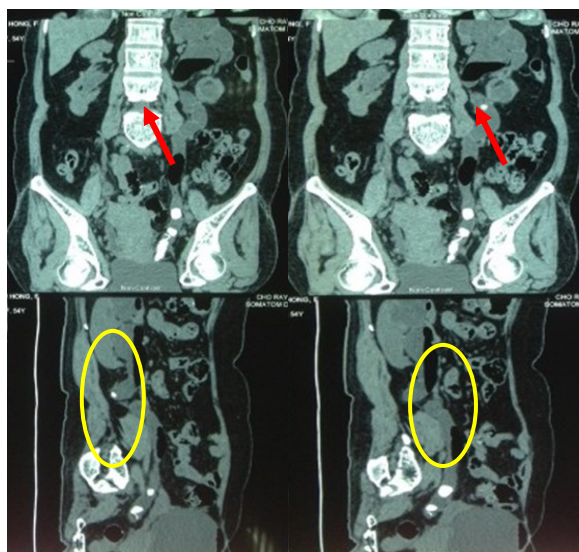
Nhận xét: đau bụng/đau hông lưng và sốt là hai triệu chứng thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 94,3% và 86,93%. Ngoài ra còn có một số triệu chứng khác như căng to và viêm tấy da vùng hông lưng, tiểu mù, tiểu khí và dấu lép lép dưới da, triệu chứng nặng của VTBTSK bao gồm rối loạn tri giác 19,9%, choáng 23,3%.

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng và hình ảnh học

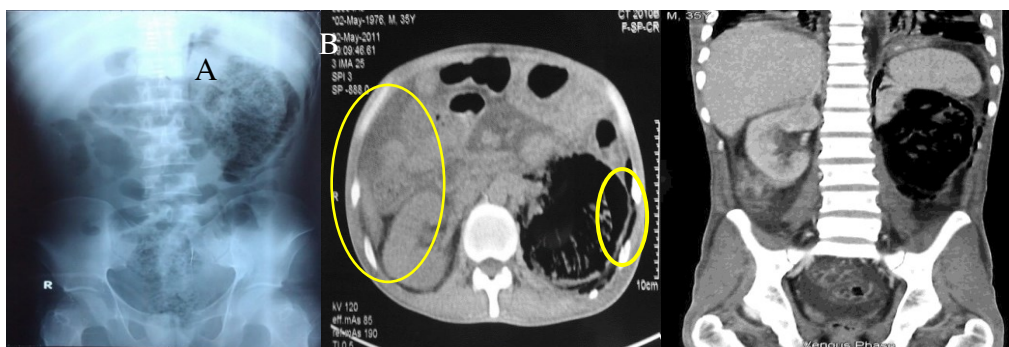
Cận lâm sàng	Trung vị (Tứ phân vị)/Tần suất (%)
Hemoglobin (G/L)	104 (90,8 – 116)
Bạch cầu (T/L)	16,6 (11,9 – 21,7)
Tiểu cầu (T/L)	200 (96 – 351)
Giảm tiểu cầu (<120 T/L)	52 (29,5%)
Đường huyết (mg/dL)	154 (103 – 275)
HbA1c (%)	10,35 (7,45 – 12,1)
Creatinine máu (mg/dL)	1,25 (0,95 – 2,1)
Suy thận (Creatinin máu > 1,5mg/dL)	71 (40,3%)
Bạch cầu niệu (+)	104 (69,8%)
Nitrite nước tiểu (+)	16 (10,7%)
Chỉ định siêu âm bụng (n=92). Dấu hiệu VTBTSK trên siêu âm bụng	92 (52,3%) 21 (22,8%)
Chỉ định chụp X-quang bộ niệu (KUB) (n=102)	102 (57,9%)
Dấu hiệu VTBTSK trên KUB	14 (13,7%)
Chỉ định chụp CT scan bụng (n=176)	176 (100%)
Phân nhóm trên CT scan bụng theo Huang và Tseng	48 (27,3%) 26 (38,6%)
Nhóm 1	32 (18,2%) – 62

Nhóm 2	(35,2%)
Nhóm 3A – 3B	8 (4,5%)
Nhóm 4	
Bên thận tổn thương	
Trái	80 (45,4%)
Phải	89 (50,6%)
Hai bên	7 (4%)
Bế tắc đường tiết niệu trên	109 (62%)
Sỏi đường tiết niệu trên	98 (55,7%)

Nhận xét: Giảm tiểu cầu chiếm 29,5%. Suy thận chiếm 40,3%. Siêu âm bụng trong 92 TH (52,3%), trong đó có 21 TH (22,8%) có dấu hiệu VTBTSK được ghi nhận. KUB trong 102 TH (57,9%) và thấy được dấu hiệu VTBTSK trong 14 TH (13,7%). Chụp CT scan bụng được chỉ định trong 100% các TH. Trong đó, VTBTSK nhóm 3 và 4 có 102 TH chiếm tỉ lệ 57,9% trong đó có 1 TH VTBTSK xảy ra trên thận độc nhất. Tổn thương thận tương đương ở bên trái và phải, trong đó có 7 TH (4%) ở cả 2 bên. Bế tắc đường tiết niệu gặp trong 109 TH (62%). Sỏi đường tiết niệu trên 98 TH (55,7%).



Hình 1: (VTBTSK nhóm 1). CT scan bụng đứng dọc và đứng ngang thấy khí trong hệ thống bể thận - niệu quản bên trái (mũi tên) và sỏi niệu quản trái đoạn chậu (vòng tròn)



Hình 2: (VTBTSK nhóm 3B). (A): KUB với hình ảnh khí lan tỏa vùng bóng thận bên trái. (B) và (C): CT scan bụng cắt ngang và đứng dọc thấy khí lan tỏa, hủy hoại gần hoàn toàn thận trái.

IV. BÀN LUẬN

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung vị là 59 tuổi, bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 81,2% với tỉ lệ nữ:nam là 4,3:1. Kết quả này cũng tương tự báo của tác giả Ngô Xuân Thái¹ trên 22 TH VTBTSK với tuổi trung bình là 57 tuổi, nữ giới chiếm tỉ lệ 81,8%. Tương tự tác giả nước ngoài Huang và Tseng³ báo cáo trên 48 TH VTBTSK với tuổi trung bình là 60 tuổi, nữ giới chiếm đa số (85%). Tác giả Somani và cộng sự⁹ nghiên cứu hồi cứu trên 210 TH VTBTSK cho thấy tuổi trung bình là 57 tuổi, nữ giới chiếm đa số (79,5%). VTBTSK thường gặp ở các trường hợp lớn tuổi hơn người trẻ do người lớn tuổi thường có các bệnh lý mạn tính kèm theo như đái tháo đường, tăng huyết áp, tình trạng dinh dưỡng kém. Ở nữ giới nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu cao hơn nam giới do cấu trúc giải

phẫu của niệu đạo ngắn, nằm gần âm hộ và hậu môn tạo điều kiện thuận lợi cho nhiễm khuẩn ngược dòng được ghi nhận, sự thiếu hụt hormone estrogen ở phụ nữ giai đoạn mãn kinh được chứng minh là yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

Đái tháo đường là bệnh lí đi kèm thường gặp trên những bệnh nhân VTBTSK^{2,9}. Trong đó, việc kiểm soát mức đường huyết kém của bệnh nhân được ghi nhận là một trong các yếu tố nguy cơ của VTBTSK³. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 72,2% các trường hợp VTBTSK có đái tháo đường kèm theo, trong đó 85% bệnh nhân kiểm soát mức đường huyết kém có HbA1C > 7. Nồng độ đường cao trong mô trên bệnh nhân đái tháo đường cung cấp cơ chất cho các vi sinh vật lên men, sản sinh ra lượng lớn khí CO₂ và H₂. Tình trạng suy giảm chức năng miễn dịch,

chẳng hạn như suy giảm khả năng di chuyển, khả năng diệt nội bào, thực bào hoặc phản ứng hóa học trong bạch cầu đa nhân trung tính ở bệnh nhân đái tháo đường, có thể làm suy yếu khả năng bảo vệ của cơ thể đối với nhiễm khuẩn. Cuối cùng, tổn thương thần kinh ngoại biên do đái tháo đường có thể dẫn đến rối loạn chức năng tổng xuất của bàng quang, dẫn đến các điều kiện có lợi cho nhiễm khuẩn đường tiết niệu^{3,5}.

Ít có báo cáo VTBTSK xảy ra ở người không bị đái tháo đường, trong trường hợp này có yếu tố góp phần của tắc nghẽn đường tiết niệu, suy thận và tình trạng suy giảm miễn dịch^{4,7}. Ở những bệnh nhân này, 22% có bế tắc đường tiết niệu trên, 4% có thận đa nang, và có 4% bệnh thận mạn giai đoạn cuối³. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 62% các TH VTBTSK có kèm theo bế tắc đường tiết niệu, trong đó sỏi đường tiết niệu trên (55,7%), suy thận (40,3%), tình trạng suy giảm miễn dịch (hội chứng Cushing, xơ gan) chiếm tỉ lệ 8%.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của VTBTSK theo tác giả Schainuck⁷ ghi nhận có tam chứng kinh điển gặp ở hầu hết các trường hợp VTBTSK bao gồm: sốt, buồn nôn hoặc nôn và đau hông lưng. Tiểu khí chỉ gặp trong các trường hợp nhiễm khuẩn lan đến hệ thống đài bể thận hoặc những trường hợp có VTBTSK phối hợp đồng thời với viêm bàng quang sinh khí⁴. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận triệu chứng đau bụng hoặc hông lưng và sốt là hai triệu chứng thường gặp nhất với 92,61% và 86,93%. Tiểu khí 7 TH (4%). Ngoài ra chúng tôi còn ghi nhận các triệu chứng viêm tấy da vùng hông lưng, vùng hông lưng căng to, dấu lép lép dưới da trong những trường hợp VTBTSK lan rộng ra ngoài thận. Trong những trường hợp VTBTSK nặng chúng tôi ghi nhận có 41 TH (23,3%) có choáng, 35 TH (19,9%) có rối loạn tri giác cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Huang³.

Về các đặc điểm cận lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ suy thận (40,3%), giảm tiểu cầu (29,5%), kiểm soát đường huyết kém (HbA1c > 7%) chiếm tỉ lệ 85% các TH có đái tháo đường cũng tương tự như các báo cáo của tác giả Huang³, tác giả Shokeir và cs⁸. Về hình ảnh học, trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các TH VTBTSK đều được chụp CT scan bụng. Dấu hiệu VTBTSK gặp trong 22,8% các TH được siêu âm bụng và chỉ 13,7% các TH được chụp KUB. Siêu âm bụng không phải là phương tiện tối ưu để chẩn đoán

VTBTSK. Trong nghiên cứu của Wan và cộng sự, siêu âm bụng sai sót trong việc phân biệt giữa hai nhóm VTBTSK lên đến 50% trường hợp⁶. Sử dụng siêu âm bụng gặp nhiều khó khăn ở bệnh nhân VTBTSK có béo phì, bụng chướng căng, và khó phân biệt khí trong quai ruột với khí trong ổ áp xe hay trong thận hoại tử^{3,6}. Tuy nhiên, siêu âm bụng giúp hỗ trợ trong tìm nguyên nhân gây tắc nghẽn đường tiết niệu. Trên KUB có thể giúp phát hiện được khí trong thận, nhưng hình ảnh này không đặc hiệu do sự chồng lấp của khí trong ruột, khí sau phúc mạc cũng có thể cho hình ảnh giống VTBTSK. Khí càng lan rộng thì càng dễ phát hiện trên phim KUB. Các dấu hiệu gián tiếp có thể thấy là mất đường cơ psoas, bóng khí nằm ngoài quai ruột. Tuy nhiên, trên KUB chỉ có thể xác định khí trong 33% các trường hợp⁴. CT scan bụng là phương tiện chẩn đoán hình ảnh học không thể thiếu trong chẩn đoán VTBTSK, độ nhạy đến 100%. Ngoài ra CT scan bụng cũng giúp cho việc phân loại VTBTSK, và đánh giá mức độ khí lan rộng, mức độ hủy hoại thận bị tổn thương^{2,3,6}. Vì vậy một khi nghĩ đến VTBTSK, cần cho bệnh nhân chụp CT scan ngay.

Phân loại VTBTSK theo Huang³ dựa vào kết quả CT scan bụng là phân loại được nhiều sự đồng thuận nhất hiện nay, hệ thống phân loại này cơ bản đã mô tả được vị trí giải phẫu học của khí, cũng như đánh giá được mức độ khí lan rộng, mức độ hủy hoại thận bị tổn thương. Theo hệ thống phân loại này trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ VTBTSK nhóm 1 (27,3%), nhóm 2 (38,6%), nhóm 3A (18,2%), nhóm 3B (35,2%) và nhóm 4 (4,5%). Dựa trên hệ thống phân loại của mình Huang³ đã xác định được các yếu tố nguy cơ bao gồm: giảm tiểu cầu, suy thận cấp, rối loạn tri giác, sốc và tác giả đã đưa ra phác đồ can thiệp điều trị thích hợp trên từng nhóm bệnh VTBTSK.

V. KẾT LUẬN

VTBTSK là bệnh lý nhiễm khuẩn cấp tính rất nặng của thận cần được chẩn đoán sớm và điều trị tích cực kịp thời. CT scan là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán. Điều trị VTBTSK phụ thuộc vào bệnh lý đi kèm và phân loại trên CT scan, cần phối hợp nội khoa và ngoại khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Xuân Thái, Vũ Đức Huy, Hoàng Khắc Chuẩn, Thái Kinh Luân.** Báo cáo 22 trường hợp nhiễm trùng đường tiết niệu nặng: Viêm thận bể thận sinh khí tại bệnh viện Chợ Rẫy. Y học TP Hồ Chí Minh. 2014;18(4):7.
2. **Aboumarzouk O. M., Hughes O., Narahari K., Coulthard R., Kynaston H., Chlosta P., et al.**

- (2014) "Emphysematous pyelonephritis: Time for a management plan with an evidence-based approach". Arab Journal of Urology, 12 (2), 106-115.
3. **Huang JJ, Tseng CC.** Emphysematous pyelonephritis: clinicroadiological classification, management, prognosis, and pathogenesis. Arch Intern Med. 2000;160(6):797-805. doi:10.1001/archinte.160.6.797
 4. **Michaeli J, Mogle P, Perlberg S, Heiman S, Caine M.** Emphysematous pyelonephritis. J Urol. 1984;131(2):203-8. doi:10.1016/s0022-5347(17)50309-2
 5. **Muñoz-Lumbreras E. G., Michel-Ramírez J. M., Gaytán-Murguía M., Gil-García J. F., Morales-Ordáz O., Lujano-Pedraza H., et al. (2019)** "Emphysematous pyelonephritis: A review of its pathophysiology and management". Revista Mexicana de Urología, 79 (3), 1-12.
 6. **Pontin A. R., Barnes R. D. (2009)** "Current management of emphysematous pyelonephritis". Nat Rev Urol, 6 (5), 272-279.
 7. **Schainuck LI, Fouty R, Cutler RE.** Emphysematous pyelonephritis. A new case and review of previous observations. Am J Med. Jan 1968;44(1):134-9. doi:10.1016/0002-9343(68)90245-3
 8. **Shokeir AA, El-Azab M, Mohsen T, El-Diasty T.** Emphysematous pyelonephritis: a 15-year experience with 20 cases. Urology. Mar 1997;49(3):343-6. doi:10.1016/s0090-4295(96)00501-8
 9. **Somani B. K., Nabi G., Thorpe P., Hussey J., Cook J., N'Dow J. (2008)** "Is percutaneous drainage the new gold standard in the management of emphysematous pyelonephritis? Evidence from a systematic review". J Urol, 179 (5), 1844-1849.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM X.QUANG RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI TRÊN PHIM CẬN CHỚP Ở SINH VIÊN HỌC VIỆN QUÂN Y NĂM THỨ 3, NĂM HỌC 2022-2023

Nguyễn Trọng Đức¹, Nguyễn Khang², Trương Thị Mai Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm hình ảnh răng khôn hàm dưới (RKHD) trên phim X.Quang cận chóp ở sinh viên năm thứ 3 Học viện Quân y, năm học 2022-2023. **Phương pháp nghiên cứu:** 151 học viên dài hạn quân y năm thứ 3, năm học 2022-2023 được đánh giá RKHD trên phim chụp cận chóp tại Bộ môn – Khoa Răng miệng, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 2 đến tháng 3 năm 2023. **Kết quả:** Trong 222 RKHD, có 108 mọc lệch bên phải (chiếm 48,65%), 114 mọc lệch bên trái (chiếm 51,35%). Ở cả RKHD bên phải và bên trái, hướng mọc lệch gần chiếm tỷ lệ cao nhất (56,29% ở bên phải và 53,64% ở bên trái). Hình dạng chân răng với hai chân dạng xuôi chiều chiếm chủ yếu (57,41% ở bên trái và 50,89% ở bên phải). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị kích thước RKHD trung bình giữa bên phải và bên trái. **Kết luận:** Nghiên cứu đã đưa ra bằng chứng về đặc điểm X.Quang của RKHD trên phim chụp cận chóp ở sinh viên Học viện Quân y khóa học 2022-2023 là cơ sở cho định hướng điều trị trên lâm sàng.

Từ khóa: RKHD, X.Quang, Sinh viên Học viện Quân y

SUMMARY

INVESTIGATION ON THE

¹Trường Y Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Đức

Email: ntrongduc.rhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 10.4.2023

CHARACTERISTICS OF LOWER WISDOM TEETH (LWT) ON PERIAPICAL RADIOGRAPHS IN 3RD YEAR STUDENTS OF VIETNAM MILITARY MEDICAL UNIVERSITY, ACADEMIC YEAR 2022-2023

Objectives: To analyze the characteristics of lower wisdom teeth (LWT) on periapical radiographs in 3rd year students of Vietnam Military Medical University, academic year 2022-2023. **Methods:** 151 long-term military medical students in the 3rd year, academic year 2022-2023 were evaluated for LWT on periapical radiographs at the Department of Odontology, Military Hospital 103 from February to March, 2023. **Results:** Of the 222 LWT, there were 108 growing on the right side (accounting for 48,65%), 114 growing on the left side (accounting for 51,35%). In both the right and left LWT, the mesioangular impaction accounted for the highest percentage (56.29% on the right and 53.64% on the left). The root shape with uncurved bifid roots is predominant (57.41% on the left and 50.89% on the right). There was no statistically significant difference in mean LWT size between the right and left sides. **Conclusion:** The study has provided evidence of the radiographic characteristics of LWT on periapical film in students of the Vietnam Military Medical University in the course of 2022-2023 as the basis for clinical treatment orientation.

Keywords: lower wisdom teeth, X-Ray, Vietnam Military Medical University students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới (RKHD) là răng hàm lớn thứ ba và là răng mọc cuối cùng của cung