

đoán đúng trên CHT có ĐQNK khi so sánh với phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 75%. Nghiên cứu của Waldt³ về tổn thương sụn viền có trật khớp vai ra trước có đối chiếu với phẫu thuật thì độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của phát hiện tổn thương trước dưới trên CHT có ĐQNK lần lượt là 88%, 91% và 89%. Như vậy, kết quả về độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác ở nghiên cứu của chúng tôi cao tương đương với tác giả Bryan Loh⁷.

4.3. Tổn thương SLAP trên CHT có ĐQNK. Bảng 3 cho thấy có 11 bệnh nhân tổn thương SLAP trong đó có 8 bệnh nhân do chấn thương và 3 bệnh nhân không do chấn thương. SLAP là hình thái tổn thương sụn viền hay gặp ở các bệnh nhân chơi các môn thể thao như tennis, golf, bóng chày, do vai bị xoay quá mức với lực li tâm lớn, dẫn tới kéo giãn và tổn thương vị trí bám của đầu dài gân nhị đầu vào bờ trên ổ chảo. Chính vì thế, theo nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương SLAP gặp ở nhóm chấn thương nhiều hơn là không do chấn thương. Theo nghiên cứu của Phạm Ngọc Hoa, Hồ Ngọc Tú cho thấy tổn thương SLAP trong trật khớp vai tái diễn là 14%⁸. Tuy nhiên, SLAP không là nguyên nhân gây trật khớp vai, nó có thể là tổn thương đơn độc trong bệnh lý rách gân cơ chóp xoay kèm theo hoặc do tổn thương bao khớp, hoặc nó cũng có thể đi kèm với tổn thương sụn viền gây trật khớp như tổn thương Bankart

V. KẾT LUẬN

Tổn thương sụn viền ổ chảo xương vai hay

gặp do chấn thương. Trong các thể tổn thương sụn viền thì tổn thương Banbart hay gặp nhất và là nguyên nhân chủ yếu của trật khớp vai tái diễn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy CHT có ĐQNK là phương pháp có độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán rất cao trong đánh giá tổn thương sụn viền ổ chảo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyền, N.Q.**, Bài giảng giải phẫu học. 2014. 28-67.
2. **Stoller, D.W.**, Magnetic Resonance Imaging in Orthopaedics and Sports Medicine, Chapter 8 The shoulder. 3rd ed. 2007: Lippincott Williams & Wilkins.
3. **Waldt, S., et al.**, Anterior shoulder instability: accuracy of MR arthrography in the classification of anteroinferior labroligamentous injuries. Radiology, 2005. 237(2): p. 578-83.
4. **Lill, H., et al.**, MRI arthrography--improved diagnosis of shoulder joint instability. Unfallchirurg, 1997. 100(3): p. 186-92.
5. **Flannigan, B., et al.**, MR arthrography of the shoulder: comparison with conventional MR imaging. AJR Am J Roentgenol, 1990. 155(4): p. 829-32.
6. **Chung, C.B., L. Corrente, and D. Resnick, MR** arthrography of the shoulder. Magn Reson Imaging Clin N Am, 2004. 12(1): p. 25-38, v-vi.
7. **Loh, B., J.B. Lim, and A.H. Tan**, Is clinical evaluation alone sufficient for the diagnosis of a Bankart lesion without the use of magnetic resonance imaging? Ann Transl Med, 2016. 4(21): p. 419.
8. **Phạm Ngọc Hoa, H.N.T.**, Hình ảnh rách sụn viền trên cộng hưởng từ có tiêm tương phản nội khớp trong trật khớp vai tái hồi. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2009. 13: p. 265-270.
9. **Hà, P.C.**, Báo cáo kết quả bước đầu ứng dụng kỹ thuật chụp cộng hưởng từ khớp vai với tiêm tương phản từ nội khớp. 2006.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA LIỆU PHÁP KHÁNG SINH CÓ SỬ DỤNG KHÍ DUNG COLISTIN TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY

Lưu Quang Thùy¹, Lê Thị Nguyệt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả lâm sàng của liệu pháp kháng sinh có sử dụng khí dung Colistin so với đường tĩnh mạch trong điều trị viêm phổi liên quan thở máy do vi khuẩn Gram(-). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp tiến cứu, thử

nghiệm lâm sàng, phân nhóm ngẫu nhiên có đối chứng. 60 bệnh nhân được chia thành hai nhóm theo phương pháp rút thăm ngẫu nhiên: Nhóm khí dung (KD): sử dụng 2MUI colistin pha trong 10ml nước muối vô trùng khí dung 6h/lần trong 30 phút; Nhóm tĩnh mạch (TM): sử dụng LD 9MUI colistin, sau đó 2MUI pha 50ml nước muối SE tĩnh mạch trong 60 phút x 6h/ lần. Thu thập số liệu về thay đổi lâm sàng của 2 nhóm nghiên cứu, xử lý và so sánh bằng các phương pháp thống kê. **Kết quả nghiên cứu:** tỷ lệ có đáp ứng về lâm sàng của nhóm bệnh nhân dùng Colistin khí dung là 76.7% và với nhóm bệnh nhân dùng Colistin đường tĩnh mạch là 70%. Tỷ lệ có đáp ứng về lâm sàng ngày 3, ngày 7 và ngày 10 của đường khí dung lần lượt là 20%, 66.7% và 76.7%, với nhóm đường tĩnh mạch lần lượt là 16.7%, 50% và 66.7%.

¹Bệnh viện Việt Đức

²Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.4.2023

Thời gian cắt sốt của nhóm sử dụng khí dung nhanh hơn so với nhóm tĩnh mạch: trung bình 3 ngày ở nhóm KD và 5 ngày ở nhóm TM. Tỷ lệ tử vong ở nhóm KD thấp hơn nhóm TM (20% so với 30%). **Kết luận:** Mặc dù phác đồ có sử dụng kháng sinh colistin đường khí dung đạt hiệu quả thành công về lâm sàng tốt hơn đường tĩnh mạch nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Viêm phổi liên quan đến thở máy, Vi khuẩn Gr(-), Colistin, khí dung

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE CLINICAL EFFICACY OF ANTIBIOTIC THERAPY USING COLISTIN NEBULIZER IN THE TREATMENT OF VENTILATOR-RELATED PNEUMONIA

Objectives: To evaluate the clinical effectiveness of antibiotic therapy using nebulized Colistin compared with intravenous route in the treatment of ventilator-associated pneumonia caused by Gram(-) bacteria. **Methods:** Prospective study, clinical trial, randomized controlled group. 60 patients were divided into two groups by random drawing: Nebulized group (KD): use 2MUI colistin mixed in 10ml of sterile saline, nebulize every 6 hours for 30 minutes; Intravenous group (TM): use LD 9MUI colistin, then 2MUI mix 50ml of saline SE intravenously for 60 minutes x 6 hours/time. Collect data on clinical changes of the 2 study groups, process and compare by statistical methods. **Results:** The rate of patients had clinical response in group of patients using nebulized Colistin was 76.7% and the group of patients using intravenous Colistin was 70%. The rates of patients had clinical response on day 3, day 7 and day 10 of the nebulized route were 20%, 66.7% and 76.7%, respectively, with the intravenous group were 16.7%, 50% and 66.7%, respectively. The time patients had fever reduction of the nebulizer group was faster than that of the intravenous group: an average of 3 days in the KD group and 5 days in the TM group. Mortality was lower in the KD group than in the TM group (20% vs. 30%). **Conclusion:** Although the regimen using the Nebulized Colistin antibiotic had better clinical success than the intravenous route, the difference was not statistically significant.

Keywords: Ventilator-associated pneumonia, Gr(-), Colistin, Nebulized, clinical efficacy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là bệnh nhiễm trùng bệnh viện phổ biến nhất trong hồi sức tích cực (HSTC) làm tăng tỷ lệ tử vong, tăng sự kháng kháng sinh của vi khuẩn, kéo dài thời gian điều trị, tăng chi phí y tế và làm phức tạp quá trình điều trị bệnh lý nền phải nằm hồi sức¹. Nguyên nhân gây VPLQTM thường thay đổi theo thời gian và địa điểm khác nhau, nhưng các vi khuẩn gây VPLQTM thường gặp chủ yếu là các chủng vi khuẩn gram âm: Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, đặc trưng bởi tỷ lệ tái phát cao và

thường xuyên lựa chọn kháng sinh mới mặc dù đã điều trị kháng sinh ban đầu đầy đủ. Colistin là kháng sinh thuộc nhóm polymycin, một loại kháng sinh phụ thuộc thời gian và nồng độ, nhạy cảm tốt với một số loại vi khuẩn đặc biệt là các vi khuẩn gram âm gây nhiễm khuẩn bệnh viện. Colistin thấm rất kém vào nhu mô phổi, khoang màng phổi, dịch màng tim và dịch não tủy². Khí dung kháng sinh có khả năng tạo ra nồng độ thuốc cao trong mô phổi ở phổi bình thường và phổi bị nhiễm trùng, giúp lắng đọng tại phổi nhiều hơn và từ đó có hiệu quả tiêu diệt vi khuẩn³. Ngoài ra, khí dung kháng sinh còn ít hấp thu và giảm tác dụng phụ toàn thân. Vậy khí dung colistin thực sự có hiệu quả so với đường tĩnh mạch hay không cần được đánh giá trên thực tế lâm sàng. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá hiệu quả lâm sàng của liệu pháp kháng sinh có sử dụng khí dung Colistin trong điều trị viêm phổi liên quan thở máy".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán viêm phổi liên quan thở máy: Dựa theo bảng điểm lâm sàng viêm phổi CPIS của Pugin: điểm viêm phổi > 6 sau thở máy ít nhất 48 giờ (không lấy tiêu chuẩn vi khuẩn); có chỉ định dung colistin: Cấy ra vi khuẩn Gram (-) đa kháng có kháng sinh đồ nhạy với Colistin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

a. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Gây mê hồi sức Ngoại khoa, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022

b. Cỡ mẫu: 60 bệnh nhân được chia thành hai nhóm ngẫu nhiên, mỗi nhóm 30 bệnh nhân:

+ Nhóm khí dung (KD): sử dụng 2MUI colistin pha trong 10ml nước muối vô trùng khí dung 6h/lần trong 30 phút.

+ Nhóm tĩnh mạch (TM): sử dụng LD 9MUI colistin, sau đó 2MUI pha 50ml nước muối SE tĩnh mạch trong 60 phút x 6h/ lần

c. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

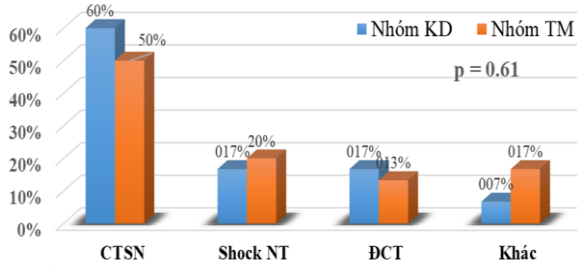
3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

| | Nhóm KD (n =30) | Nhóm TM (n =30) | |
|----------------|--------------------|--------------------|-------|
| Tuổi (năm) | 50.2 ± 20.9 | 53.8 ± 19.5 | 0.529 |
| Giới (nam%) | 24 (80) | 26 (86.7) | 0.488 |
| Chiều cao (cm) | 164.0 ± 6.8 | 165.4 ± 5.4 | 0.378 |

| | | | |
|--------------------------|--------------|--------------|-------|
| Cân nặng (kg) | 62.7 ± 4.0 | 63.6 ± 4.1 | 0.410 |
| BMI (kg/m ²) | 23.37 ± 1.85 | 23.25 ± 1.49 | 0.790 |
| Điểm CPIS ban đầu | 9[8-10] | 8[7.75-9] | 0.427 |

Nhận xét: Đặc điểm về tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI của 2 nhóm bệnh nhân khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về mức độ suy đa tạng (SOFA), điểm nhiễm trùng phổi (CPIS), tại thời điểm bắt đầu dùng colistin ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.1. Phân bố nhóm bệnh lý nguyên nhân thở máy

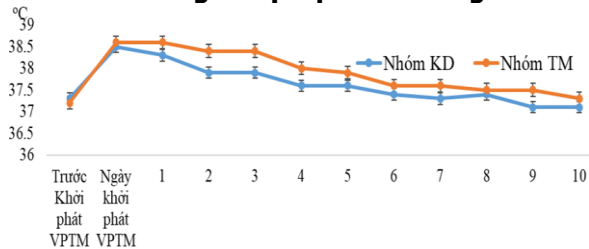
Nhận xét: Không có sự khác biệt về phân bố nhóm bệnh lý nguyên nhân thở máy của hai nhóm ($p > 0,05$). Nguyên nhân chính thở máy là chấn thương sọ não.

Bảng 3.2. Đặc điểm vi sinh của bệnh nhân nghiên cứu

| Vi khuẩn phân lập được | Nhóm chung n = 60 | Nhóm KD n = 30 | Nhóm TM n = 30 | p |
|-------------------------|-------------------|----------------|----------------|-------|
| Acinetobacter baumannii | 40 (66.7%) | 19 (63.3%) | 21 (70%) | 0.850 |
| Klebsiella pneumoniae | 5 (8.3%) | 3 (10%) | 2 (6.7%) | |
| Pseudomonas aeruginosa | 15 (25%) | 8 (26,7%) | 7 (23.3%) | |

Nhận xét: Vi khuẩn phân lập được của hai nhóm là như nhau và chủ yếu là Acinetobacter baumannii ($p > 0,05$).

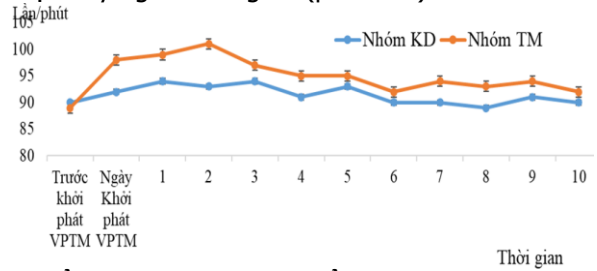
3.2. Đánh giá hiệu quả lâm sàng



Biểu đồ 3.2. Sự thay đổi nhiệt độ trong quá trình điều trị

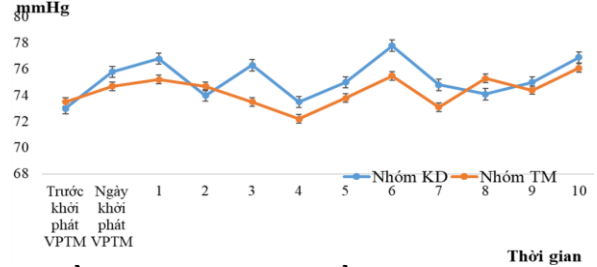
Nhận xét: Bệnh nhân dùng phác đồ khí dung Colistin mất trung bình 3 ngày về nhiệt độ bình thường trong khi đó những bệnh nhân dùng

đường tĩnh mạch cần 5 ngày để hết sốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).



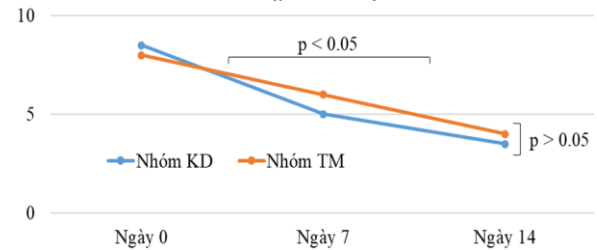
Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi về tần số tim theo thời gian điều trị

Nhận xét: Trong quá trình điều trị mạch của bệnh nhân có xu hướng giảm so với ban đầu và ổn định, không có sự khác biệt ở hai nhóm ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi HATB trung bình theo thời gian điều trị

Nhận xét: Trong quá trình điều trị huyết áp trung bình của bệnh nhân ổn định, không có sự khác biệt ở hai nhóm ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi của điểm CPIS

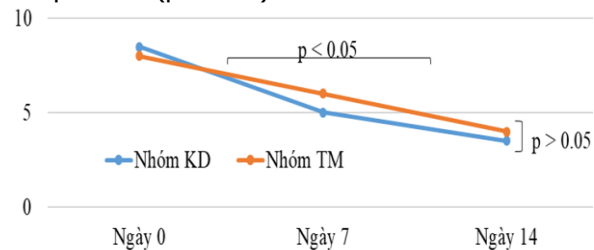
Nhận xét: Bệnh nhân dùng phác đồ khí dung Colistin mất trung bình 3 ngày về nhiệt độ bình thường trong khi đó những bệnh nhân dùng đường tĩnh mạch cần 5 ngày để hết sốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

Bảng 3.3. Hiệu quả đáp ứng lâm sàng của hai nhóm theo thời gian

| | Nhóm KD | Nhóm TM | p |
|--------------------------------------|---------|---------|-------|
| Tỷ lệ có đáp ứng về lâm sàng ngày 3 | 20% | 16.7% | 0.877 |
| Tỷ lệ có đáp ứng về lâm sàng ngày 7 | 67.3% | 50% | 0.240 |
| Tỷ lệ có đáp ứng về lâm sàng ngày 10 | 76.7% | 66.7% | 0.162 |

| | | | |
|------------------------------------|-------|-----|-------|
| Tỷ lệ có đáp ứng về lâm sàng chung | 76.7% | 70% | 0,081 |
|------------------------------------|-------|-----|-------|

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ có đáp ứng lâm sàng tại ngày 3, 7, 10 và chung của hai phác đồ ($p > 0.05$).



Biểu đồ 3.6. Sự thay đổi của điểm CPIS

Nhận xét: Cả hai phác đồ đều có hiệu quả làm giảm điểm CPIS trước và sau điều trị với khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Hiệu quả làm giảm điểm CPIS ở ngày thứ 7 của hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

- Đặc điểm giới, tuổi, chiều cao, cân nặng: Trong số các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam và nữ phân bố không đều ở cả hai nhóm: tỷ lệ nam giới của nhóm KD là 80% và nhóm TM là 86.7%, tỷ lệ này không khác biệt giữa cả hai nhóm và tương đương với các nghiên cứu trong nước. Hai nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về tuổi, chiều cao và cân nặng ($p > 0.05$). Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự là $50,2 \pm 20,8$ (nhóm KD) và $53,5 \pm 19,5$ (nhóm TM). Tỷ lệ lứa tuổi lao động (18 – 60) chiếm 66.7% và 70% tương ứng ở nhóm KD và TM, điều này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi với tình hình bệnh chiếm đa số là chấn thương do tai nạn giao thông: CTSN và ĐCT. Cân nặng là yếu tố quan trọng trong việc tính liều nạp ở bệnh nhân có chỉ định dùng colistin, trong nghiên cứu của chúng tôi, cân nặng trung bình của nhóm KD là $62,7 \pm 4,0$ và nhóm TM là $63,6 \pm 4,1$.

- Bệnh lý nguyên nhân thở máy: Không có sự khác biệt về phân bố nhóm nguyên nhân của hai nhóm bệnh nhân dùng colistin ($p > 0.05$). Nguyên nhân hàng đầu của bệnh nhân vào khoa hồi sức tích cực là chấn thương sọ não chiếm 55% ở nhóm chung, chiếm 60% ở nhóm KD và 50% ở nhóm TM, tương tự nghiên cứu của Ji Young Jang⁴ với bệnh lý nguyên nhân thở máy chủ yếu là CTSN (20%), XHN (27.4%) và ĐCT (15.8%).

- Đặc điểm vi sinh: Tác nhân chính là vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* với tỷ lệ 63,3% ở

nhóm KD và 70% ở nhóm TM; tiếp sau đó là *Pseudomonas aeruginosa* lần lượt là 26,7% và 23,3%; *Klebsiella pneumoniae* chiếm lần lượt là 10% và 6,7%.

4.2. Hiệu quả lâm sàng

- Nhiệt độ: khi bắt đầu dùng colistin, các bệnh nhân đều có nhiệt độ ở mức cao, với nhóm khí dung nhiệt độ trung bình tại thời điểm T0 là $38,5^{\circ}\text{C}$ và với nhóm tĩnh mạch là $38,6^{\circ}\text{C}$. Cả hai nhóm bệnh nhân sau khi dùng colistin đều có nhiệt độ giảm dần về mức bình thường. Bệnh nhân dùng colistin đường khí dung mất trung bình 3 ngày về nhiệt độ bình thường trong khi đó những bệnh nhân dùng đường tĩnh mạch mất trung bình 5 ngày để hết sốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Mạch và huyết áp: Trong quá trình điều trị, huyết động của hai nhóm đều ổn định và không có sự khác biệt ($p > 0.05$).

- Bảng điểm CPIS: Tại thời điểm bắt đầu dùng colistin, CPIS trung bình của hai nhóm khí dung và tĩnh mạch ở mức 8,5 và 8 điểm, trong quá trình dùng colistin, cả hai liệu đều có hiệu quả làm giảm điểm CPIS. Với phác đồ dung đường khí dung ngày thứ 7 còn 5 điểm, với phác đồ dung đường tĩnh mạch điểm CPIS ngày thứ 7 còn 6 điểm, kết thúc quá trình điều trị điểm CPIS của cả hai nhóm đều < 6 (tương ứng 3,5 điểm ở nhóm KD và 4 điểm ở nhóm TM), cả hai liệu đều có khả năng cải thiện điểm CPIS, và hiệu quả này như nhau. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Ji Young Jang⁴.

- Khả năng có đáp ứng về mặt lâm sàng: dựa trên sự cải thiện của tình trạng lâm sàng và sự thay đổi của nồng độ CRP. Dựa vào đó, tỷ lệ có đáp ứng về lâm sàng của nhóm bệnh nhân dùng Colistin khí dung 76.7%% và với nhóm bệnh nhân dùng Colistin đường tĩnh mạch là 70%. Tỷ lệ có đáp ứng về lâm sàng ngày 3, ngày 7 và ngày 10 của đường khí dung lần lượt là 20%, 66.7% và 76.7%, với nhóm đường tĩnh mạch lần lượt là 16.7%, 50% và 66.7%. Mặc dù phác đồ có sử dụng kháng sinh colistin đường khí dung đạt hiệu quả thành công về lâm sàng tốt hơn đường tĩnh mạch nhưng sự khác biệt không đạt ngưỡng có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Khi chúng tôi so sánh hiệu quả lâm sàng của nghiên cứu chúng tôi với các nghiên cứu khác cũng thấy có sự tương đồng về tác dụng của colistin. MJ Perez và cộng sự nghiên cứu hiệu quả của khí dung colistin trong viêm phổi do *Acinetobacter baumannii* đa kháng cho tỷ lệ đáp ứng lâm sàng với nhóm khí dung và tĩnh mạch lần lượt là 77.8% và 80% ($p > 0.05$)⁵. Nghiên cứu của Nguyễn Bá

Cường⁶ dùng colistin liều cao đạt 73.9%.

V. KẾT LUẬN

- Thời gian cắt sốt của nhóm sử dụng khí dung nhanh hơn so với nhóm tĩnh mạch: trung bình 3 ngày ở nhóm KD và 5 ngày ở nhóm TM ($p < 0.05$).

- Điểm viêm phổi (CPIS): cải thiện sau điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên không khác biệt giữa hai nhóm.

- Hiệu quả đáp ứng lâm sàng và kết quả điều trị khi ra viện ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arthur LE, Kizor RS, Selim AG., et al. Antibiotics for Ventilator Associated Pneumonia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(10).
2. Markantonis S.L, Markou N, Fousteri M, et al (2009). "Penetration of Colistin into Cerebrospinal

Fluid". Antimicrob Agents Chemother, 53(11), 4907-10.

3. Qin Lu, MD, et al (2012). "Efficacy of High-Dose Nebulized Colistin in Ventilator-Associated Pneumonia Caused by Multidrug-Resistant Pseudomonas Aeruginosa and Acinetobacter Baumannii". Anesthesiology December 2012, 117, 1335-1347.
4. Ji Young Jang, et al (2017), "Efficacy and Toxicity of High-Dose Nebulized Colistin for Critically Ill Surgical Patients with Ventilator-Associated Pneumonia Caused by Multidrug Resistant Acinetobacter Baumannii". Journal of Critical Care, (40), 251-256.
5. MJ Perez-Pedrero, M Sanchez-Casado, S Rodriguez-Villar (2011). Nebulized Colistin Treatment of Multi-Resistant Acinetobacter Baumannii Pulmonary Infection in Critical Ill Patients. Med Intensiva, 35(4), 266-31.
6. Nguyễn Bá Cường (2017). "Đánh Giá Hiệu Quả và Độc Tính Trên Thận Của Hai Chế Độ Liều Sử Dụng Colistin ở Bệnh Nhân Viêm Phổi Liên Quan Thở Máy". Luận Văn Bác Sĩ Nội Trú. Đại Học Y Hà Nội.

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN ĐỘ GIAI ĐOẠN T UNG THƯ BÀNG QUANG

Nghiêm Phương Thảo¹, Nguyễn Thiện Vượng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng (CHT) và đánh giá vai trò của CHT trong chẩn đoán phân độ giai đoạn T của ung thư bàng quang (UTBQ). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 40 bệnh nhân UTBQ được chụp CHT vùng chậu, được phẫu thuật và chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh (GPB) qua bệnh phẩm sinh thiết qua nội soi hoặc bệnh phẩm sau phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân từ 01/06/2019 đến 31/10/2022. Tất cả phim CHT được đánh giá trước phẫu thuật và so sánh với kết quả mô bệnh học. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 40 trường hợp UTBQ. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $61,25 \pm 15,34$ (tuổi). Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (67%). Kết quả mô bệnh học cho thấy ung thư tế bào chuyển tiếp chiếm đa số với 37 trường hợp (chiếm 92,5%), ung thư tế bào gai chiếm 7,5%. U chủ yếu gặp ở thành bên (42%), đa số có 1 u (70%). Kích thước u trung bình là $18,18 \pm 17,18$ (mm). Đa số ung thư bàng quang có hình dạng polyp với 17 trường hợp (42,5%), trong đó phần lớn là polyp có cuống (70%). Có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa hình dạng u, kích thước u và mức độ xâm lấn cơ bàng quang ($p < 0,001$). Đa số u

dạng polyp là u chưa xâm lấn cơ bàng quang, chiếm $13/17 = 76,5\%$. Trên chuỗi xung T2W, đa số các u có tín hiệu trung gian (92,5%), tín hiệu thấp chiếm 7,5%. Giá trị của các chuỗi xung trong việc phân biệt giai đoạn $\leq T1$ và $\geq T2$ khi sử dụng đơn độc chuỗi xung T2W có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác lần lượt là 78,3%; 41,2%; 62,5%; khi kết hợp T2W và DCE thì các tỉ lệ này là 95,7%; 58,8%; 80%; khi kết hợp 2 chuỗi xung T2W và DWI thì các tỉ lệ này lần lượt là 91,3%; 82,4%; 87,5%; khi kết hợp 3 chuỗi xung T2W với DCE và DWI thì tỉ lệ này là 95,7%; 88,2%; 92,5%. Diện tích dưới đường cong (AUC) cho thang điểm VIRADS trong phân biệt ung thư bàng quang có hay không tình trạng xâm lấn cơ là 0,948, với ngưỡng cut-off 3 cho độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất trong chẩn đoán lần lượt là 96,7% và 82,4%. **Kết luận:** CHT là phương pháp chẩn đoán hình ảnh chẩn đoán chính xác giai đoạn T của ung thư bàng quang, giúp các nhà lâm sàng lập kế hoạch điều trị thích hợp cho bệnh nhân.

Từ khóa: ung thư bàng quang, cộng hưởng từ, giai đoạn T, VI-RADS

SUMMARY

ROLE OF MRI IN DIAGNOSIS OF BLADDER CANCER FOR T-STAGING

Objective: Describing imaging characteristics and assessing values of MRI in the diagnosis of bladder cancer at T-stage. **Subjects and Methods:** 40 patients with bladder cancer, undergo pelvic MRI, diagnosed, operated, and had pathology results from 01/06/2019 to 31/10/2022 at Binh Dan hospital. All

¹Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Phương Thảo

Email: nghiempuongthao2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.4.2023