

và cột cơ. Tuy nhiên, do bệnh nhân còn rất trẻ nên lồng ngực có khả năng đàn hồi tốt, nên có thể giúp cho bệnh nhân sống sót sau đó.

Với những trường hợp chấn thương tương tự như vậy, việc thăm khám lâm sàng là hết sức quan trọng. Nghe tim giúp các thầy thuốc nhanh chóng nhận ra được tổn thương mà bệnh nhân mắc phải. Siêu âm tim tại giường là phương pháp rất an toàn, nhanh chóng và hiệu quả cho phép đánh giá những tổn thương sơ bộ. Siêu âm tim đồng thời giúp chúng ta xác định được những chiến lược trong điều trị bệnh nhân [2]. Vì vậy, tại các khoa cấp cứu cần thiết phải trang bị những kĩ năng cơ bản của siêu âm tim tại giường (point – of – care ultrasound).

Chiến thuật trong điều trị bệnh nhân chấn thương tim là nhanh chóng xác định tổn thương và phẫu thuật khẩn cấp để duy trì huyết động cho bệnh nhân [3]. Tuy nhiên, đây là những bệnh nhân đa chấn thương nên việc xác định các chấn thương khác đi kèm cũng hết sức quan trọng do nó liên quan đến chiến thuật và tiên lượng chung. Trong trường hợp của chúng tôi, để duy trì các chỉ số sống còn cho bệnh nhân trong hoàn cảnh chảy máu khá ít chúng tôi đã quyết định duy trì huyết động bằng phương pháp hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể ECMO. Việc duy trì huyết động giúp bệnh nhân có cơ hội được CT hoặc phương tiện hình ảnh khác để có thể tạo ra chiến thuật phẫu thuật hợp lý. Trong trường hợp này, mặc dù bệnh nhân đã được phẫu thuật thay van thành công và đã có thể rút ECMO nhưng do tiên lượng chung quá nặng nên bệnh nhân tử vong do nguyên nhân xuất huyết sọ não. Nguyên nhân xuất huyết sọ não theo chúng tôi là quá liều thuốc chống đông do bệnh nhân phải dùng van cơ học nên liều heparin điều chỉnh không

chính xác. Vì vậy, có thể trong những trường hợp tương tự có thể xem xét dùng van sinh học thay vì van cơ học để bệnh nhân có nhiều cơ hội sống sót hơn. Tuy nhiên, việc xử trí những trường hợp như thế này nên được quyết định theo từng trường hợp cụ thể mà không có hướng dẫn xử lý chung nào.

IV. KẾT LUẬN

Chấn thương tim gây đứt dây chằng cột cơ của van hai lá là bệnh lý hiếm gặp. Xử trí phẫu thuật và hồi sức bệnh nhân phải tùy theo từng trường hợp cụ thể. Có thể dùng ECMO để hỗ trợ huyết động để có thời gian chẩn đoán và chuẩn bị. Nên xem xét dùng van sinh học để làm giảm tối đa nguy cơ chảy máu hậu phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fujii, T., et al.** (2016), "Mitral valve repair for traumatic mitral regurgitation", *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 24(5), pp. 458-60.
2. **Jahanshir, A., et al.** (2020), "Value of point-of-care ultrasonography compared with computed tomography scan in detecting potential life-threatening conditions in blunt chest trauma patients", *Ultrasound J.* 12(1), pp. 020-00183.
3. **Paisley, M. J., Deboard, Z., and Thomas, D.** High-Risk Repair of Traumatic Mitral Valve Rupture in the Setting of Polytrauma, *Thorac Cardiovasc Surg Rep.* 2018 Jan;7(1):e1-e3. doi: 10.1055/s-0037-1621747. Epub 2018 Feb 20.
4. **Pasquier, M., et al.** (2010), "Traumatic mitral valve injury after blunt chest trauma: a case report and review of the literature", *J Trauma.* 68(1), pp. 243-6.
5. **Saric, P., et al.** Acute severe mitral regurgitation after blunt chest trauma, *Echocardiography.* 2018 Feb;35(2):272-274. doi: 10.1111/echo.13775. Epub 2017 Dec 11.
6. **Shaikh, N., Ummunissa, F., and Abdel Sattar, M.** (2013), "Traumatic mitral valve and pericardial injury", *Case Rep Crit Care.* 385670(10), p. 10.

SINH THIẾT MẠC NỔI DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM: KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU

Võ Quốc Huy¹, Huyền Tôn Nữ Hồng Hạnh², Lê Trọng Bình¹

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

²Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trọng Bình

Email: letrongbinh@hueuni.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2023

Ngày duyệt bài: 26.5.2023

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của sinh thiết mạc nối dưới hướng dẫn siêu âm. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 6 bệnh nhân dày mạc nối chưa rõ bản chất được thực hiện sinh thiết lõi dưới hướng dẫn siêu âm từ tháng 8/2020 đến tháng 10/2022 tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. Sinh thiết bằng súng tự động, kim 18-16G. Thành công về kỹ thuật được định nghĩa là mẫu bệnh phẩm đạt tiêu chuẩn chẩn đoán mô bệnh học. Ghi nhận và phân loại biến chứng theo hướng dẫn thực hành của Hội chẩn đoán hình ảnh can thiệp Hoa Kỳ (SIR). **Kết**

quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 57 tuổi (khoảng 33-68 tuổi), tỷ lệ nam/nữ là 1/5. Có 4/6 bệnh nhân sử dụng kim 16G. Số mẫu bệnh phẩm trung bình 1 lần sinh thiết là 3,33 mẫu (3-5 mẫu), chiều dài mẫu 10-20mm. Trong và sau thủ thuật không ghi nhận biến chứng. Về kết quả mô bệnh học, 100% mẫu đạt tiêu chuẩn chẩn đoán, trong đó 50% là tổn thương di căn và 50% là tổ chức viêm lao. **Kết luận:** Sinh thiết mạc nối dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong việc thu thập mô mạc nối dày. **Từ khóa:** sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm, siêu âm, mạc nối.

SUMMARY

ULTRASOUND-GUIDED OMENTAL BIOPSY: A PRELIMINARY RESULT

Aim: To evaluate the safety and effectiveness of ultrasound-guided omental biopsy. **Methods:** Data of 6 patients with omental thickening who underwent ultrasound-guided omental biopsy from 08/2020 to 10/2022 at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital were retrospectively analyzed. **Results:** The median age was 57 years (range, 33-68 years), male/female ratio was 1/5. 16G needle were used in 4/6 patients. The average number of samples per biopsy was 3.33 samples (range, 3-5), 10-20mm in length. No intra and peri-procedural complications were recorded. Regarding histopathological examination, the diagnostic yield was 100%, in which 50% were metastatic lesions and 50% were granulomatous inflammatory compatible with tuberculosis. **Conclusions:** Ultrasound-guided omental biopsy is a safe and effective method to determine the nature of omental lesions.

Keywords: ultrasound-guided needle biopsy, ultrasound, omentum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mạc nối bao gồm mạc nối lớn và mạc nối nhỏ, là các nếp gấp phúc mạc. Trong khoang phúc mạc luôn có một lượng dịch nhỏ giúp cho các quai ruột có thể trượt lên nhau một cách dễ dàng và cũng tạo điều kiện cho các tác nhân viêm và các tế bào ác tính dễ di căn đến mạc nối, trong đó phổ biến nhất là các khối u ác tính của buồng trứng và đường tiêu hóa [1],[2]. Những bệnh lý khác của mạc nối gồm viêm u hạt, tụ máu và u nguyên phát. Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng không phải lúc nào cũng xác định được tổn thương nguyên phát mà nhiều khi dày mạc nối là tổn thương duy nhất quan sát được trên hình ảnh. Do vậy, việc xác định bản chất của tổn thương ở mạc nối ở những bệnh nhân nghi ngờ bệnh lý ác tính có ý nghĩa quyết định đến chiến lược chẩn đoán và điều trị.

Có nhiều phương pháp để lấy mẫu mô bệnh học tổn thương ở mạc nối như mổ hở, nội soi ổ bụng, hay sinh thiết dưới hướng dẫn của hình ảnh (cắt lớp vi tính hoặc siêu âm đường bụng). Sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm có nhiều ưu

điểm: (i) là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu, (ii) độ phân giải hình ảnh cao giúp phân biệt vùng tổn thương dày mạc nối tương ứng với hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (CHT), (iii) thao tác thời gian thực nên dễ dàng kiểm soát đường đi của kim, (iv) thời gian thủ thuật ngắn, chuẩn bị bệnh nhân đơn giản, không nhiễm xạ và (v) ít biến chứng [3],[4]. Chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu sinh thiết mạc nối dưới hướng dẫn siêu âm với kim sinh thiết tự động 16G hoặc 18G.

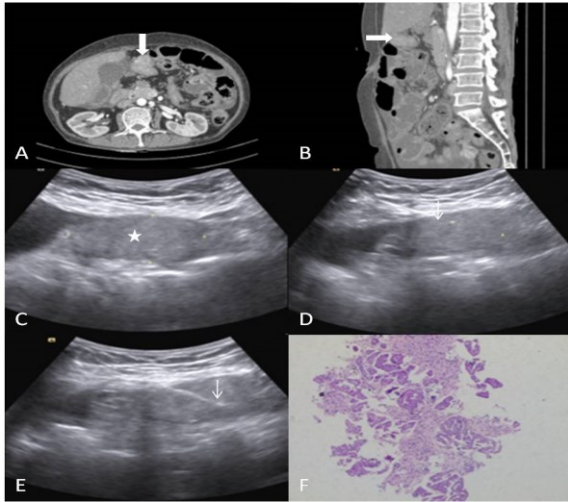
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu trên 6 bệnh nhân dày mạc nối chưa chẩn đoán xác định nguyên nhân dựa vào lâm sàng, xét nghiệm và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CLVT hay CHT) từ tháng 8/2020 đến tháng 10/2022 tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế.

Chỉ định của sinh thiết mạc nối dưới hướng dẫn siêu âm gồm: (i) Dày mạc nối chưa rõ bản chất, (ii) Dày mạc nối chưa thể chẩn đoán xác định bằng lâm sàng, xét nghiệm và phương tiện chẩn đoán hình ảnh tối ưu, (iii) Nghi ngờ ác tính hoặc chắc chắn ác tính nhưng không rõ nguyên phát. Chống chỉ định trong các trường hợp như INR >1,5, tiểu cầu <50000mm³, không có đường tiếp cận an toàn hay bệnh nhân không hợp tác.

Sinh thiết mạc nối được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh bằng kim sinh thiết tự động 16G và 18G. Bệnh nhân được giải thích đầy đủ về kỹ thuật và đồng ý thực hiện.

Quy trình kỹ thuật: (1) siêu âm đánh giá lại đặc điểm tổn thương mạc nối về mặt kích thước, vị trí, mối tương quan với các tạng lân cận, đối chiếu với tổn thương tương ứng trên hình ảnh CLVT và CHT, từ đó lựa chọn kích cỡ kim sinh thiết và đường vào tổn thương phù hợp và an toàn nhất; (2) Sát khuẩn và gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2%; (3) Đâm kim qua da vào mạc nối dưới hướng dẫn siêu âm, lấy trung bình khoảng 2-3 mẫu, chiều dài trung bình mỗi mẫu ít nhất là 10mm, đựng trong ống dung dịch Formalin; (4) Kiểm tra lại vị trí chọc, mạc nối và ổ bụng sau khi lấy đủ mẫu nhằm phát hiện các biến chứng xảy ra trong khi thực hiện thủ thuật như tụ máu, xuất huyết ổ bụng, tổn thương các tạng lân cận...; (5) Băng ép tại chỗ; (6) Theo dõi tình trạng vị trí chọc và toàn trạng bệnh nhân: mỗi 15 phút trong 1 giờ đầu, mỗi 30 phút trong 3 giờ tiếp theo và hằng ngày cho đến khi xuất viện.

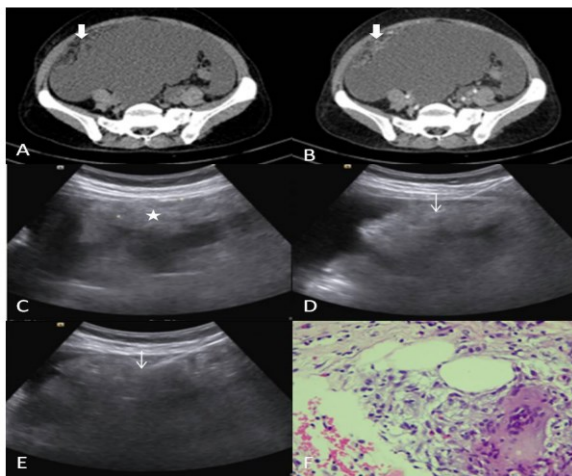


Hình 1: Sinh thiết mạc nối dưới hướng dẫn siêu âm

(A, B) Trên CLVT mặt phẳng axial và sagittal, dày mạc nối lớn tạo khối (mũi tên) ở thượng vị, bờ không đều, giới hạn rõ, kích thước #43x29mm, ngấm thuốc vừa phải. (C) Trên siêu âm 2D, tổn thương (ngôi sao) nằm sát ngay dưới thành bụng, tăng âm khá đồng nhất, bờ không đều, giới hạn rõ, có ít dịch kế cận. (D, E) Sinh thiết tổn thương bằng kim 16G. Trước khi lấy

Bảng 1: Kết quả sinh thiết mạc nối dưới hướng dẫn siêu âm

Tuổi	Giới	Vị trí sinh thiết	Kim size	Chiều dài mẫu	Số mẫu	Giải phẫu bệnh	Tai biến
65	Nữ	Mạc nối	16G	20mm	3	Carcinoma tấp tuyến di căn mạc nối	Không
33	Nữ	Mạc nối	16G	10-15mm	5	Tổ chức viêm dạng hạt, phù hợp viêm lao	Không
68	Nam	Mạc nối	18G	10-15mm	3	Tổn thương viêm lao	Không
51	Nữ	Mạc nối	16G	10-15mm	3	Tổ chức viêm lao	Không
53	Nữ	Mạc nối	16G	10-15mm	3	Carcinoma tấp tuyến xâm nhập, khả năng từ buồng trứng	Không
67	Nữ	Mạc nối	18G	10-15mm	3	Carcinoma tuyến xâm nhập	Không



Hình 2: Lao mạc nối

mẫu, đo chiều sâu (caliper) của tổn thương tương ứng với chiều dài của lõi (2cm) để đảm bảo kim sinh thiết nằm gọn trong tổn thương (mũi tên). (F) Kết quả mô bệnh học là carcinoma tấp tuyến xâm nhập.

Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm về tuổi, giới, kích cỡ kim sử dụng, số mẫu đã lấy, chiều dài mẫu, kết quả mô bệnh học, các biến chứng xảy ra trong và sau thủ thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 57 (từ 33 đến 68 tuổi), trong đó chiếm hầu hết là nữ (với tỷ lệ nữ:nam=5:1). Có 4/6 bệnh nhân sử dụng kim 16G. Số mẫu bệnh phẩm trung bình 1 lần sinh thiết là 3.33 mẫu, phần lớn là 3 mẫu (5:6), chiều dài mẫu 10-20mm. Trong và sau khi thực hiện thủ thuật không ghi nhận thấy các biến chứng như tụ máu, xuất huyết ổ bụng, nhiễm trùng hay tổn thương các cơ quan khác. Về kết quả mô bệnh học, 100% mẫu đạt tiêu chuẩn chẩn đoán, trong đó 50% là tổn thương di căn và 50% là tổ chức viêm dạng hạt, phù hợp viêm lao. Kết quả nghiên cứu được trình bày chi tiết trong bảng 1.

(A, B) CLVT bụng trước (A) và sau tiêm thuốc cản quang (B) cho hình ảnh dày mạc nối (omental cake) (đầu mũi tên) ở vùng mạn sườn và hố chậu phải, tỷ trọng không đồng nhất, ngấm thuốc mạnh không đồng nhất. Trần dịch khoang phúc mạc lượng nhiều. (C) Định vị tổn thương (ngôi sao) trên siêu âm 2D tương ứng với vị trí trên CLVT. (D, E) Sinh thiết mạc nối dưới hướng dẫn siêu âm theo phương pháp in-plane. Lựa chọn hướng và góc tiếp cận sao cho kim sinh thiết (đầu mũi tên mỏng) cắt dọc theo chiều dài của tổn thương để lấy được mẫu dài nhất. (F) Kết quả mô bệnh học là tổ chức viêm dạng hạt, phù hợp viêm lao.

IV. BÀN LUẬN

Sự dày lên của mạc nối thường là dấu hiệu của bệnh lý vùng bụng thường gặp là bệnh ác tính hoặc viêm u hạt. Các tế bào ác tính gieo rắc đến mạc nối thông qua sự lan tỏa trong phúc mạc, xâm lấn trực tiếp phúc mạc và dây chằng hoặc theo đường máu. Trong bệnh lao, mạc nối có thể bị ảnh hưởng bởi sự lây lan vi khuẩn theo đường máu từ phổi, theo đường bạch huyết hoặc lây lan trực tiếp [5].

Dựa theo kết quả mô bệnh học sau sinh thiết trong nghiên cứu của chúng tôi, có 50% tổn thương ác tính và 50% tổ chức viêm dạng hạt, phù hợp viêm lao. Tỷ lệ ác tính trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu của Hill và cộng sự (92%), Alberto và cộng sự (94%) và khá tương đồng trong nghiên cứu của Kim và cộng sự (56%); điều này có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ nên không có tính đại diện. Mặt khác, theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới, Việt Nam và Hàn Quốc là 2 trong 30 quốc gia có gánh nặng bệnh lao cao nhất thế giới, trong khi đó lại thấp ở Hoa Kỳ [3],[6],[7],[8]. Với tỷ lệ lành tính cao chiếm 50% theo nghiên cứu của chúng tôi, chiếm 44% theo

nghiên cứu của Kim và cộng sự, sinh thiết để làm mô bệnh học là điều cần thiết để phân biệt các tổn thương mạc nối chưa rõ bản chất là lành hay ác tính, hay khi nghi ngờ ác tính nhưng không rõ cơ quan nguyên phát [8].

Có nhiều biện pháp để lấy mẫu bệnh phẩm tổn thương mạc nối, tuy nhiên các phương pháp như mổ bụng hay nội soi ổ bụng là những phương pháp xâm nhập, có chi phí cao, cần phải gây mê toàn thân và có nhiều biến chứng hơn. Sinh thiết dưới hướng dẫn của CLVT gây nhiễm xạ cho bệnh nhân và thời gian thủ thuật kéo dài. Siêu âm hướng dẫn sinh thiết mạc nối đã được chứng minh là có nhiều ưu điểm như có tỉ lệ biến chứng thấp, tỉ lệ chẩn đoán cao, xâm nhập tối thiểu.... Trong nghiên cứu chùm bệnh này, chúng tôi chưa ghi nhận biến chứng nào. Các nghiên cứu trước đó trên thế giới cũng cho kết quả tương tự [3],[7],[8]. Về giá trị chẩn đoán, các nghiên cứu trên thế giới đều ghi nhận tỉ lệ rất cao (>95%) [3],[7],[8]. Trong thực hành, chúng tôi luôn đổi chiều tổn thương dày mạc nối trên siêu âm với tổn thương tương ứng trên CLVT hoặc CHT để đảm bảo chắc chắn lấy mẫu đúng vị trí nghi ngờ.

Bảng 2: Bảng thống kê kết quả nghiên cứu về sinh thiết mạc nối dưới hướng dẫn siêu âm

Nghiên cứu	Năm công bố	Nghiên cứu thực hiện tại	Sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm	Sinh thiết dưới hướng dẫn CLVT	Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán MBH (%)	Biến chứng	Ác tính (%)
Kim và cộng sự	2000	Hàn Quốc	27	0	100	0	56
Hill và cộng sự	2017	Hoa Kỳ	49	132	99	0	92
Alberto và cộng sự	2021	Hoa Kỳ	163	0	95	0	94
Chúng tôi	2023	Việt Nam	6	0	100	0	50

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cỡ kim sinh thiết thường được sử dụng là 16G và 18G, trong đó 5% trường hợp sử dụng kim 16G. Chúng tôi thường sử dụng kim 16G trong trường hợp tổn thương lớn, dễ tiếp cận và sử dụng kim 18G trong trường hợp tổn thương nhỏ, gần các cơ quan trọng yếu. Chiều dài mẫu đạt chuẩn về mặt đại thể là trên 10mm. Chúng tôi thường lấy 3 mẫu ở nhiều vị trí khác nhau của tổn thương.

Hạn chế của nghiên cứu của chúng tôi là cỡ mẫu nhỏ, đơn trung tâm, thời gian theo dõi sau sinh thiết ngắn nên có thể bỏ sót các biến chứng muộn của thủ thuật.

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết mạc nối dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp an toàn, hiệu quả và có thể chỉ định rộng rãi cho những tổn thương dày mạc nối không rõ bản chất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Souza F.F., Mortelé K.J., Cibas E.S., and et al.** Predictive Value of percutaneous imaging-guided biopsy of peritoneal and omental masses: Results in 111 Patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2009;192:131–6.
- Yoo E, Kim JH, Kim MJ, Yu JS, Chung JJ, Yoo HS, et al.** Greater and lesser omental: Normal anatomy and pathologic processes. *Radiographics.* 2007;27:707–20.
- Alberto A.P., Meghan G.L., Jerry J.P.** Ultrasound-Guided Omental Biopsy: Diagnostic Yield And Association With CT Features Based On A Single-Institution 18-Year Series. *American Journal of Roentgenology.* 2021;217: 898-906. 10.2214/AJR.21.25545.
- Govindarajan P., Keshava S.N.** Ultrasound-guided omental biopsy: Review of 173 patients. *Indian J Radiol Imaging.* 2010 Nov;20(4):307-9. doi: 10.4103/0971-3026.73533. PMID: 21423910; PMCID: PMC3056632.
- Sompayrac SW, Mindelzun RE, Silverman PM, Sze R.** The greater omentum. *AJR Am J Roentgenol.* 1997;168:683–7.

6. **Global Tuberculosis Report.** Geneva: World Health Organization; 2022.
7. **Hill D.K., Schmit G.D., Moynagh M.R., and et al.** Percutaneous omental biopsy: efficacy and complications. *Abdom Radiol (NY)* 2017; 42:1566-1570.
8. **Kim Y.H., Ryeom H.K., Chung T.G., and et al.** Ultrasound-guided biopsy of the thickened peritoneal reflections: efficacy and diagnostic role in the differential diagnosis of peritoneal tuberculosis and peritoneal carcinomatosis. *J Korean Radiol Soc* 2000; 43:215-221

KHẢO SÁT MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Bạch Thị Nhớ¹, Trần Thị Tô Châu², Đặng Thị Việt Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mật độ xương của bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3- giai đoạn 5 và bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện 19-8. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 152 bệnh nhân bệnh thận mạn chia 2 nhóm gồm: 93 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3- giai đoạn 5 chưa điều trị thay thế thận và 59 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ tại Bệnh Viện 19-8. Tất cả bệnh nhân được lấy máu xét nghiệm và đo mật độ xương ở vị trí cột sống thắt lưng, cổ xương đùi bằng phương pháp DEXA. **Kết quả:** 93 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3- giai đoạn 5 chưa điều trị thay thế thận (nữ 22,6% và nam 77,4%) tuổi trung bình: 67,71±15,0344 Mật độ xương trung bình: Cột sống thắt lưng (1,0939±0,213g/cm²), toàn bộ xương đùi (0,8591±0,256g/cm²), cổ xương đùi (0,7679±0,166g/cm²). Tỷ lệ loãng xương: 31,2% tỷ lệ Giảm mật độ xương: 39,8 % 59 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ tại (nữ 33,9%, nam 66,1%) tuổi trung bình: 52± 14,1446. Mật độ xương trung bình: Cột sống thắt lưng (1,072±0,167g/cm²), toàn bộ xương đùi (0,8178± 0,131 g/cm²), cổ xương đùi (0,7457± 0,127g/cm²). Tỷ lệ loãng xương: 28,8% tỷ lệ Giảm mật độ xương: 50,8 %

Từ khóa: Loãng xương, bệnh thận mạn.

SUMMARY

BONE DENSITY SURVEY AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AT 19-8 HOSPITAL

Objective: Describe the bone density characteristics of patients with stage 3-5 chronic kidney disease (CKD) and end-stage renal disease (ESRD) undergoing hemodialysis at 19-8

Hospital. **Study Population and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 152 CKD patients, divided into two groups: 93 CKD patients in stages 3-5 who had not received renal replacement therapy, and 59 ESRD patients undergoing cyclical hemodialysis at 19-8 Hospital. Blood samples were collected from all patients for laboratory testing, and bone density measurements were taken at the lumbar spine, femoral neck, and total hip using Dual-Energy X-ray Absorptiometry (DEXA) method. **Results:** In the group of 93 CKD patients in stages 3-5 (female: 22.6%, male: 77.4%), the mean age was 67.71±15.0344 years. The average bone density measurements were as follows: lumbar spine (1.0939±0.213 g/cm²), total hip (0.8591±0.256 g/cm²), and femoral neck (0.7679±0.166 g/cm²). The prevalence of osteoporosis was 31.2%, and the proportion of decreased bone density was 39.8%. In the group of 59 ESRD patients undergoing cyclical hemodialysis (female: 33.9%, male: 66.1%), the mean age was 52±14.1446 years. The average bone density measurements were as follows: lumbar spine (1.072±0.167 g/cm²), total hip (0.8178±0.131g/cm²), and femoral neck (0.7457±0.127 g/cm²). The prevalence of osteoporosis was 28.8%, and the proportion of decreased bone density was 50.8%.

Keywords: Osteoporosis, chronic kidney disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương diễn biến thầm lặng nhưng có thể gây nên hậu quả nặng nề như gãy xương từ đó người bệnh sẽ bị tàn phế, giảm khả năng lao động và giảm tuổi thọ. WHO (2001) đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán LX dựa và chỉ số T-score thông qua đánh giá mật độ xương (MĐX) bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA)¹. Trên đối tượng bệnh nhân có bệnh mạn tính tỷ lệ giảm mật độ xương và loãng xương cao^{2,3}, ở nhóm đối tượng bệnh thận mạn khi mức lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73m² thì có tới 50-70% bệnh nhân đã có biểu hiện tổn thương về mô học. Tất cả những rối loạn này có thể dẫn đến tốc độ hủy xương mạnh hơn tạo xương và kết quả là tổn thương xương^{4,5}. Năm 2017, KDIGO tiếp tục cập nhật với điều chỉnh 15 trên tổng số 39 khuyến cáo của năm 2009 với mục đích phát

¹Bệnh Viện 19-8

²Trung tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh Viện Bạch Mai

³Trung tâm Thận Tiết niệu và Lọc máu - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bạch Thị Nhớ

Email: drnho2018@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2023

Ngày duyệt bài: 26.5.2023