

2.	Vấn đề gì về dụng cụ cần giải quyết	216	99,5	-	-	-	-	216	99,5
3.	Dán nhãn mẫu bệnh phẩm đầy đủ thông tin	38/47 ca áp dụng	80,9	-	-	-	-	38/47 ca áp dụng	80,9
4.	Đảm bảo an toàn và vô khuẩn các hệ thống dẫn lưu	23/25 ca áp dụng	92	-	-	-	-	23/25 ca áp dụng	92
5.	Có xác định vấn đề chính về hồi sức và chăm sóc NB sau phẫu thuật	217	100	217	100	217	100	-	-
Chung (5 tiêu chí)		172	79,3	217	100	217	100	172	79,3

Việc xác định các vấn đề chính về hồi sức và chăm sóc người bệnh vào bảng kiểm ATPT ở đây được thực hiện 100%. Các lưu ý chủ yếu là theo dõi dấu hiệu sinh tồn của người bệnh và tình trạng chảy máu. Việc theo dõi các vấn đề này đảm bảo người bệnh không gặp tình trạng tai biến gì khi rời khỏi phòng phẫu thuật. Nội dung có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất trong các nội dung ở giai đoạn trước khi người bệnh rời phòng phẫu thuật là việc thực hiện dán nhãn mẫu bệnh phẩm đầy đủ thông tin với tỷ lệ tuân thủ chỉ 80,9% và đây là hoạt động cực kỳ quan trọng để đảm bảo tránh nhầm lẫn các mẫu bệnh phẩm của người bệnh với nhau.

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ tuân thủ quy trình ATPT chung là 62,7%. Tỷ lệ tuân thủ cao nhất ở giai đoạn trước khi gây mê/tê với 84,8%, thấp nhất là giai đoạn trước khi rạch da với 77,0%.

- Tỷ lệ tuân thủ quy trình ATPT của nhóm bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ/kỹ thuật viên gây mê đều là 81,6%, nhóm điều dưỡng thấp hơn với 69,6%.

- Tỷ lệ tuân thủ đánh giá nguy cơ mất máu ở giai đoạn trước khi gây mê/tê thấp với 47,6%; dự kiến thời gian phẫu thuật và thực hiện hình ảnh chẩn đoán thiết yếu ở giai đoạn trước khi rạch da lần lượt 88,2% và 76,4%; dán nhãn mẫu

bệnh phẩm đầy đủ ở giai đoạn trước khi người bệnh rời khỏi phòng phẫu thuật là 80,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2018), Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 của Bộ Y tế hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- Bộ Y tế** (2018), Quyết định 7482/QĐ-BYT ngày 18/12/2018 của Bộ Y tế ban hành kèm theo bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật.
- Nguyễn Thị Thu Hà** (2015), Thực trạng thực hiện bảng kiểm phẫu thuật trong thông tin can thiệp tại Viện tim mạch Việt Nam.
- Ngô Thị Mai Hương và cộng sự** (2017), Đánh giá kết quả thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật tại khoa gây mê hồi tỉnh Bệnh viện sản nhi tỉnh Quảng Ninh, Đề tài cơ sở Bệnh viện Sản nhi tỉnh Quảng Ninh.
- Huỳnh Thanh Phong** (2018), Khảo sát việc thực hiện bảng kiểm an toàn người bệnh trong phẫu thuật và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Nhân Dân 115 thành phố Hồ Chí Minh năm 2018, Trường Đại học Y tế công cộng.
- Dominique McGinlay, Derick Moore và Aurel Mironescu** (2015), "A prospective observational assessment of Surgical Safety Checklist use in Brasov Children's Hospital, barriers to implementation and methods to improve compliance", Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care. 22(2), tr. 111-121.
- WHO** (2009), Cẩm nang thực hành Bảng kiểm An toàn Phẫu thuật WHO.

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỬ TRONG CHẨN ĐOÁN NANG ỐNG MẬT CHỦ Ở TRẺ EM

Lê Thị Thanh Thảo¹, Nguyễn Cao Cường², Nghiêm Phương Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm hình ảnh nang ống mật chủ (NOMC) ở trẻ em trên cộng hưởng từ (CHT)

¹Trung tâm Y Khoa Medic

²Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Thảo

Email: drlethanhthao@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2023

Ngày duyệt bài: 20.4.2023

và đánh giá vai trò cộng hưởng tử trong chẩn đoán nang ống mật chủ ở trẻ em. **Phương pháp:** 43 bệnh nhân được chẩn đoán NOMC sau mổ và có siêu âm (SA), chụp CHT mật-tụy trước mổ tại bệnh viện Nhi đồng Thành phố (BVNĐTP) từ ngày 01 tháng 01 năm 2020 đến ngày 30 tháng 07 năm 2022. Hình ảnh CHT được so sánh với kết quả trong mổ. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** Trong 43 bệnh nhân NOMC gồm 32 nữ và 11 nam, tuổi trung bình $54,5 \pm 42,7$ tháng (1 tháng – 14 tuổi). Tỷ lệ nữ/nam là 2,9/1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng 79,1% và nôn ói 53,5%. Đặc điểm hình ảnh NOMC trên CHT: Thể loại nang (theo

Todani) chỉ gặp loại I (79,1%) và loại IV (20,9%); Hình thái nang giãn dạng cầu 81,4%, dạng thoi (19,6%); Đường kính trung bình: $34,8 \pm 25,8\text{mm}$; Sỏi trong nang (37,2%); Giãn đường mật trong gan (39,5%). Kết quả CHT cho thấy có 7 trường hợp (16,3%) có bất thường kênh chung mật tụy (KCMT), 5 trường hợp (11,6%) có hẹp ống gan, 3 trường hợp (7%) có biến thể giải phẫu đường mật. Độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán bất thường KCMT lần lượt là 100%; 87,8%, trong chẩn đoán hẹp ống gan là 100%; 97,4%, trong chẩn đoán biến thể giải phẫu đường mật là 100%, 100%. **Kết luận:** CHT mật-tụy có giá trị cao trong phát hiện các bất thường KCMT, hẹp ống gan và các biến thể giải phẫu đường mật. CHT trước mổ nên được thực hiện ở các bệnh nhi NOMC.

Từ khóa: Cộng hưởng từ mật tụy, Nang ống mật chủ, Bất thường kênh chung mật tụy, Hẹp ống gan, Biến thể giải phẫu đường mật.

SUMMARY

ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN DIAGNOSING CHOLEDOCHAL CYSTS IN CHILDREN

Objective: Description the imaging characteristics of choledochal cyst on Magnetic Resonance Imaging (MRI). Determination the merits of MRI in diagnosing choledochal cysts in children.

Methods: 43 patients were diagnosed choledochal cyst postoperative and had Ultrasound and Magnetic Resonance Cholangiopancreatography (MRCP) from 1 January 2020 to 30 July 2022 in City Children's Hospital. MRI results were compared with intraoperative findings. Methods: Retrospective series of cases. Results: In 43 patients choledochal cyst including 32 girls and 11 boys: Mean age of $54,5 \pm 42,7$ months (1 months - 14 years). Female/male=2,9/1. The most common clinical symptoms were abdominal pain 79,1% and vomiting 53,5%. Choledochal cyst on MRI: The type of choledochal cysts (according to Todani): only type I (79,1%) (20,9%) and type IV. Type of dilatation: cystic dilatation (81,4%), fusiform dilatation (18,6%); Mean measurement: $34,8 \pm 25,8\text{mm}$; Stone in cyst (37,2%); intrahepatic duct dilatation (39,5%). On MRI, there are 7 cases (16,3%) anomalous pancreaticobiliary junction (APBJ), 5 cases (11,6%) hepatic duct stenosis and 3 cases (7%) anatomic variants of the biliary tree. The sensitivity, specificity was 100%; 87,8% in diagnosing APBJ, 100%; 97,4% in diagnosing hepatic duct stenosis and 100%, 100% in diagnosing anatomic variants of the biliary tree. **Conclusion:** MRCP has a high value in detecting APBJ, diagnosing hepatic duct stenosis and anatomic variants of the biliary tree. Pre-operative MRI should be performed in all of pediatric choledochal cysts patients.

Keywords: Magnetic Resonance Cholangiopancreatography (MRCP), Choledochal cyst, Abnormal pancreaticobiliary junction, Hepatic duct stenosis, Anatomic variants of the biliary tree.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

NOMC là hình thái bất thường giải phẫu bẩm sinh của đường mật, trong đó ống mật chủ giãn

hình cầu hoặc hình thoi, có kèm hay không giãn đường mật trong gan. NOMC hiếm gặp ở các nước phương Tây, chiếm tỷ lệ từ 1/100.000 đến 1/150.000 trẻ sinh ra sống, nhưng gặp nhiều hơn ở Châu Á, với tỷ lệ mắc 1/1.000. Ưu thế về giới rõ rệt, bệnh thường gặp ở nữ nhiều hơn nam từ 3 đến 4 lần^{1, 2}. Ở Việt Nam, hiện chưa có thống kê cụ thể về tỷ lệ mắc nhưng gần đây cho thấy tỷ lệ phát hiện NOMC tăng lên cùng với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

Hiện nay có rất nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh áp dụng để chẩn đoán trước mổ NOMC bao gồm: SA, cắt lớp vi tính, xạ hình, chụp đường mật, nội soi mật-tụy ngược dòng và CHT, mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm riêng. SA là phương tiện chẩn đoán ban đầu cho NOMC³. Tuy nhiên, siêu âm không thể khảo sát toàn bộ đường mật trong và ngoài gan cũng như KCMT. Cắt lớp vi tính cung cấp khá đầy đủ, chi tiết về vị trí, kích thước và đặc điểm của NOMC, nhưng còn nhiều mặt hạn chế vì có nguy cơ phơi nhiễm với tia X và chưa cung cấp được đầy đủ hình ảnh toàn bộ cây đường mật-tụy. Nội soi mật-tụy ngược dòng lại khó thực hiện ở trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh, đó là kỹ thuật xâm lấn, có thể xảy ra biến chứng, không thể thực hiện nhiều lần và cũng chống chỉ định trong trường hợp bệnh nhi bị viêm tụy cấp. Chụp đường mật trong mổ không xác lập được kế hoạch trước mổ. CHT mật-tụy được áp dụng lần đầu tiên năm 1991 để nghiên cứu và chẩn đoán các bệnh lý đường mật-tụy với nhiều ưu điểm như không xâm lấn, không dùng tia X, đặc biệt CHT có thể thấy hình ảnh cây đường mật 2 chiều hay 3 chiều, tái tạo trên các mặt phẳng, từ đó bộc lộ rõ nét hình ảnh giải phẫu của toàn bộ cây đường mật, ống tụy cũng như đoạn chung mật-tụy và các bất thường khác đi kèm. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả các đặc điểm hình ảnh nang ống mật chủ ở trẻ em trên cộng hưởng từ và đánh giá vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán nang ống mật chủ ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. đối tượng nghiên cứu

*** Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả các bệnh nhi nang ống mật chủ được phẫu thuật (PT) và có kết quả siêu âm và chụp CHT tại BVNĐTP mô tả đầy đủ các đặc điểm cần nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ thu thập thiếu sót và không đầy đủ theo phiếu thu thập số liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi

cứu, mô tả hàng loạt ca.

*** Kỹ thuật thu thập số liệu:**

• Bệnh nhân cần được nhịn ăn trước 6 giờ để túi mật căng to và bớt hơi đường tiêu hóa. Với trẻ < 36 tháng hoặc trẻ ≥ 36 tháng không hợp tác với thầy thuốc phải dùng thuốc an thần đường uống hoặc gây mê toàn thân.

• Các chuỗi xung sử dụng

✓ T1W GE (T1-weighted Gradient Echo): cắt theo mặt phẳng ngang và đứng ngang, không tiêm thuốc đối quang từ. Trên chuỗi xung này thường chia thành 2-3 khối cắt, mỗi khối cắt từ 8-10 lớp cắt và yêu cầu bệnh nhân nín thở cho mỗi khối cắt.

✓ T2W FSE (T2-weighted Fast Spin Echo): cắt theo mặt phẳng ngang, mặt phẳng đứng ngang.

✓ HASTE Thick slice (Half fourier Acquisition single Shot Turbo spin Echo) xung 3D FSE: Chuỗi xung này chỉ trên một lớp cắt duy nhất với độ dày lớp cắt khoảng 60mm trong vòng 4 giây cho hình ảnh 3 chiều về cây đường mật. Có thể chụp 6-8 chuỗi xung này để có hình ảnh cây đường mật theo các hướng khác nhau.

✓ HASTE Thin slice (Half fourier Acquisition single Shot Turbo spin Echo): Độ dày lớp cắt mỏng, thông thường khoảng 6-8mm, có trường hợp cần thiết có thể chụp với độ dày lớp cắt 3mm, thời gian chụp mỗi lớp cắt 1,2-1,4 giây, có thể chụp 10-14 lớp cắt, dọc theo trục cây đường mật.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20 để phân tích số liệu. So sánh các tỷ lệ bằng phép kiểm χ^2 , so sánh các giá trị trung bình bằng t-test hoặc Anova, tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên

đoán âm, độ chính xác theo công thức. Các kết quả được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Để đánh giá được vai trò của CHT, chúng tôi so sánh kết quả đọc phim với phẫu thuật.

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Nghiên cứu khảo sát dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên bệnh nhân, không thu thập thông tin tiết lộ danh tính cá nhân và mọi dữ liệu được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2: Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Số ca (%)
Tuổi (năm)	
<1	4 (9,3)
1-<5	26 (60,5)
5-15	13 (30,2)
Giới tính	
Nữ/Nam	32/11(2,9/1)
Triệu chứng lâm sàng	
Đau bụng	34(79,1)
Nôn	23(53,5)
Vàng da	6(14,0)
Phân bạc màu	6(14,0)
U hạ sườn phải	3(7,0)
Sốt	5(11,6)
Gan to	2(4,7)

Trong 43 bệnh nhân được nghiên cứu, lứa tuổi phát hiện NOMC nhiều nhất từ 1-<5 tuổi, tuổi trung bình $54,5 \pm 42,7$ tháng. Tỷ lệ nữ/nam là 2,9/1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng và nôn ói.

Bảng 3: Đặc điểm hình ảnh nang ống mật chủ trên siêu âm và cộng hưởng từ

Đặc điểm	Siêu âm	Cộng hưởng từ	Phẫu thuật
Kích thước nang (mm)	$31,2 \pm 22,9$	$34,8 \pm 25,8$	$36,4 \pm 25,9$
Hình dạng nang			
Hình cầu	31(72,1)	35 (81,4)	37 (86,0)
Hình thoi	12 (27,9)	8 (18,6)	6 (14,0)
Giãn đường mật trong gan			
Có	16 (37,2)	17 (39,5)	8 (18,6)
Không	27 (62,8)	26 (60,5)	35 (81,4)
Phân loại nang theo Todani			
I	31 (72,1)	34 (79,1)	36 (83,7)
IV	5 (11,6)	9 (20,9)	7 (16,3)
Không phân loại	7 (16,3)	0 (0)	0 (0)
Sỏi trong nang			
Có	11 (25,6)	16 (37,2)	14 (32,5)
Không	32 (74,4)	27 (62,8)	29 (67,5)

Phân loại nang theo Todani chỉ gặp nang loại I và loại IV trên CHT và PT. Có 7 trường hợp SA không phân loại được NOMC và cho chẩn đoán khác. Kích thước trung bình của nang trên CHT

là $34,8 \pm 25,8$ mm. Hình thái nang giãn dạng cầu là phổ biến 81,4%. CHT phát hiện sỏi trong nang ống mật chủ 37,2%. CHT phát hiện giãn đường mật trong gan 39,5%. Có 9 trường hợp

có giãn đường mật trong gan trên CHT nhưng PT không ghi nhận.

Bảng 4: Đặc điểm hình ảnh nang ống mật chủ chỉ khảo sát trên cộng hưởng từ

Đặc điểm	Cộng hưởng từ	Phẫu thuật
Bất thường kênh chung mật tụy		
Có	7 (16,3)	2 (46,5)
Không	36 (83,7)	41 (53,5)
Hẹp ống gan		
Có	5 (11,6)	4 (9,3)
Không	38 (88,4)	39 (90,7)
Biến thể giải phẫu đường mật		
Có	3 (7,0)	3 (7,0)
Không	40 (93,0)	40 (93,0)

Bảng 5: Vai trò của CHT trong chẩn đoán một số đặc điểm NOMC

Đặc điểm	Sn	Sp	PPV	NPV	
Sỏi trong nang	SA	21,4%	72,4%	27,3%	65,6%
	CHT	92,9%	89,7%	81,2%	96,3%
Giãn đường mật trong gan	SA	25%	60%	12,5%	77,8%
	CHT	100%	74,3%	47,1%	100%
Bất thường KCMT/CHT	100%	87,8%	28,6%	100%	
Hẹp ống gan/CHT	100%	97,4%	80%	100%	
Biến thể giải phẫu đường mật/CHT	100%	100%	100%	100%	

Cộng hưởng từ phát hiện sỏi trong NOMC và giãn đường mật trong gan với độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn SA. Đồng thời CHT có giá trị trong chẩn đoán bất thường KCMT, hẹp ống gan và biến thể giải phẫu đường mật phổi hợp với độ nhạy và độ đặc hiệu rất cao.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm tuổi gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 1-< 5 tuổi, chiếm tỷ lệ 60,5%, tuổi trung bình là 54,5 ± 42,7 tháng, nhỏ nhất là 1 tháng, lớn nhất là 168 tháng tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu của các tác giả khác như tác giả Huỳnh Giới (2013)⁴ tuổi trung bình là 4,2 ± 2,37. Giới nữ chiếm đa số các trường hợp với tỷ lệ nữ/nam là 2,9/1, tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác như: Nguyễn Thanh Liêm (2012)⁵ tỷ lệ nữ/nam là 3,21/1. Nhưng thấp hơn so với Nguyễn Thị Ngọc Nga (2019)⁶ tỷ lệ là 4/1. Sự khác nhau này có lẽ do khác nhau về cỡ mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác cho thấy bệnh phổ biến chủ yếu xảy ra ở nữ, nhưng cho đến nay chưa có nghiên cứu nào chứng minh được bệnh có liên kết với bất thường nhiễm sắc thể giới tính X.

Bệnh cảnh lâm sàng trước đây có tam chứng kinh điển: đau bụng-vàng da-u vùng hạ sườn phải. Tuy nhiên, bệnh ngày càng được phát hiện sớm hơn khi mới có một hoặc hai triệu chứng, thậm chí khi chưa có triệu chứng nào của tam

Cộng hưởng từ phát hiện 7 (16,3%) trường hợp có bất thường KCMT. Trong khi đó, phẫu thuật chỉ ghi nhận 2 trường hợp bất thường KCMT. CHT phát hiện có 5 trường hợp hẹp ống gan chiếm 11,6%, bao gồm hẹp hẹp lưu các ống gan, hẹp ống gan chung và hẹp đường mật trong gan. Trong đó có 4 trường hợp được ghi nhận trong PT. CHT phát hiện có 3 trường hợp có biến thể đường mật chiếm 7,0%. Trong đó có biến thể hai ống gan không hợp lưu tách rời nhau, ống gan phân thùy sau phải đổ vào ống gan trái và hợp lưu 2 ống gan thấp. Đối chiếu với phẫu thuật, cộng hưởng từ chẩn đoán đúng các biến thể giải phẫu đường mật phổi hợp.

chứng. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 trường hợp (2,33%) có đầy đủ tam chứng này, các trường hợp khác chỉ có một hoặc hai triệu chứng mà phần lớn là nhập viện vì đau bụng hay nôn ói. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác Huỳnh Giới (2013)⁴, Nguyễn Thị Ngọc Nga (2019)⁶. Nhờ vào sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại và SA chẩn đoán trước sinh mà bệnh ngày càng được chẩn đoán sớm hơn trước khi xuất hiện các triệu chứng muộn như vàng da, phân bạc màu hay u vùng hạ sườn phải.

Các tác giả đều thống nhất chung khi đường kính ngang của OMC ở trẻ em giãn trên 10mm thì được gọi là NOMC⁷. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, kích thước nang nhỏ nhất đo được trên SA, CHT và PT có sự chênh lệch rất ít. Kích thước nang trung bình trên SA là: 31,2 ± 22,9mm, trên CHT là 34,8 ± 25,8 mm, trên PT là 36,4 ± 25,9mm. Đa số bệnh nhân có kích thước nang trong khoảng 10-30mm.

Cả 3 phương pháp SA, CHT và PT đều đánh giá hình dạng nang tương đương nhau với tỷ lệ nang giãn hình cầu chiếm đa số trên SA, CHT và PT lần lượt là 72,1%; 81,4%; 86,0%. Tỷ lệ nang hình cầu/nang hình thoi trên CHT là 4/1. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của tác giả khác: Trương Nguyễn Uy Linh (2008)⁸ ghi nhận có tỷ lệ nang hình cầu là 76,1%, nang hình thoi là 23,9%. Nguyễn Thị Ngọc Nga (2019)⁶ ghi nhận

có tỷ lệ nang hình cầu là 74,4% trên CHT, nang hình thoi là 25,6%. Nhưng khác biệt với tác giả Huỳnh Giới (2013)⁴ trong nhóm 48 bệnh nhi có tỷ lệ nang hình cầu là 43,8% thấp hơn nang hình thoi với tỷ lệ là 56,2%. Chúng tôi nghĩ có sự khác biệt này có lẽ do sự khác biệt trong cỡ mẫu nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, NOMC có kèm giãn ĐMTG hầu hết là giãn ở cả hai bên phải và trái liên tục với NOMC, có 1 trường hợp ĐMTG giãn một bên. SA và CHT đánh giá giãn ĐMTG tương đương nhau với tỷ lệ lần lượt là 37,2% và 39,5%. Có 9 trường hợp giãn ĐMTG trên CHT nhưng PT không ghi nhận, điều này được giải thích là do giãn ĐMTG khó xác định trên phẫu thuật, chỉ có thể khảo sát nhờ ống nội soi đường mật trong mổ. Cộng hưởng từ phát hiện giãn đường mật trong gan với độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn SA. Nghiên cứu về mối tương quan giữa giãn ĐMTG với hình dạng nang trên CHT cho thấy nang hình thoi có tỷ lệ giãn ĐMTG đi kèm là 75%, nhiều hơn ở nang hình cầu là 31,4%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm giãn ĐMTG với hình dạng nang ($p < 0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Huỳnh Giới (2013)⁴, nang hình thoi có tỷ lệ giãn ĐMTG là 55,1%, cao hơn ở nang hình cầu có kèm giãn ĐMTG là 33,3%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp nang loại I và loại IV. SA, CHT và kết quả phẫu thuật đánh giá phân loại nang gần tương đương nhau, tỷ lệ chênh lệch rất ít, cụ thể SA ghi nhận nang loại I là 31, loại IV là 5, CHT ghi nhận nang loại I là 34, loại IV là 9. Kết quả phẫu thuật ghi nhận nang loại I là 36, loại IV là 7. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả: Nguyễn Thị Ngọc Nga (2019)⁶ IA 55,6%, IC 18,9%, IVA 25,6%. Mức độ tương hợp về phân loại nang theo Todani giữa CHT và kết quả phẫu thuật ở mức độ rất tốt. Chỉ có 2 trường hợp CHT chẩn đoán nang loại IV nhưng kết quả phẫu thuật là nang loại I. Điều này có thể giải thích do PT chỉ đánh giá được đến vị trí ống gan chung và một phần ống gan phải và trái, trong khi đó CHT khảo sát được giãn đường mật trong gan.

Sỏi trong NOMC được ghi nhận trên SA có 11 trường hợp chiếm 25,6%, CHT có 16 trường hợp chiếm 37,2%, trong khi đó kết quả sau mổ chỉ ghi nhận có 14 trường hợp chiếm 32,5%. Sự chênh lệch này có lẽ do SA, CHT ghi nhận những trường hợp sỏi bùn hay sỏi mềm nhưng khi trong lúc phẫu thuật sỏi bị vỡ thành bùn mật nên sau mổ ghi nhận không có sỏi nên kết quả phẫu thuật

thấp hơn SA và CHT. Cộng hưởng từ phát hiện sỏi trong NOMC với độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn SA: độ nhạy 92,9%, độ đặc hiệu là 89,7%.

Cộng hưởng từ phát hiện 7 (16,3%) trường hợp có bất thường KCMT, tuy nhiên trong phẫu thuật ghi nhận 2 trường hợp bất thường KCMT. KCMT chẩn đoán qua phẫu thuật là không chính xác vì không thể phẫu tích ống Wirsung. Do đó, chụp đường mật trước hoặc trong mổ là cần thiết để xác định bất thường KCMT. CHT mật-tụy có thể xác định được chỗ nối ống mật chủ-ống tụy chính, đánh giá chính xác chiều dài KCMT trong phần lớn các trường hợp giúp phẫu thuật viên xác định vị trí cắt đầu dưới nang chính xác, tránh gây tổn thương ống tụy và đoạn cuối ống mật chủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi chiều dài trung bình KCMT là $9,4 \pm 3,64$ mm. Kết quả này tương tự ghi nhận của các tác giả khác như Trương Nguyễn Uy Linh (2008)⁸ chiều dài trung bình KCMT $10,71 \pm 4,68$ mm, Huỳnh Giới (2013)⁴ chiều dài trung bình KCMT $9,8 \pm 4,9$ mm. Nghiên cứu mối liên quan giữa bất thường KCMT với thể loại nang cho thấy nang loại IV có bất thường KCMT cao hơn nang loại I với tỷ lệ lần lượt là 22,2% và 14,7%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

CHT phát hiện hẹp ống gan có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Tác giả Huỳnh Giới (2013)⁴ CHT mật-tụy chẩn đoán hẹp ống gan có độ nhạy là 100%, độ đặc hiệu 98,3% so với hình ảnh trong mổ. Theo nhiều tác giả, CHTMT cung cấp nhiều thông tin hơn chụp mật-tụy ngược dòng qua nội soi, chụp đường mật qua da hay chụp đường mật trong mổ vì có thể cho thấy toàn cảnh cây đường mật trên và dưới chỗ hẹp nhất là khi hẹp nặng hay tắc hoàn toàn^{9,10}.

CHTMT chẩn đoán hoàn toàn chính xác các biến thể đường mật phối hợp trong bệnh NOMC hợp nhằm hạn chế những tai biến có thể xảy ra trong mổ cắt NOMC qua nội soi ở trẻ em. Có lẽ do các trường hợp biến thể này có đường kính các ống gan phải, ống gan trái và ống gan lạc chỗ không quá nhỏ (> 1 mm), trong phạm vi độ phân giải không gian của cộng hưởng từ và nhờ dựng hình 3 chiều nên có thể nhìn thấy được hình ảnh cây đường mật dưới nhiều góc độ khác nhau giúp phát hiện được các biến thể giải phẫu này.

V. KẾT LUẬN

CHT mật-tụy có giá trị cao trong phát hiện các bất thường KCMT, hẹp ống gan và các biến thể giải phẫu đường mật hợp với độ nhạy và độ đặc hiệu rất cao góp phần quan trọng trong việc xác lập kế hoạch điều trị. CHT trước mổ nên

được thực hiện ở các bệnh nhi NOMC

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gonzales K.D LH.** Choledochal cyst. *Pediatric Surgery*. 2012;983-988.
2. **Moslim MA, Takahashi H, Seifarth FG, al. e.** Choledochal Cyst Disease in a Western Center: A 30-Year Experience. *J Gastrointest Surg*. Aug 2016;20(8):1453-63. doi:10.1007/s11605-016-3181-4
3. **Makin E, Davenport M.** Understanding choledochal malformation. *Arch Dis Child*. Jan 2012;97(1):69-72. doi:10.1136/adc.2010.195974
4. **Huỳnh Giới.** Kết quả phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ ở trẻ em dựa trên chẩn đoán hình ảnh cộng hưởng từ mật-tụy. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2013.
5. **Liem NT, Phạm HD, Dung le A, Son TN, Vu HM.** Early and intermediate outcomes of laparoscopic surgery for choledochal cysts with 400 patients. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. Jul-Aug 2012;22(6):599-603. doi:10.1089/lap.2012.0018
6. **Nguyễn Thị Ngọc Nga, Võ Tấn Đức, Nguyễn Thị Phương Loan.** Đặc điểm hình ảnh nang ống mật chủ ở trẻ em trên siêu âm và cộng hưởng từ. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2019;23(1)
7. **Lee HC, Yeung CY, Chang PY, Sheu JC, Wang NL.** Dilatation of the biliary tree in children: sonographic diagnosis and its clinical significance. *Journal of ultrasound in medicine: official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine*. Mar 2000;19(3):177-82; quiz 183-4. doi:10.7863/jum.2000.19.3.177
8. **Trương Nguyễn Uy Linh.** Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý nang ống mật chủ và đánh giá kết quả cắt nang triệt để ở trẻ em. Luận án Tiến sĩ y học. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2008.
9. **Huang CT, Lee HC, Chen WT, Jiang CB, Shih SL, Yeung CY.** Usefulness of magnetic resonance cholangiopancreatography in pancreaticobiliary abnormalities in pediatric patients. *Pediatr Neonatol*. Dec 2012;52(6):332-6. doi:10.1016/j.pedneo.2011.08.006
10. **Saito T.** Use of preoperative, 3-dimensional magnetic resonance cholangiopancreatography in pediatric choledochal cysts. *Surgery*. Apr 2011; 149(4):569-75. doi:10.1016/j.surg.2010.11.004

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CẬN LÂM SÀNG VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN 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 cận lâm sàng, tác dụng không mong muốn 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:** PaO₂/FiO₂ trung bình ban đầu của nhóm KD là 259.5 ± 24.3 và nhóm TM là 250.0 ± 28.8. Trong quá trình dùng colistin, chỉ số của 2 nhóm tăng dần vào ngày thứ 3, 7 và đến ngày thứ 10 là 400 ±

54.6 ở nhóm KD và 376.5 ± 72.4 ở nhóm TM. Nồng độ CRP tại thời điểm bắt đầu dùng colistin của nhóm khí dung là 139,9 ± 94,4 mg/l, sau đó ngày thứ 10 còn 40,5 ± 25,6 mg/l. Với nhóm TM lúc đầu nồng độ CRP là 147,6 ± 84,0 mg/l và đến ngày thứ 10 còn 69,9 ± 56,1. Sau 14 ngày điều trị thì CRP của cả 2 nhóm tương tự nhau là 41,9 ± 50,2 ở nhóm KD và 41,3 ± 39,1 ở nhóm TM. Tỷ lệ xuất hiện tổn thương trên thận ở nhóm KD là 13.3% và nhóm TM là 23,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0.05). Thời gian xuất hiện tổn thương trên thận khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, thường gặp nhất vào ngày thứ 7 sau điều trị colistin. Không gặp các tác dụng phụ không mong muốn ngoài thận ở cả hai nhóm. **Kết luận:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa về hiệu quả cận lâm sàng, tác dụng không mong muốn của liệu pháp kháng sinh có sử dụng colistin khí dung so với colistin tĩnh mạch trong điều trị viêm phổi liên quan thở máy

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

SUMMARY

EVALUATING THE SUBCLINICAL EFFICACY AND ADVERSE EFFECTS OF ANTIBIOTIC THERAPY USING NEBULIZED COLISTIN IN THE TREATMENT OF VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA

Objectives: To evaluate the clinical

¹Bệnh viện Việt Đức

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023