

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209-249.
2. **Erratum: Global cancer statistics** 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2020;70(4):313.
3. **Abdallah SM, Wong A.** Brain metastases in non-small-cell lung cancer: are tyrosine kinase inhibitors and checkpoint inhibitors now viable options? Current oncology (Toronto, Ont). 2018;25(Suppl 1):S103-s114.
4. **Soria JC, Ohe Y, Vansteenkiste J, et al.** Osimertinib in Untreated EGFR-Mutated Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. The New England journal of medicine. 2018;378(2):113-125.
5. **Magnuson WJ, Lester-Coll NH, Wu AJ, et al.** Management of Brain Metastases in Tyrosine Kinase Inhibitor-Naïve Epidermal Growth Factor Receptor-Mutant Non-Small-Cell Lung Cancer: A Retrospective Multi-Institutional Analysis. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2017;35(10):1070-1077.
6. **Hoàng Anh Vũ CVD, Ngô Thị Tuyết Hạnh và cs.** Đột biến gen EGFR và KRAS trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2011;14:166 - 172.
7. **Huyền NTT.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não đột biến EGFR bằng Erlotinib có hoặc không kết hợp với xạ trị toàn não. 2018:66 - 71.
8. **Kiên NV.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não bằng thuốc ức chế tyrosin kinase kết hợp với xạ phẫu tại bệnh viện Bạch Mai. 2021.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ BIẾN CHỨNG ĐIẾC Ở BỆNH NHÂN VIÊM MÀNG NÃO DO STREPTOCOCCUS SUIS TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Thân Mạnh Hùng^{1,2}, Vũ Đình Phú¹

LABORATORIES AND DEAFNESS COMPLICATIONS OF STREPTOCOCCUS SUIS IN NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Streptococcus suis is one of the most common causes of bacteria meningitis in Vietnam. The S. suis meningitis diseases had many sequelae, including irreversible deafness. **Objectives:** To describe the clinical manifestations, laboratories and deaf complications in patients with S. suis meningitis. **Methods:** Prospective, collecting and analyzing clinical and laboratories data as well as the manifestations of deafness over time. **Results:** The S. Suis meningitis patients were generally men, the average mortality rate is 3.9%. The common clinical manifestations were Fever (100%), headache (92.8%), neck stiffness (90.1%), confusion (66.4%). There were 84.53% of patients with leukocytosis, the median CSF white blood cell count was 689 (TB/mm³), the protein was 2.72 g/L. Deaf complications occurred in 53.04% of patients, of which bilateral deafness accounted for 68.75%. 25.61% of patients recovered their deafness after 3 months. **Conclusion:** Fever, headache and altered consciousness are common symptoms. The S. suis meningitis patients had leukocytosis, mild coagulopathy. Deaf complications were found in 53.04%, the recovery was low.

Keywords: Streptococcus suis, S. suis meningitis, deafness

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não mủ do Streptococcus suis (Liên cầu lợn) là một bệnh cấp tính nguy hiểm, bệnh nhân có thể tử vong trong bệnh cảnh

TÓM TẮT

Streptococcus suis đang là một trong những căn nguyên gây viêm màng não mủ phổ biến nhất tại Việt Nam. Bệnh để lại nhiều di chứng trong đó có điếc không hồi phục. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng điếc ở bệnh nhân viêm màng não do S. suis. **Phương pháp:** Tiến cứu, thu thập, phân tích số liệu lâm sàng, cận lâm sàng cũng như các biểu hiện điếc theo thời gian. **Kết quả:** Bệnh chủ yếu ở nam giới, tỷ lệ tử vong trung bình 3,9%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp: Sốt (100%), đau đầu (92,8%), cứng gáy (90,1%), rối loạn ý thức (66,4%). Có 84,53% bệnh nhân có tăng bạch cầu máu, trung vị bạch cầu dịch não tủy là 689 (TB/mm³), protein là 2,72 g/L. Biến chứng điếc gặp 53,04% bệnh nhân, trong đó điếc 2 bên chiếm 68,75%. Có 25,61% bệnh nhân phục hồi điếc sau 3 tháng. **Kết luận:** Sốt, đau đầu và rối loạn tri giác là triệu chứng hay gặp. Bệnh nhân viêm màng não do suis có tăng bạch cầu máu, rối loạn đông máu nhẹ. Biến chứng điếc gặp 53,04%, khả năng phục hồi thấp.

Từ khóa: Streptococcus suis, viêm màng não do S. suis, điếc

SUMMARY

THE CLINICAL MANIFESTATIONS,

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

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TW

Chịu trách nhiệm chính: Thân Mạnh Hùng

Email: hungkykhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2023

Ngày duyệt bài: 25.10.2023

nhễm trùng nhiễm độc toàn thân, phù não lan toả dẫn đến tụt não nếu không điều trị kịp thời. Bệnh có khả năng thành dịch do vi khuẩn có thể lây từ động vật (chủ yếu là lợn) sang người qua thói quen ăn uống thực phẩm sống [1] và vết xây xước trên da trong quá trình giết mổ, chế biến thịt lợn [2]. Bệnh nhân viêm màng não do S. suis sau khi ra viện có thể để lại các di chứng nặng nề như điếc từ 50% - 66,4% [3],[4], đa số trong số này là di chứng không phục hồi. Tại Việt Nam, bệnh do S. suis đang là một vấn đề thời sự trong chuyên ngành Truyền Nhiễm do những yếu tố về dịch tễ rất đặc biệt và hậu quả trên lâm sàng rất nặng nề nếu bệnh nhân không được chẩn đoán và điều trị sớm. Tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng cũng như các biến chứng sẽ giúp cho các bác sĩ có thêm thông tin để chẩn đoán, điều trị cũng như tiên lượng bệnh nhân trong quá trình thực hành lâm sàng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bao gồm 181 bệnh nhân được chẩn đoán viêm màng não do S. suis thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- Tuổi > 16, không phân biệt giới tính
- Có biểu hiện lâm sàng của viêm màng não mủ
- Cây dịch não tủy và/hoặc PCR dịch não tủy dương tính với S. suis.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp: Tiến cứu

2.3. Tiến hành nghiên cứu: Toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn đều được thăm khám, đánh giá lâm sàng (Sốt, rét run, đau đầu, buồn nôn, nôn, hôn mê, tiền sử phơi nhiễm, bệnh lý nền), làm các xét nghiệm cơ bản như công thức máu, các xét nghiệm phản ánh chức năng gan (AST, ALT, Bilirubin), chức năng thận (ure, creatinin), các xét nghiệm đông máu (PT, D - dimer), các Biland nhiễm trùng (CRP, Procalcitonin), các xét nghiệm về dịch não tủy (tính chất, màu sắc, protein, glucose, tế bào bạch cầu). Đánh giá tình trạng điếc của bệnh nhân, theo dõi bằng hỏi bệnh sau 3 tháng qua điện thoại hoặc tái khám để đánh giá sự phục hồi của biến chứng

2.4. Phân tích số liệu: Bằng phần mềm SPSS 26.0 và các thuật toán ứng dụng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

181 bệnh nhân viêm màng não do S. suis điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Nam giới chiếm chủ yếu (90,6%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 53,66 ± 10,63 tuổi, tỷ lệ tử vong là 3,9%.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhóm nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Biểu hiện lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số BN (n=181)	Tỷ lệ %
Sốt	181	100
Đau đầu	168	92,8
Cứng gáy	163	90,1
Kernig (+)	157	89,7
Buồn nôn	125	69,4
Rối loạn ý thức	117	64,4
Rét run	116	65,9
Nôn	112	61,9
Đau mỏi cơ	96	53,9
Táo bón	24	13,3
Ỉa chảy	23	12,8
Đau bụng	10	5,6

Triệu chứng cơ năng hay gặp của bệnh nhân nhiễm S. suis là sốt, đau đầu và rét run. Các triệu chứng thực thể hay gặp bao gồm cứng gáy, kernig (+). Phần lớn các bệnh nhân VMN đều có Glasgow dưới 15 điểm.

- Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Xét nghiệm cận lâm sàng

Chỉ số	Số lượng (n=181)	Ti lệ (%)
Hồng cầu <3,8 T/l	34	18,78
Bạch cầu >10 G/l	153	84,53
Tiểu cầu <100 G/l	57	31,49
Ure >7,5 mmol/l	48	26,52
Creatinin ≥120(μmol/l)	21	11,60
AST ≥ 40 (UI/l)	107	59,11
ALT ≥ 37 (UI/l)	115	65,54
CRP ≥10 (mg/l)	161	88,95
PCT > 10 (ng/ml)	76	41,99
PT < 70 (%)	63	34,80
D-Dimer >500(ng/l)	91	50,28

- Xét nghiệm dịch não tủy

Bảng 3. Biến đổi dịch não tủy khi nhập viện

Đặc điểm DNT	n (=181)	Trung vị (IQR)
Bạch cầu trung tính (TB/mm ³)	165	698 (234,5 – 2673)
Protein (g/L)	181	2,72 (1,58 – 4,62)
Glucose (mmol/L)	181	0,94 (0,13 – 2,93)

Một số bệnh nhân làm thủ thuật khó khăn, không lấy đủ số lượng dịch não tủy nên cỡ mẫu (n) giữa các chỉ số có sự khác nhau. Tăng cao bạch cầu trung tính, protein và giảm glucose là biểu hiện hay gặp ở bệnh nhân viêm màng não

- Đặc điểm xuất hiện biến chứng điếc

Bảng 4. Biểu chứng điếc

Biểu chứng điếc	Tần số	Tỉ lệ %
		96
Đặc điểm biểu chứng điếc		
• Vị trí điếc	n=96	
01 bên	30	31,25
02 bên	66	68,75
• Phục hồi điếc	n=82	
Không phục hồi	61	74,39
Có phục hồi sau 3 tháng	21	25,61
• Thời gian từ khi khởi phát sốt đến khi điếc (ngày)	Trung bình (n=69)	SD
	11,39	14,16

Tỷ lệ bệnh nhân có điếc cả 2 bên là 68,75%. Có 25,61% bệnh nhân phục hồi tại thời điểm sau ra viện 3 tháng (21/82 trường hợp được ghi nhận). Thời gian trung bình từ khi khởi phát sốt đến khi xuất hiện biểu chứng điếc là 11,39 ngày (SD=14,16)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có triệu chứng đầu tiên là sốt, đau đầu (92,8%), buồn nôn (69,4%) và nôn (61,9%) kết quả này tương tự vụ dịch ở Tứ Xuyên – Trung Quốc [2]. So sánh với các báo cáo trên thế giới và Việt Nam, có thể thấy sự tương đồng đáng kể về triệu chứng nhập viện ở các bệnh nhân viêm màng não ở các quốc gia khác nhau. Nghiên cứu phân tích tổng hợp của tác giả Anusha van Samkar thực hiện năm 2015 cho thấy, đau đầu chiếm khoảng 95% (429/451 đối tượng) và nôn/buồn nôn chiếm khoảng 65% (210/321 đối tượng) [5]. Trong vụ dịch tại Giang Tô, Trung Quốc năm 2005, tỉ lệ bệnh nhân viêm màng não có triệu chứng đau đầu là 85,7% (18/21). Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoàng Mai trên 151 bệnh nhân viêm màng não tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh báo cáo tỉ lệ các triệu chứng đau đầu là 94%, nôn là 66,2% và tiêu chảy chỉ có 6% [4]. Một nghiên cứu khác tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới TW cũng cho thấy kết quả tương tự khi tỉ lệ đau đầu là 92% [6].

Dấu hiệu kernig (+) và rối loạn ý thức là triệu chứng hay gặp ở bệnh nhân nhiễm S. suis chiếm tỷ lệ lần lượt là 89,7% và 64,4%. Kết quả của chúng tôi tương tự như của tác giả Nguyễn Thị Hoàng Mai trên nghiên cứu trên 151 bệnh nhân nhận với rối loạn ý thức là 69,8% [4]. Tỉ lệ về các dấu hiệu màng não trong các nghiên cứu quốc tế và tại Việt Nam cũng báo cáo tỉ lệ tương tự, trong đó, viêm màng não là 93% trong

nghiên cứu của Anusha van Samkar [5], 90,5% trong nghiên cứu của G. Wang [7], 88% trong nghiên cứu của Wertheim [6] và 94% trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoàng Mai [4]. Tỉ lệ có dấu hiệu Kernig là 84% trong nghiên cứu của tác giả Wertheim [6]. Tuy nhiên, nghiên cứu trong vụ dịch tại Tứ Xuyên, Trung Quốc lại báo cáo tỉ lệ thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu khác khi cứng gáy là 32% và Kernig là 18% ở các bệnh nhân không có sốc nhiễm khuẩn [2]. Sự khác biệt này có thể là do tỉ lệ bệnh nhân VMN trong vụ dịch này chỉ chiếm khoảng 48% và các tỉ lệ báo cáo bao gồm cả bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết đơn thần. Hầu hết các nghiên cứu đều xác định phần lớn bệnh nhân đều có dấu hiệu màng não khi nhập viện.

– **Cận lâm sàng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 84,53% bệnh nhân có tăng bạch cầu máu trên ngưỡng bình thường (>10 G/l). Điều này cho thấy bệnh nhân viêm màng não do S. suis có đáp ứng nhiễm trùng toàn thân khá mạnh mẽ. Có 59,11% bệnh nhân có tăng AST, 65,54% bệnh nhân có tăng ALT, các nghiên cứu trên bệnh nhân viêm màng não do S. suis ở Việt Nam cũng cho thấy kết quả tương tự về cận lâm sàng so với nghiên cứu của chúng tôi khi các bệnh nhân có xu hướng tăng bạch cầu và tăng nhẹ AST (2-3 lần), trong khi đó tiểu cầu và các chỉ số chức năng gan, thận không cho thấy sự bất thường đáng kể [4],[6]. Hai chỉ số CRP và PCT đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng và theo dõi các bệnh nhiễm khuẩn. Trong nghiên cứu này số bệnh nhân có CRP > 10 mg/ml là 88,97%, PCT > 10 ng/l là 41,99% bệnh nhân. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng so với các marker khác, PCT có tính đặc hiệu cao khi đáp ứng với nhiễm khuẩn toàn thân nặng. Trong bệnh cảnh viêm màng não do S. suis có 50,28% bệnh nhân có biểu hiện rối loạn đông máu với D-Dimer >500 (ng/l) và 34,8% bệnh nhân có PT < 70 (%), điều này cho thấy mặc dù bệnh nhân có biểu hiện của viêm màng não nhưng bệnh cảnh phản ứng miễn dịch vẫn diễn ra ở mức toàn thân.

– **Đặc điểm dịch não tủy.** Để làm đầy đủ các xét nghiệm sinh hoá, tế bào, nuôi cấy và PCR thì mỗi lần chọc dịch não tủy, trung bình một bệnh nhân phải lấy khoảng 8ml DNT. Tuy nhiên, trong quá trình nghiên cứu, một số bệnh nhân có lượng protein cao, chúng tôi không thể lấy đủ lượng dịch não tủy cần thiết dẫn đến tình trạng số mẫu trong các chỉ số xét nghiệm không giống nhau. Chúng tôi ghi nhận trung vị số lượng tế bào bạch cầu của bệnh nhân tại thời điểm nhập

viện là 698 tế bào/mm³, trong đó có trường hợp lên tới 108700 tế bào/mm³. Kết quả này thấp hơn một số nghiên cứu đã được thực hiện trên thế giới khi trung bình số lượng bạch cầu trong dịch não tủy ở bệnh nhân viêm màng não do liên cầu lợn là khoảng 1920 tế bào/mm³ của tác giả Anusha van Samkar năm 2015 [5]. Trong một nghiên cứu tổng hợp của tác giả Vũ Thị Lan Hương năm 2014 thì số lượng tế bào bạch cầu trong dịch não tủy của bệnh nhân viêm màng não do *S. suis* trung bình dao động từ 2029 – 2330 tế bào/mm³, tùy từng nghiên cứu [8]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Wertheim trên 43 ca bệnh tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới TW trong năm 2007 báo cáo trung bình số lượng bạch cầu trong DNT của bệnh nhân là 3200 tế bào/mm³ [6]. Trong khi đó, tại khu vực phía Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoàng Mai và cộng sự thực hiện trên 151 bệnh nhân viêm màng não do *S. suis* tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới TP. Hồ Chí Minh đưa ra kết quả trung bình số lượng tế bào bạch cầu là 2100 tế bào/mm³ [4]. Sự khác biệt này có thể giải thích do số lượng tế bào trong dịch não tủy thể hiện tình trạng đáp ứng của hệ thống miễn dịch cơ thể nhưng cũng có thể phụ thuộc nhiều yếu tố bao gồm, thời điểm thực hiện xét nghiệm sớm hay muộn hoặc tùy theo bệnh nhân đã được sử dụng kháng sinh hay chưa, loại kháng sinh nào được sử dụng, thời gian sử dụng là bao lâu trước khi được xét nghiệm dịch não tủy mà kết quả có thể khác nhau ở các báo cáo.

Về sinh hoá dịch não tủy, kết quả nghiên cứu cho thấy trung vị protein và glucose dịch não tủy của bệnh nhân lần lượt là 2,72 g/l và 0,94 mmol/l. Trong đó bệnh nhân có lượng protein trong dịch não tủy cao nhất là 26,1 g/l, bệnh nhân có nồng độ glucose thấp nhất là 0 mmol/l. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng protein lên tới 97,34% và giảm glucose là 67,93%. So sánh với một số nghiên cứu khác trên thế giới, kết quả của chúng tôi cho thấy sự tương đồng về Glucose, trong khi đó cao hơn ở chỉ số Protein. Trong nghiên cứu của tác giả Anusha van Samkar, trung bình chỉ số Protein dịch não tủy báo cáo trên 380 bệnh nhân là 2,4 (SD=0,8) [5], thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Về chỉ số Glucose, trung bình ghi nhận trên 177 bệnh nhân là 1,09 (SD=0,6) cho thấy sự khác biệt không đáng kể so với các bệnh nhân trong nghiên cứu. Một nghiên cứu tổng quan khác của tác giả Vũ Thị Lan Hương năm 2014 cũng cho kết quả tương tự khi Protein dịch não tủy có sự gia tăng đáng kể với trung bình là 2,45 g/L, trong khi đó trung bình Glucose

lại giảm xuống mức 1,26 mmol/L [8]. Tại Việt Nam, tác giả Wertheim báo cáo trung bình protein và glucose dịch não tủy chỉ ở mức lần lượt là 1,7 g/L và 1,7 mmol/L [6]. Qua kết quả nghiên cứu và từ các báo cáo thì thấy rằng chưa có giá trị ngưỡng cao, thấp thống nhất nên khó có thể so sánh các số liệu, tỷ lệ với nhau. Các tác giả thường phân tích theo số liệu thực tế mà đưa ra các điểm cắt của nghiên cứu cụ thể đó

4.2. Biến chứng điếc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng điếc ở bệnh nhân viêm màng não do *S. suis* là 53,04%. Thời gian xuất hiện biến chứng điếc tính từ khi khởi phát là 11,39 ngày. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu khác đã được thực hiện tại Việt Nam và trên thế giới. Một số nghiên cứu đã báo cáo các biến chứng lâm sàng do nhiễm liên cầu lợn ở người chủ yếu là điếc và rối loạn tiền đình [4], [5]. Báo cáo về tỉ lệ điếc sau điều trị ở bệnh nhân thường rất khác biệt giữa các nghiên cứu, từ đến 6% đến 100% với tỉ lệ trung bình là khoảng 39% [7], [8]. Tại Việt Nam, 2 nghiên cứu đã được thực hiện tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới TP. HCM cho thấy tỉ lệ bệnh nhân để lại biến chứng điếc lần lượt là 66,4% và 27,3% [4]. Tuy nhiên, tỉ lệ có điếc sâu (>80 dB) trong nghiên cứu đầu tiên 24,3% ở toàn bộ bệnh nhân và 33,3% ở các bệnh nhân không có điều trị bằng Dexamethasone. Một nghiên cứu khác thực hiện Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới TW tại phía Bắc báo cáo tỉ lệ điếc sau điều trị là 32% và tỉ lệ có rối loạn tiền đình là 4% [6].

Chúng tôi ghi nhận 96/181 bệnh nhân có viêm màng não xác định được vị trí điếc, trong đó 66 bệnh nhân cho biết điếc 2 bên, chiếm 68,75%, tỷ lệ có phục hồi tình trạng điếc sau 3 tháng là 25,61%. Còn lại 74,39% bệnh nhân có tổn thương điếc không hồi phục. Một hạn chế của nghiên cứu của chúng tôi trong việc đánh giá biến chứng điếc so với các nghiên cứu khác là chúng tôi không có máy đo thính lực nên tất cả những thông tin về tình trạng điếc hoàn toàn thông qua việc khám lâm sàng và hỏi bệnh nhân. Tuy nhiên, việc thăm khám lâm sàng và hỏi bệnh được tiến hành hết sức cẩn thận và tỷ mỉ, do đó kết quả của nghiên cứu là hoàn toàn đáng tin cậy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Vu Thi Lan Huong, Ngo Thi Hoa, Peter Horby, et al.,** (2014). Raw Pig Blood Consumption and Potential Risk for Streptococcus suis Infection, Vietnam. *Emerging Infectious Diseases* • [http://www.cdc.gov/eid/20\(11\),1895-1898](http://www.cdc.gov/eid/20(11),1895-1898).
- Hongjie Yu, Huaiqi Jing, Zhihai Chen, et al.,** (2006). Human Streptococcus suis Outbreak, Sichuan, China. *Emerging Infectious Diseases* •

- http://www.cdc.gov/eid, 2(6), 914 - 920.
3. **Jacek Dutkiewicz, Jacek Sroka, Violetta Zając, et al.,** (2017). Streptococcus suis: a re-emerging pathogen associated with occupational exposure to pigs or pork products. Part I – Epidemiology. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(4), 683-695.
 4. **Nguyen Thi Hoang Mai, Ngo Thi Hoa, Tran Vu Thieu Nga, et al.,** (2008). Streptococcus suis Meningitis in Adults in Vietnam. *Clinical Infectious Diseases*, 46, 659–67.
 5. **Anusha van Samkar, Matthijs C. Brouwer, Constance Schultz, et al.,** (2015). Streptococcus suis Meningitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 1-20.
 6. **Heiman F. L. Wertheim, Huyen Nguyen Nguyen, Walter Taylor, et al.,** (2009). Streptococcus suis, an Important Cause of Adult Bacterial Meningitis in Northern Vietnam. *PLOS ONE*, 4(6), e5973.
 7. **Wang, G., Y.L. Zeng, H.Y. Liu, et al.,** (2007). An outbreak of Streptococcus suis in Chengdu, China. *Int J Clin Pract*, 61(6), 1056-7.
 8. **Vu Thi Lan Huong, Ngo Ha, Nguyen Tien Huy, et al.,** (2014). Epidemiology, Clinical Manifestations, and Outcomes of Streptococcus suis Infection in Humans. *Emerging Infectious Diseases Vol. 20, No. 7*, 1105 - 1114.

KẾT QUẢ CẮT POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KÍCH THƯỚC LỚN HƠN 10 MM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH PHÚC

Đỗ Quang Vinh^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Huyền¹, Nguyễn Tiến Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt polyp > 10 mm đại trực tràng ở các bệnh nhân. **Đối tượng:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 121 bệnh nhân tại Khoa nội tiêu hóa – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 10/2022 – 6/2023. Nội soi toàn bộ đại trực tràng, phát hiện và mô tả đặc điểm polyp kích thước > 10 mm, tiến hành cắt polyp và lấy bệnh phẩm sau cắt làm mô bệnh học theo tiêu chí của WHO 2010. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 59,22±14,11, chủ yếu gặp ở nam giới; Có 32,2% polyp ở đại tràng sigma; 31,4% polyp có kích thước >20 mm; 77,7% polyp có cuống. Phần lớn là polyp u tuyến chiếm 95,0%, trong đó polyp loạn sản độ cao chiếm 18,3%; có mối liên quan giữa kích thước và kết quả mô bệnh học polyp. Phương pháp được sử dụng để cắt polyp nhiều nhất là hot snare polypectomy (91,7%) và biện pháp hỗ trợ quá trình cắt là tiền mê 83,5%, kẹp clip chân polyp 62%. Có 8 trường hợp có biến chứng, đã được cầm máu thành công và không có trường hợp nào thủng ruột. **Kết luận:** Polyp đại trực tràng kích thước > 10 mm phần lớn là polyp u tuyến; phương pháp cắt polyp qua nội soi hiệu quả cao và an toàn. **Từ khóa:** Polyp đại trực tràng, nội soi, mô bệnh học

SUMMARY

RESULT OF ENDOSCOPIC POLYPECTOMY FOR COLORECTAL POLYPS OVER 10 MM IN SIZE AT VINH PHUC PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Huyền

Email: huyen3995@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 24.10.2023

Objectives: Describing clinical and endoscopic characteristics of colorectal polyps over 10mm in size and assessing the effectiveness and complications of endoscopic polypectomy. **Subject and methods:** A descriptive cross-sectional study on 121 patients at Vinh Phuc provincial general hospital from October 2022 to June 2023. Colonoscopy was performed to evaluate characteristics of polyps over 10mm in size and we perform the technique of cutting polyp using hot snare polypectomy, endoscopic mucosal resection, endoscopic submucosal dissection, and plus injector, hemoclips or endoloop to stop and prevent bleeding. Complications were detected and treated during procedure. **Result:** Age: 59,22 ±14,11; The rate of polyps were seen most frequently at sigmoid colon (32,2%) and rectum (30,6%). Stalked polyps (77,7%). Polyp >2cm in size accounted for 31,4%. There were 95,0% neoplastic polyps. The rate of successful polypectomy was 100%. There was no case of perforation and 8 cases had bleeding but successfully treated by clipping. **Conclusion:** Colorectal polyps over 10mm in size are mainly adenomatous ones. Endoscopic polypectomy can be done successful and safe even for large colorectal polyp when we apply submucosal injection and using clip or endoloop to stop and prevent bleeding.

Keywords: colorectal polyp, endoscopic, hispathology, polypectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (ĐTT) được hình thành do sự phát triển quá mức của niêm mạc và mô dưới niêm mạc ĐTT tạo thành. Polyp ĐTT gồm 2 nhóm chính: polyp u và polyp không u. Trong đó, polyp u tuyến có nguy cơ cao tiến triển thành ung thư ĐTT. Nhiều nghiên cứu cho thấy, 60 - 90% trường hợp ung thư ĐTT phát triển từ polyp u tuyến. Ung thư ĐTT có tỷ lệ mắc cao thứ 3 và tỷ lệ tử vong cao thứ 4 trên thế giới, với 1,4 triệu