

nguy cơ như thừa cân, béo phì, chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể lực. Do vậy việc mở rộng phạm vi chi trả của quỹ BHYT cho các dịch vụ sàng lọc ĐTD là cần thiết và cần được thực hiện sớm nhằm tối ưu hoá lợi ích mà chương trình sàng lọc mang lại.

Trong nghiên cứu này, việc tiến hành sàng lọc có thể được thực hiện tại cả trạm y tế xã/phường và trung tâm y tế/bệnh viện tuyến quận/huyện. Trên thực tế, tỷ tiếp cận và sử dụng dịch vụ sàng lọc tại các cơ sở y tế sẽ ảnh hưởng đến kết quả chung của mô hình đánh giá tác động ngân sách. Do đó, bên cạnh việc mở rộng phạm vi thanh toán cho dịch vụ sàng lọc, việc truyền thông chính sách nhằm nâng cao nhận thức của người dân, tăng tỷ lệ tiếp cận và sử dụng dịch vụ sẽ mang lại hiệu quả cao hơn. Đồng thời, các giải pháp về đào tạo, tập huấn, đầu tư thêm trang thiết bị cũng cần được quan tâm nhằm nâng cao năng lực cho tuyến y tế cơ sở và qua đó cũng tăng niềm tin của người dân khi tiếp cận với các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Việc mở rộng phạm vi chi trả cho dịch vụ

sàng lọc đái tháo đường týp 2 không làm tăng quỹ Bảo hiểm Y tế. Ngược lại, việc đầu tư ngân sách cho dịch vụ sàng lọc đái tháo đường còn giúp tiết kiệm ngân sách từ việc điều trị trong tương lai. Các nhà hoạch định chính sách nên cân nhắc bổ sung dịch vụ sàng lọc đái tháo đường týp 2 vào phạm vi chi trả của quỹ Bảo hiểm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Toi, P.L., et al.,** Economic evaluation of population-based type 2 diabetes mellitus screening at different healthcare settings in Vietnam. PLoS One, 2021. 16(12): p. e0261231.
2. **Zhang, Y., et al.,** Evaluation of two screening methods for undiagnosed diabetes in China: an cost-effectiveness study. Prim Care Diabetes, 2013. 7(4): p. 275-82.
3. **Tuan Kiet Pham, H., et al.,** Direct medical costs of diabetes and its complications in Vietnam: A national health insurance database study. Diabetes Res Clin Pract, 2020: p. 108051.
4. **Shono, A., et al.,** Budget impact analysis reveals walk-in fingertip HbA1c testing in community pharmacies could provide a significant long-term reduction in public expenditure. Res Social Adm Pharm, 2021. 17(2): p. 368-371.

CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN THOÁT VỊ BỊT

Lê Thanh Dũng^{1,2}, Thân Văn Sỹ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm hình ảnh của thoát vị bịt trên cắt lớp vi tính (CLVT). **Đối tượng và phương pháp:** Các trường hợp thoát vị bịt chẩn đoán trên CLVT tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 9 năm 2019 đến 1 năm 2023 được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** 15 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tất cả các bệnh nhân đều là nữ, tuổi trung vị là 83 tuổi (48 - 92). Mười ba trường hợp đến viện trong bệnh cảnh tắc ruột cấp với các triệu chứng đau bụng, bụng chướng. Hai trường hợp phát hiện tình cờ khi khám ổ bụng. Tất cả các trường hợp đều được chẩn đoán trên CLVT trước phẫu thuật. 13 trường hợp vào viện cấp cứu đều do thoát vị bịt bởi quai ruột non. Năm trường hợp biểu hiện thiếu máu ruột, và 3 trong số đó có biểu hiện viêm phúc mạc. Chín trường hợp được phẫu thuật sửa chữa thoát vị, hai trường hợp không cấp cứu được phẫu thuật theo lịch. Bốn trường hợp còn lại từ chối điều trị do toàn

trạng nặng. Trong số các bệnh nhân phẫu thuật, có 3 trường hợp tiến triển nặng và tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. **Kết luận:** Cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân và mức độ nặng tắc ruột, bao gồm cả phát hiện thoát vị bịt. Phẫu thuật là cần thiết trong các trường hợp tắc ruột cấp do thoát vị bịt.

Từ khoá: Thoát vị bịt, cắt lớp vi tính, tắc ruột cấp

SUMMARY

COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSIS OF OBTURATOR HERNIA

Objective: Describe the imaging features of obturator hernia on computed tomography (CT). **Patients and methods:** All patients with diagnosis of obturator hernia on abdominal CT at Viet Duc University Hospital from September 2019 to January 2023 were included in this study. **Results:** 15 patients were included in the study; all patients were female, with median age was 83 years (48 - 92). Thirteen cases presented to the hospital with acute intestinal obstruction, abdominal pain, and distention. Two cases were discovered incidentally during the abdominal examination. All cases were diagnosed on preoperative CT. Obturator hernia due to a loop of small bowel was seen in 13 patients. Five cases presented with intestinal ischemia, and 3 of them presented with peritonitis. An emergency operation

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 24.3.2023

treated nine cases; two non-emergent cases were scheduled for surgery. The remaining four cases refused treatment due to severe conditions. There was three death among the surgical patients within 30 days after surgery. **Conclusion:** Abdominal CT plays an important role in diagnosing the cause and severity of intestinal obstruction, including detecting obturator hernia. Surgery is necessary in cases of acute intestinal obstruction due to an obturator hernia.

Keywords: Obturator hernia, computed tomography, acute bowel obstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bịt là một thoát vị ngoại hiểm gặp. Trước đây, thoát vị bịt hiếm khi được chẩn đoán ngay từ đầu, và thường được phát hiện tình cờ nhất trong quá trình phẫu thuật. Thoát vị bẹn có thể biểu hiện cấp tính với tình trạng tắc ruột (nghe ruột), phổ biến nhất là do đoạn ruột non bị kẹt lại trong ổ thoát vị. Điều này có thể đe dọa tính mạng, đặc biệt ở những bệnh nhân cao tuổi. Việc chẩn đoán, phát hiện sớm thoát vị bịt giúp việc phẫu thuật và xử lý triệt để, sớm hơn, tránh các biến chứng muộn ảnh hưởng tới sức khỏe của người bệnh.[1] Ngày nay, với sự ứng dụng phổ biến của cắt lớp vi tính (CLVT) trong thăm khám ổ bụng và cấp cứu, thoát vị bịt có thể được chẩn đoán và phát hiện trước phẫu thuật.[2,3] Trong báo cáo này, chúng tôi tổng kết các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và kết quả điều trị thoát vị bịt tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các trường hợp thoát vị bịt được chẩn đoán trước phẫu thuật dựa trên CLVT tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 1 năm 2023. Các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh, phẫu thuật được thu thập. Các biến định tính được biểu thị dưới dạng số lượng và tỷ lệ phần trăm, các biến định lượng được biểu thị dưới dạng trung vị (min – max).

Nghiên cứu hồi cứu số liệu từ hồ sơ bệnh án, dữ liệu hình ảnh trên hệ thống PACS và được sự đồng ý của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Mọi thông tin, số liệu được ghi nhận trung thực, chính xác chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

15 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 66 tuổi (từ 53 đến 87 tuổi). Hầu hết bệnh nhân vào viện với bệnh cảnh tắc ruột cấp, chỉ hai bệnh nhân được phát hiện khi thăm khám do đau bụng. Tất cả 15 bệnh nhân đều được chẩn đoán thoát vị bịt trên cắt lớp vi tính. Các đặc điểm chung của người bệnh và CLVT được thể hiện ở bảng 1. Tuổi cao, giới tính nữ,

gầy là các yếu tố nguy cơ của thoát vị bịt. Hầu hết các bệnh nhân đến viện khá muộn. Dấu hiệu thiếu máu ruột được thấy ở 4 bệnh nhân và trong số đó 3 trường hợp biểu hiện viêm phúc mạc.

Bảng 1: Các đặc điểm chung của người bệnh và hình ảnh CLVT

Các thông số	Số liệu
Tuổi (trung vị, min - max) (năm)	83 (48 – 92)
Giới nữ (n, %)	15 (100)
Tỷ số khối cơ thể (trung vị, min - max) (kg/m ²)	17,2 (15,3 – 23,4)
Thời gian từ khởi phát tới khi chẩn đoán (trung vị, min – max) (ngày)	5 (3 – 7)
Bên tổn thương	
Phải (n, %)	7 (46,67)
Trái (n, %)	7 (46,67)
Hai bên (n, %)	1 (6,66)
Đau bụng	13 (83,67)
Bụng chướng toàn bộ	13 (83,67)
Bụng xẹp	0
Tắc ruột cấp (n, %)	13 (83,67)
Tắc ruột non	13 (100)
Tắc đại tràng	0
Nội dung thoát vị:	
Ruột non (n, %)	14 (93,37)
Mạc nối (n, %)	1 (6,66)
Mạc treo (n, %)	0
Thiếu máu ruột (n, %)	5 (30)
Viêm phúc mạc (n, %)	3 (20)

Trong số 15 bệnh nhân, có 11 bệnh nhân được phẫu thuật, trong đó có 9 trường hợp được phẫu thuật cấp cứu qua mở bụng đường trắng giữa dưới rốn, 2 trường hợp không cấp cứu được phẫu thuật nội soi theo lịch. Bốn trường hợp phải cắt đoạn ruột và nối ngay do thiếu máu không hồi phục. Biến chứng sau mổ xuất hiện ở 10 trường hợp, trong đó 5 trường hợp biểu hiện biến chứng nhẹ độ I hoặc II theo phân loại Clavien-Dindo. 5 trường hợp khác biểu hiện biến chứng nặng sau mổ: 1 bệnh nhân rò tiêu hoá, 4 trường hợp viêm phổi sau điều trị, trong đó 3 bệnh nhân tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.

Bảng 2: Các thông số liên quan đến phẫu thuật

Các thông số	Số liệu
Tỷ lệ phẫu thuật (n, %)	11 (73,3)
Phẫu thuật mở (n, %)	9 (81,8)
Phẫu thuật nội soi (n, %)	2 (18,2)
Cắt đoạn ruột (n, %)	4 (36,4)
Biến chứng sau mổ theo Clavien-Dindo	
Độ I-II	5 (27,3)
Độ III-IV-V	5 (45,5)

Thời gian nằm viện (ngày, min - max)	15,5 (2-28)
Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật (n, %)	3 (27,3)

IV. BÀN LUẬN

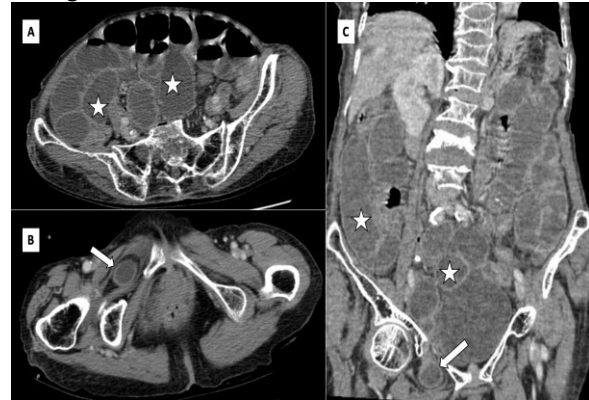
Thoát vị bịt là một thoát vị thành bụng hiếm gặp, xảy ra ở ống bịt do sự suy yếu cân mu của màng bịt giữa xương ngồi và xương mu. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu này phù hợp với các báo cáo trước đây rằng thoát vị bịt là một loại thoát vị đáng sợ, phổ biến ở người già, bệnh mãn tính, phụ nữ sinh nhiều con và gầy với nhiều bệnh đi kèm. Nasir và cs. báo cáo các dấu hiệu và triệu chứng phổ biến nhất của thoát vị bịt gồm: tắc ruột, đau bụng, đau vùng háng và có thể sờ thấy một khối vùng háng. Bệnh nhân cũng có thể có dấu hiệu Howship-Romberg, liên quan đến đau đùi bên trong khi xoay bên trong hông.[4] Mặc dù vậy, các triệu chứng lâm sàng ít khi đầy đủ, và ít đặc hiệu để khẳng định chẩn đoán. Các báo cáo gần đây đều nhấn mạnh vai trò của CLVT trong chẩn đoán thoát vị bịt.[5]

Ruột non là thành phần phổ biến nhất trong túi thoát vị, ngoài ra còn có thể là ruột thừa, mạc nối, buồng trứng, túi thừa Meckels, ống dẫn trứng và thậm chí cả tử cung.[6] Việc chẩn đoán và điều trị thường bị trì hoãn cho đến khi mở ổ bụng do tắc ruột, hoại tử hoặc viêm phúc mạc luôn dẫn đến tỷ lệ tử vong cao.[4] Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân đến viện trong tình trạng cấp cứu vì tắc ruột, do đó việc chụp CLVT là cần thiết để đánh giá mức độ nặng, tìm nguyên nhân và biến chứng của tắc ruột. Dấu hiệu nhiều quai ruột giãn với hình ảnh bụng chướng căng là hình ảnh rất thường gặp trong thoát vị bịt. Điều này được lý giải do các quai ruột nghẹt thường nằm ở hồi tràng, cùng với bệnh nhân đến viện muộn dẫn đến sự ứ trệ đáng kể ở phía thượng lưu. Tắc ruột non thường hiện bởi sự giãn các quai ruột cùng nhiều mức dịch – khí trong ruột non nằm ở giữa hoặc toàn bộ ổ bụng (Hình 1A). Với hình ảnh CLVT điển hình, dấu hiệu trực tiếp thoát vị bịt có thể thấy với quai ruột hoặc mỡ nằm giữa cơ lược và cơ bịt ngoài, và đây chính là điểm chuyển tiếp giữa quai ruột giãn và xẹp nếu có tắc ruột (Hình 1B và 1C). Hơn nữa, trong những trường hợp nghiêm trọng, phù nề, thiếu máu cục bộ, hoại tử và thủng ruột có thể được phát hiện bằng CLVT. Thực tế, CLVT đa dãy vùng bụng – tiểu khung cho tỷ lệ phát hiện thoát vị bịt trước phẫu thuật lên 90%.[3] Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 15 bệnh nhân (100%) đã được chẩn đoán

thoát vị bịt trên CLVT trước phẫu thuật.

Theo một số báo cáo trước đây, thoát vị bịt ưu thế hơn ở bên phải.[7] Tuy nhiên, trong của chúng tôi, không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa bên trái và bên phải. Một số nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự với kết quả của chúng tôi. Dấu hiệu thiếu máu ruột và viêm phúc mạc được phát hiện ở 5 (30%) và 3 (20%) trường hợp, với 4 (36,4%) trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương tự với kết quả của các nghiên cứu trước đây.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 9/13 bệnh nhân cấp cứu đều được thực hiện qua đường mổ trắng giữa dưới rốn. Lý giải điều này do hầu hết các bệnh nhân đều có toàn trạng nặng, đến viện muộn, khi các biểu hiện tắc ruột ở mức độ nặng, cùng với tỷ lệ hoại tử, thiếu máu ruột tương đối cao, do đó phẫu thuật mở sẽ được ưu tiên hơn. Hai trường hợp phẫu thuật nội soi do bệnh nhân tới viện không trong bệnh cảnh cấp cứu. Phẫu thuật sửa chữa thoát vị bịt thường được thực hiện với phương pháp rạch đường giữa dưới. Gần đây, phẫu thuật nội soi đã được báo cáo là một kỹ thuật xâm lấn tối thiểu và phương pháp tiếp cận ben với sửa chữa bằng lưới cũng được áp dụng cho thấy hiệu quả khả quan, hy vọng sẽ được phát triển và sử dụng nhiều hơn trong tương lai.



Hình 1: Bệnh nhân nữ 88 tuổi, đến viện vì đau bụng ngày thứ 5. Cắt lớp vi tính cho thấy hình ảnh tắc ruột non điển hình, vị trí chuyển tiếp nằm ở tiểu khung bên phải, với hình ảnh quai ruột non nghẹt tại lỗ bịt phải.

Việc phục hồi thành bụng có thể được thực hiện bằng việc đặt tấm lưới nhân tạo, hoặc có thể khâu phục hồi mà không đặt tấm lưới. Zhengzheng Li báo cáo 86 trường hợp thoát vị bịt, trong đó phẫu thuật được thực hiện cho 73 bệnh nhân.[2] Tuy nhiên, với các trường hợp có viêm phúc mạc, hoại tử ruột, nhóm tác giả này không sử dụng tấm lưới để phục hồi thành bụng

do những lo ngại về nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu.[2] Trong nghiên cứu của chúng tôi, các nhân cấp cứu đều được giải phóng và sửa chữa lỗ thoát vị bằng khâu đơn thuần hoặc khâu đính vòí trướng cùng bên vào lỗ thoát vị mà không sử dụng lưới nhân tạo.

V. KẾT LUẬN

Thoát vị bịt là nguyên nhân hiếm gặp gây tắc ruột cấp đòi hỏi chẩn đoán và điều trị kịp thời. CLVT đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán thoát vị bịt cũng như đánh giá tình trạng ổ bụng, biến chứng trước phẫu thuật. Bệnh thường gặp ở người già, gây yếu, nhiều bệnh lý kèm theo nên việc chẩn đoán và điều trị phẫu thuật kịp thời là chìa khóa để nâng cao hiệu quả điều trị thoát vị bịt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nakayama T, Kobayashi S, Shiraishi K, Nishiumi T, Mori S, Isobe K, et al. Diagnosis

and treatment of obturator hernia. Keio J Med. The Keio Journal of Medicine; 2002;51:129–32.

- Li Z, Gu C, Wei M, Yuan X, Wang Z. Diagnosis and treatment of obturator hernia: retrospective analysis of 86 clinical cases at a single institution. BMC Surg. BioMed Central; 2021;21:1–7.
- Liao C-F, Hsu K-C, Liu C-C, Chuang C-H. Obturator hernia: a diagnostic challenge of small-bowel obstruction. Am J Med Sci. Elsevier; 2010;339:92–4.
- Nasir BS, Zendejas B, Ali SM, Groenewald CB, Heller SF, Farley DR. Obturator hernia: the Mayo Clinic experience. Hernia. Springer; 2012;16:315–9.
- Blach O, Ghosh A. 'Little old lady's hernia'causing small bowel obstruction in a man: a case report with a review of literature on the pathophysiology of obturator hernias. Case Rep. BMJ Publishing Group; 2014;2014:bcr2014206574.
- Mantoo SK, Mak K, Tan TJ. Obturator hernia: diagnosis and treatment in the modern era. Singap Med J. 2009;50:866–70.
- Schmidt PH, Bull WJ, Jeffery KM, Martindale RG. Typical versus atypical presentation of obturator hernia. Am Surg. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2001;67:191–5.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG HỌC SÀN CHẬU VỚI LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT BẢO TỒN SA SINH DỤC NỮ

Lục Thị Huyền Ngọc¹, Trần Ngọc Dũng², Hoàng Đình Âu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) động học sàn chậu với lâm sàng trên nhóm bệnh nhân phẫu thuật bảo tồn sa sinh dục nữ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 19 bệnh nhân có triệu chứng sa sinh dục trên lâm sàng, được chụp CHT động học sàn chậu (DP-MRI) và phẫu thuật bảo tồn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 11 năm 2022. **Kết quả:** 19 bệnh nhân có triệu chứng sa sinh dục trên lâm sàng có độ tuổi trung bình là $67,47 \pm 11,29$, trong đó có 94,7 % bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên. Số lần sinh đẻ trung bình là $2,37 \pm 1,0$, chủ yếu là đẻ thường (89,5%). Gần 85% bệnh nhân có số lần đẻ ≥ 2 lần. Các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng thấy khối sa lồi tại âm đạo trong nghiên cứu đa số kèm theo các triệu chứng rối loạn tiêu hóa và tiết niệu. Tỷ lệ kèm sa bàng quang, sa túi cùng Douglas ở từng độ sa tử cung trên hình ảnh CHT là khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Trong khi đó không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa độ sa tử cung/ vòm âm đạo với tỷ lệ kèm sa hình túi/ sa trực tràng trên hình ảnh CHT. Ít có sự đồng thuận giữa phân độ sa sinh dục trên lâm sàng và phân độ sa sinh dục trên hình ảnh CHT động học sàn chậu. **Kết luận:** CHT động học sàn chậu (DP-MRI) đóng vai trò quan trọng trong phân độ sa sinh dục và đánh giá các tổn thương phối hợp giúp cho tiên lượng phẫu thuật tốt hơn.

Từ khóa: Sa sinh dục, CHT động học sàn chậu, phẫu thuật bảo tồn

SUMMARY

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE DYNAMIC PELVIC MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND CLINIC ON THE PATIENTS WITH CONSERVATIVE UTERINE PROLAPSE SURGERY

Purpose: To evaluate the relationship between Dynamic Pelvic Magnetic Resonance Imaging (DP-MRI) characteristics and clinic on the patients with conservative uterine prolapse surgery. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 19 patients with clinical symptoms of uterine prolapse, underwent DP-MRI and conservative repair surgery at Hanoi Medical University Hospital from October 2021 to November 2022. **Results:** Mean age was $67,47 \pm 11,29$, most of them (95 %) were over 50 y.o. The mean birthrate was $2,37 \pm 1,0$, in which the number

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023