

- am-coronavirus-cases-by-region/.
5. **Holton, S., et al.**, Immediate impact of the COVID-19 pandemic on the work and personal lives of Australian hospital clinical staff. *Australian Health Review*, 2021. 45(6): p. 656-666.
 6. **Pham, Q.T., et al.**, Impacts of COVID-19 on the Life and Work of Healthcare Workers During the Nationwide Partial Lockdown in Vietnam. *Front Psychol*, 2021. 12: p. 563193.
 7. **Dang, A.K., et al.**, Evidence of COVID-19 Impacts on Occupations During the First Vietnamese National Lockdown. *Ann Glob Health*, 2020. 86(1): p. 112.
 8. **Bộ Y tế.** Đại dịch COVID-19 khiến 60% nhân viên y tế phải làm việc tăng lên. 2021 03/11/2022]; Available from: https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/-ai-dich-covid-19-khien-60-nhan-vien-y-te-phai-lam-viec-tang-len.

TIẾP CẬN TOÀN DIỆN NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP U NGUYÊN BÀO MÈN KHỔNG LỒ 12 NĂM VỚI RỐI LOẠN ĐA CƠ QUAN

Nguyễn Phan Tú Dung¹, Nguyễn Thế Hải¹, Nguyễn Minh Thành¹

TÓM TẮT

U nguyên bào men (ameloblastoma) là một khối u vùng hàm mặt, thường được phát hiện ở xương hàm dưới. Tuy u có nguồn gốc từ biểu mô có đặc điểm phát triển mạnh nhưng lành tính và hiếm khi di căn [3]. U nguyên bào men hay xuất hiện ở xương hàm dưới và phát triển tại chỗ rất mạnh mẽ. Tỷ lệ bệnh khá hiếm ước tính 3/10 triệu dân và chiếm khoảng 1% các khối u và nang vùng xương hàm dưới [1]. U nguyên bào men xảy ra ở mọi lứa tuổi, thường gặp nhất ở độ tuổi 30-40 và phân bố như nhau giữa hai giới [5]. Ở các nước phát triển, u nguyên bào men thường được phát hiện sớm và điều trị kịp thời, hiếm có trường hợp phát triển quá phát.

SUMMARY

HOLISTIC APPROACH FOR THE LATE-STAGE AMELOBLASTOMA WITH SIGNIFICANT MULTISYSTEM COMPLICATIONS

Ameloblastoma is a benign and locally aggressive neoplasm of odontogenic epithelium, commonly present in the mandible. Incidence rate is 0.5 cases per million person-years. Most cases progress slowly, and are often misdiagnosed or diagnosed at the late stage with multi-system involvement. Consequently, facial deformity is a detrimental late-complication affecting patients' physical and mental health. Diagnosis is made based on clinical assessment and pathology. Due to the high recurrence rate, radical resection is the surgery-of-choice despite associated complications such as bleeding, infection, breathing obstruction, and pain. Reconstruction is paramount to improve patients' well-being.

I. LỊCH SỬ

Guzacki vào năm 1826 và Broca năm 1868

¹Bệnh viện JW Hàn Quốc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phan Tú Dung

Email: drdunghanquoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 01.12.2023

đã báo cáo các sang thương tương tự trong y văn. Đến năm 1879, Fallson mô tả kĩ hơn về u nguyên bào men. Thuật ngữ u nguyên bào men (ameloblastoma) được đưa ra bởi Ivy và Churchill năm 1934 [6,7]. Thuật ngữ u nguyên bào men khổng lồ nhằm chỉ những sang thương thực sự lớn gây biến dạng nhiều và ảnh hưởng chức năng trầm trọng.

II. NGUỒN GỐC VÀ MÔ BỆNH HỌC

U nguyên bào men có thể có nguồn gốc từ lớp men răng, hay trong lớp biểu mô lót bao răng, hoặc trong tế bào đáy của lớp biểu mô bề mặt và trong biểu mô của cơ quan tạo men. Hình ảnh mô học của u nguyên bào men gồm các tế bào men răng dạng cột xếp thành hàng ở ngoại vi, với các nhân phân cực ra khỏi màng đáy (phân cực ngược). Các tế bào dạng hình sao, lỏng lẻo, xếp thành mạng lưới tập trung thành các đảo biểu mô, các đảo biểu mô này có thể được tìm thấy trong biểu mô dạng nang. Chúng cũng có thể được tìm thấy xen kẽ với biểu mô dạng sợi. Trong cả hai dạng, các tế bào lớp ngoài đều giống với các tế bào lớp men răng và biểu mô men bên trong. Các biến thể mô bệnh học trong các đảo biểu mô này dẫn đến sự phân lớp mô học của các dạng u nguyên bào men (ví dụ: dạng nang, dạng lá, dạng hạt, dạng tế bào đáy, và dạng u mạch máu). [8]

III. CA LÂM SÀNG

Tiền căn: Bệnh nhân nam 54 tuổi tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường trên 10 năm, đáng người gây nhập viện với khối u hàm dưới quá phát đã gần 12 năm.

Bệnh sử: Bệnh nhân khám răng sâu tình cờ phát hiện có một u nang xương hàm dưới kích thước nhỏ, không đau cách đây 10 năm. Bệnh nhân không xử trí gì do hoàn cảnh khó khăn,

theo thời gian khối u phát triển lớn dần và kích thước tăng nhanh bất thường trong năm 2021 được chúng tôi tiếp nhận vào tháng 5 năm 2022 (Hình 1). Khối u quá lớn gây khó khăn trong việc sinh hoạt hằng ngày, chỉ có thể ngủ ngồi, ăn uống kém.

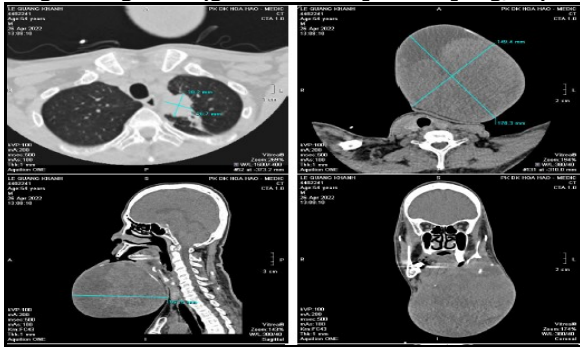
Khám lâm sàng: Khối u ở vùng xương hàm dưới, kích thước 150x160x180 mm (tư thế ngồi). Sờ mật độ chắc, không đau, không di động, không dấu mạch đập. Cực dưới khối u lộ nhiều mạch máu sắt da, rỉ máu, ấn đau. Nướu răng hàm dưới bên trái sần sùi, loét, niêm mạc trắng, ấn đau, rỉ máu, cung hàm biến dạng hoàn toàn, lưỡi bị đẩy lệch sang phải. Không phát hiện hạch cổ.



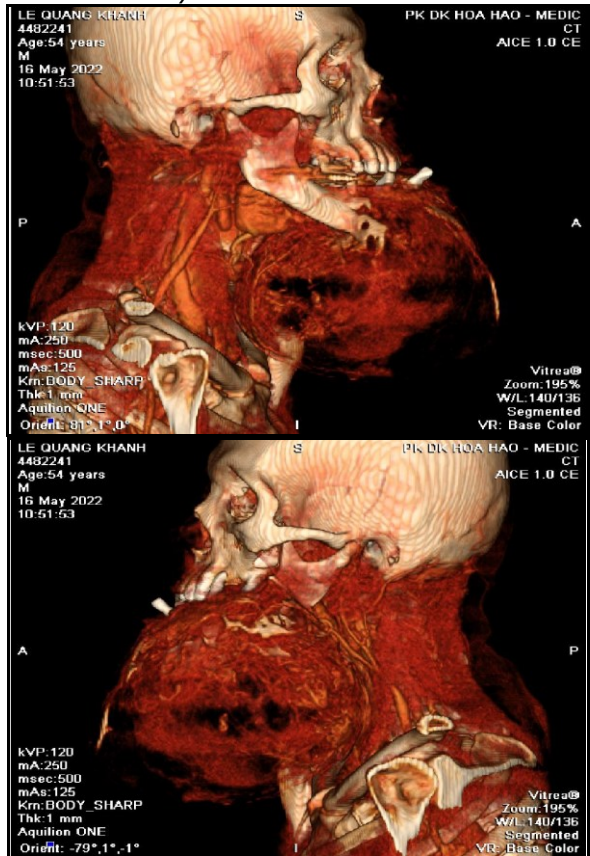
Hình 1. Hình ảnh u khổng lồ, chèn ép khoang miệng và vùng cổ

Kết quả cận lâm sàng: Kết quả CT-scan vùng hàm mặt cho thấy cấu trúc dạng nang bao gồm mật độ mô, dịch bên trong vùng xương hàm dưới liên quan nhiều xương hàm dưới vùng góc, thân hai bên (T>P), vùng cằm, kích thước khoảng 150x160x180 mm. Ghi nhận nốt nhu mô phổi thùy trên bên trái #30 mm (Hình 2). Chụp mạch máu cho thấy động mạch cấp máu chính cho u gồm: động mạch mặt, động mạch dưới hàm, động mạch lưỡi hai bên (Hình 3,4). Kết quả nội soi phế quản, CT-scan phổi và X-quang phổi cho thấy nốt phổi thùy trên bên trái có thể là xơ phổi do lao phổi cũ.

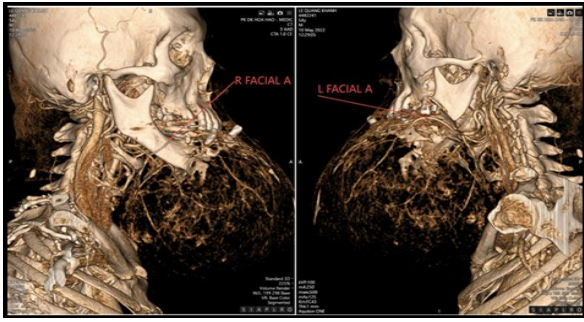
Ngoài ra, bệnh nhân bị thiếu đạm máu nặng (Protein máu: 3.35 [6-8] g/dL, Albumin máu: 1.93 [3.6-5] g/dL), tăng canxi máu (1.74 [1.13-1.35] mmol/L), giảm cortisol máu nặng (Cortisol 8h00: 1.2 [3.7-19.4] µg/dL; 13h00: 1.2 [2.9-17.3] µg/dL), tăng đường máu (glucose: 164 [70-110] mg/dL).



Hình 2. Cấu trúc dạng nang bao gồm mật độ mô, dịch bên trong vùng xương hàm dưới liên quan nhiều xương hàm dưới vùng góc, thân hai bên (T>P), vùng cằm, kích thước khoảng 150x160x180 mm. Ghi nhận nốt nhu mô phổi thùy trên bên trái #30 mm



Hình 3. CT-Scan có dựng hình mô phỏng 3D tư thế nghiêng phải và trái



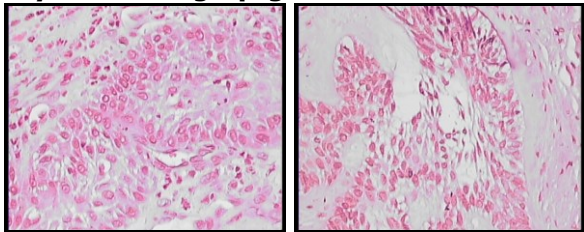
Hình 4. Động mạch cấp máu chính cho u gồm: động mạch mặt, động mạch dưới hàm, động mạch lưỡi hai bên (ưu thế bên trái)

IV. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Giai đoạn một, mổ cấp cứu giải áp khối u bảo toàn tính mạng người bệnh. Trở ngại khó khăn nhất trong quá trình chuẩn bị là gây mê nội khí quản qua đường mũi do khối u chiếm hết $\frac{2}{3}$ khoang miệng kèm chèn ép khí quản. Trong quá trình mổ, bệnh nhân bị sốc mất máu do khối u hủy toàn bộ xương hàm dưới bên trái và $\frac{1}{2}$ đoạn xương hàm bên phải, hủy cơ vùng trên và dưới xương móng và các cấu trúc lân cận khiến khối u như một "hồ máu" chờ vỡ. Bệnh nhân được truyền khẩn 4 đơn vị máu O⁺. Khối u được cắt bỏ triệt để và cân nặng khoảng 1.5 kg.

Kết quả giải phẫu bệnh, u gồm các nguyên bào men tăng sản, tạo thành đám hoặc dãy xâm nhập trên nền mô đệm liên kết dày. Các đám nguyên bào men có cấu trúc bên ngoài là các tế bào vuông hoặc trụ cao, bên trong là các tế bào hình sao. Có nơi có thoái hóa dạng bọc. Kết luận: U nguyên bào men (cystic ameloblastoma) (Hình 5)

Chẩn đoán xác định: U nguyên bào men xương hàm dưới dọa vỡ/ tăng huyết áp-đái tháo đường-xơ phổi-suy thượng thận-suy dinh dưỡng nặng



Hình 5. U gồm các nguyên bào men tăng sản, tạo thành đám hoặc dãy xâm nhập trên nền mô đệm liên kết dày. Các đám nguyên bào men có cấu trúc bên ngoài là các tế bào vuông hoặc trụ cao, bên trong là các tế bào hình sao. Có nơi có thoái hóa dạng bọc

Một ca bệnh đặc biệt với sự phối hợp điều trị toàn diện đa chuyên khoa, đa trung tâm

- Chuyên khoa hô hấp: Bệnh nhân được nội soi phế quản và hội chẩn bác sĩ chuyên khoa hô hấp để đánh giá đường thở trước khi mổ nhằm đánh giá khối u có chèn ép đường thở trên hay không khi gây mê nội khí quản. Kết quả nội soi phế quản: không thấy tổn thương trong khí quản và phế quản hai bên. Có hiện trạng xơ phổi nên để đảm bảo cuộc gây mê thành công, chúng tôi tiến hành đo thông khí phổi.

- Chuyên khoa nội tiết: Bệnh nhân tiền căn đái tháo đường đã trên 10 năm, trải qua một cuộc mổ stress nặng, cộng thêm suy thượng thận mới phát hiện cần bù corticoid. Hai yếu tố trên càng làm tăng nguy cơ gây tăng đường huyết trên người bệnh (đường huyết có khi tăng vọt lên 400 mg/dL) ảnh hưởng đến quá trình lành thương, tăng nguy cơ nhiễm trùng, nguy cơ tăng Ceton máu. Bệnh nhân được hội chẩn chuyên sâu với bác sĩ chuyên khoa nội tiết để đảm bảo mức đường huyết ổn định.

- Chuyên khoa dinh dưỡng: Khối u lớn gây khó khăn trong việc ăn uống thời gian dài dẫn đến bệnh nhân bị giảm đạm máu nặng (protein máu: 3.35 [6-8] g/dL, Albumin máu: 1.93 [3.6-5] g/dL) đáng người gầy, suy kiệt, trải qua cuộc mổ lớn sẽ ảnh hưởng đến quá trình lành thương và hồi phục. Bệnh được hội chẩn bác sĩ chuyên khoa dinh dưỡng nhằm bù đạm, nâng đỡ tổng trạng sau mổ.

- Chuyên khoa Tai-Mũi-Họng: Khối u lớn hủy các mô tuyến nước bọt dưới hàm, tuyến nước bọt dưới lưỡi. Bệnh nhân được hội chẩn bác sĩ chuyên khoa Tai-Mũi-Họng nhằm đánh giá chức năng của tuyến nước bọt quanh khoang miệng, bảo tồn các nước tuyệt nếu có thể trong lúc phẫu thuật nhằm cải thiện tình trạng khô miệng sau khi cắt bỏ khối u hoàn toàn.

- Chuyên khoa can thiệp mạch-ung bướu: Các chuyên gia ung bướu đề nghị thuyên tắc mạch chọn lọc do khả năng xuất huyết trong u dọa vỡ gây mất máu cấp nguy hiểm đến tính mạng trong lúc mổ. Tuy nhiên khối u đã hủy toàn bộ xương hàm dưới bên trái và một phần cạnh ngang bên phải nên cần bảo tồn mạch máu, da để ghép vạt xương trong giai đoạn tạo hình lại xương hàm dưới.

- Chuyên khoa lồng ngực-mạch máu và phẫu thuật hàm mặt: Bảo tồn mạch máu và da trong lúc phẫu thuật phục vụ cho giai đoạn cấy ghép vi phẫu vạt xương mác.

- Chuyên khoa vi phẫu-tạo hình: Phổi hợp điều trị trong giai đoạn 2, tạo hình xương hàm dưới bằng mẫu nẹp xương hàm dưới in 3D kết hợp vạt xương mác vi phẫu.



Hình 6. Bệnh nhân tái khám sau 3 tháng phẫu thuật và đang lên kế hoạch điều trị giai đoạn 2

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Atkinson CH, Harwood AR, Cummings BI.** A reappraisal of the role of megavoltage irradiation. *Cancer* 1984;53:869-73
2. **Dararnola JO, Ajagbe HA, Oluwasanmi JO.** Recurrent ameloblastoma of the jaws-a review of

- 22 cases. *Plast Reconstr Surg* 1980;65:5 77-9.
3. **Hughes CA, Wilson WR, Olding M.** Giant Ameloblastoma: Report of an Extreme Case and a Description of its Treatment. *Ear, Nose & Throat Journal.* 1999;78(8):568-574
4. **Nakasato S, Okamura S, Kudo K, Takeda Y.** Gigantic ameloblastoma associated with secondary hypoproteinemia. *J Oral Maxillofac Surg* 1991 ;49:764-7.
5. **Regezi J, Ciubba J.** Oral Pathology with Clinical Pathological Correlations. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1983:276-85.
6. **Shafer W, Hine MK, Levy B.** A Textbook of Oral Pathology. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1983:276-85.
7. **Travis LW, McClatchey KD, Hayward JR, et al.** Combined management of ameloblastoma of the jaws . *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1977;84:833-9.
8. **Wenig B.** Atlas of Head and Neck Pathology. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993:54-5.

NGUY CƠ TẾ NGÃ Ở BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Phan Hữu Trí¹, Lê Khắc Bảo², Đỗ Thị Tường Oanh³

TÓM TẮT

Vấn đề: Bệnh nhân BPTNMT có các rối loạn tại phổi và ngoài phổi dẫn tới tình trạng teo cơ tứ đầu đùi làm hạn chế khả năng di chuyển và giữ thăng bằng. Nghiệm pháp đứng dậy và đi có khả năng đánh giá nguy cơ té ngã và đồng thời phản ánh được độ nặng của bệnh. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ bệnh nhân BPTNMT có nguy cơ té ngã bằng nghiệm pháp đứng dậy và đi và các câu hỏi tầm soát té ngã. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu trên 117 bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định tại phòng quản lý Hen – BPTNMT ở Bệnh viện Nhân Dân Gia Định (6-8/2023). Thời gian đứng dậy và đi được xác định bằng cách cho bệnh nhân từ tư thế ngồi, đứng dậy và đi 3 mét, sau đó xoay người và đi ngược lại vị trí xuất phát, rồi xoay người và ngồi xuống. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 67 ± 8 tuổi. %FEV1 so với giá trị dự đoán trung bình là 56,6 ± 18,1%. Thời gian đứng dậy và đi của bệnh nhân BPTNMT là 11,2 (9,8 – 12,9). Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian đứng dậy và đi kéo dài trên 12 giây là 35,9%. Tỷ lệ bệnh nhân BPTNMT có té ngã trong năm vừa qua là 10,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tầm soát nguy cơ té ngã dương tính là 34,2%. Ngưỡng cắt tối ưu của thời gian đứng dậy và đi để dự đoán té ngã là 12,2 giây với độ nhạy 67%, độ đặc

hiệu 74%, AUROC 0,71 (KTC 95% 0,55-0,87). **Kết luận:** Khoảng 1/3 dân số bệnh nhân BPTNMT có nguy cơ té ngã. Thời gian đứng dậy và đi và các câu hỏi tầm soát té ngã nên được sử dụng một cách thường quy ở bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định.

Từ khóa: Thời gian đứng dậy và đi, nguy cơ té ngã, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

SUMMARY

FALL RISK IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Background: Patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) often experience lung and extra-pulmonary impairments that lead to quadriceps muscle atrophy, limiting mobility and balance. The timed-up-and-go test is capable of evaluating fall risk and reflecting disease severity. **Objective:** To determine the fall risk prevalence in COPD patients using the timed-up-and-go test and fall risk screening questions. **Methods:** A study was conducted on 117 stable COPD patients at the Asthma - COPD Management Unit of Gia Dinh People's Hospital (6-8/2023). The time taken for the timed-up-and-go test was measured as patients transitioned from sitting to standing, walked 3 meters, turned around and walked back to the starting position, then turned around and sat down. **Results:** The mean age of patients was 67 ± 8 years. %FEV1 compared to the average predicted value was 56,6 ± 18,1%. The timed-up-and-go value for COPD patients was 11,2 seconds (9,8 – 12,9). The proportion of COPD patients with timed-up-and-go value exceeding 12,2 seconds was 29,9%. The fall incidence rate among COPD patients in the past year was 10,3%. The proportion of COPD patients with positive fall risk screening results was 34,2%. The

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định

³Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hữu Trí

Email: drhuutri@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023