

- Qua các nghiên cứu trên có thể khẳng định vị trí u, thể mô bệnh học, giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng quan trọng trong UTDD.

V. KẾT LUẬN

- Phác đồ hóa trị hỗ trợ XELOX có hiệu quả tốt trong điều trị UTDD giai đoạn II, III sau phẫu thuật triệt căn với tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng lần lượt là 92,7%; 78,0% và 60,0% và tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng lần lượt là 96,4%; 83,5% và 73,6%.

- Các yếu tố liên quan đến kết quả thời gian sống thêm không bệnh bao gồm: vị trí u và giai đoạn bệnh (p < 0,05). Các yếu tố liên quan đến kết quả OS bao gồm: vị trí u, thể mô bệnh học và giai đoạn bệnh (p < 0,05).

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo, phòng kế hoạch tổng hợp, trung tâm Ung bướu – Y học hạt nhân bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc đã tạo mọi điều kiện giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN** 2020: New Global Cancer Data | UICC. <<https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>>, accessed: 06/03/2022.
2. **Bộ Y tế** (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày. .

3. **Koo D.H., Lee J.L., Kim T.W., et al.** (2007). Adjuvant chemotherapy with 5-fluorouracil, doxorubicin and mitomycin-C (FAM) for 6 months after curative resection of gastric carcinoma. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 33(7), 843–848.
4. **Bang Y.-J., Kim Y.-W., Yang H.-K., et al.** (2012). Adjuvant capecitabine and oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): a phase 3 open-label, randomised controlled trial. *Lancet*, 379(9813), 315–321.
5. **Jiang Z., Sun Y., Zhang W., et al.** (2020). Comparison of S-1 plus oxaliplatin (SOX) and capecitabine plus oxaliplatin (XELOX) as adjuvant chemotherapies for stage II and III gastric cancer after D2 resection: A single-center retrospective study. *Asia Pac J Clin Oncol*, 16(3), 180–186.
6. **Vũ Hồng Thăng và cộng sự** (2018). Thời gian sống thêm bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật triệt căn kết hợp hóa trị hỗ trợ phác đồ XELOX. *Tạp chí y học thực hành*, 59–61.
7. **Nguyễn Thị Vượng** (2013). Đánh giá hiệu quả phác đồ XELOX trong điều trị hỗ trợ ung thư dạ dày, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Lê Thị Thu Nga** (2022). Đánh giá kết quả điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ XELOX sau phẫu thuật ung thư dạ dày, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Zhao Q., Cao L., Guan L., et al.** (2019). Immunotherapy for gastric cancer: dilemmas and prospect. *Brief Funct Genomics*, 18(2), 107–112.
10. **Vũ Quang Toàn** (2016). Đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày giai đoạn IIB-III (T4, N0-3, M0) bằng hóa chất hỗ trợ EOX sau phẫu thuật tại bệnh viện K, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CÁC CẶP VỢ CHỒNG VÔ SINH DO CHỒNG KHÔNG CÓ TINH TRÙNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

**Đặng Tiến Long¹, Hồ Nguyệt Minh²,
Trịnh Thế Sơn⁴, Hồ Sỹ Hùng³**

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu tiến hành trên 134 cặp vợ chồng vô sinh do chồng không có tinh trùng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị thụ tinh trong ống nghiệm và một số yếu tố liên quan đến kết quả có thai sau chuyển phôi của các cặp vợ chồng vô sinh do chồng không có tinh trùng. **Kết**

quả: Trong 101 trường hợp có phôi chuyển, có 57 trường hợp có thai chiếm tỉ lệ 56,4%, trong đó có 49 trường hợp có thai lâm sàng. **Kết luận:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết quả có thai giữa các đối tượng có thể tích tinh hoàn từ 10 – 15ml. Tuy nhiên, không có mối liên quan về mật độ tinh trùng thu được sau thủ thuật PESA và chất lượng phôi chuyển với tỷ lệ có thai. **Từ khoá:** PESA, có thai, mật độ tinh trùng, thể tích tinh hoàn

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT IN INFERTILITY COUPLES DUE TO AZOOSPERMIA AT HANOI OBSTETRIC HOSPITAL

Retrospective study conducted on 134 infertile couples due to azoospermia at Hanoi Obstetrics Hospital. **Objective:** To evaluate the results of in vitro fertilization treatment and some factors related to

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Trường Đại học Khoa học Tự nhiên

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Sỹ Hùng

Email: hohungsy@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

pregnancy outcomes after embryo transfer in infertile couples due to azoospermia. **Results:** In 101 cases of embryo transfer, there were 57 pregnancies, accounting for 56.4%, of which 49 were clinical pregnancies. **Conclusion:** There is a statistically significant difference between pregnancy outcomes between subjects with testicular volume from 10 - 15ml. However, there was no relationship between the sperm concentration obtained after the PESA procedure and the quality of transferred embryos with pregnancy rate. **Keywords:** PESA, pregnancy, sperm concentration, testicular volume

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, cùng với sự phát triển của kinh tế - xã hội, tỷ lệ vô sinh ở các cặp vợ chồng càng gia tăng, độ tuổi vô sinh ngày càng trẻ hóa dần. Vô sinh nam ngày càng được quan tâm, chú trọng và hiểu biết nhiều hơn. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) cảnh báo, vô sinh là căn bệnh nguy hiểm thứ ba trong thế kỷ XXI, sau ung thư và các bệnh tim mạch, đặt ra những thách thức không nhỏ về kinh tế - xã hội - y tế cho toàn nhân loại. Tỷ lệ vô sinh chiếm tới 10 - 15% các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản trên toàn thế giới, trong đó có khoảng một nửa số trường hợp có nguyên nhân liên quan đến nam giới và vô sinh hoàn toàn do nam giới chiếm tỷ lệ khoảng 30%. Thống kê cho thấy rằng ước tính khoảng 14% các trường hợp nguyên nhân vô sinh là vô tinh, nguyên nhân có thể do bất thường sinh tổng hợp tinh trùng hoặc bế tắc đường dẫn tinh. Vô tinh do tắc chiếm 40% trong các trường hợp không có tinh trùng. Phẫu thuật nối ống dẫn tinh - mào tinh hay nối ống dẫn tinh sau triệt sản đã mang lại kết quả khả quan và bệnh nhân có thể có con tự nhiên. Trường hợp vô tinh không tắc chiếm 60%, bao gồm cả những trường hợp phối nhiễm với chất độc, bất thường phát triển ống sinh tinh, suy tuyến yên, suy tinh hoàn hay bất thường về di truyền³.

Khoảng 20 năm trước đây, các trường hợp vô tinh thường chỉ dừng ở chẩn đoán xác định chứ chưa có phương pháp điều trị. Điều trị cho các cặp vợ chồng vô sinh không có tinh trùng chủ yếu là thực hiện hỗ trợ sinh sản với tinh trùng của người hiến tặng hoặc xin con nuôi. Sự hiểu biết sâu hơn về cơ chế bệnh sinh của vô tinh do tắc và không do tắc, cùng sự tiến bộ của các kỹ thuật trong hỗ trợ sinh sản kỹ thuật thu nhận tinh trùng từ thủ thuật, phẫu thuật kết hợp với thụ tinh trong ống nghiệm - tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (IVF - ICSI) đã giúp điều trị thành công cho các cặp vợ chồng mà chồng vô sinh do không có tinh trùng. Các phương pháp phẫu thuật thu nhận tinh trùng không chỉ là một

công cụ chẩn đoán sự hiện diện của tinh trùng, mà còn là quy trình điều trị để thu nhận tinh trùng cho điều trị thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON). Tỷ lệ tìm thấy tinh trùng ở nam giới vô tinh được báo cáo khoảng 40%. Tuy nhiên là một thủ thuật xâm lấn nếu lặp đi lặp lại có thể gây biến chứng xơ hóa mào tinh hoàn, teo tinh hoàn, xuất huyết, và giảm nồng độ androgen trong huyết thanh¹.

Vậy vấn đề đặt ra làm thế nào để nhận định được khả năng thành công của các phương pháp thu nhận tinh trùng? Nhiều nghiên cứu đưa ra các mô hình tiên lượng khác nhau bao gồm: độ tuổi, nồng độ Follicle Stimulating Hormone (FSH), Luteinizing Hormone (LH), Testosterone, Prolactin huyết thanh hoặc thể tích tinh hoàn, các xét nghiệm vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y... Tại Việt Nam, các nghiên cứu về tiên lượng khả năng thành công phẫu thuật thu nhận tinh trùng trên các bệnh nhân vô tinh cũng như kết quả thụ tinh trong ống nghiệm của các cặp vợ chồng trên chưa nhiều, kết quả chỉ là bước đầu, số liệu còn ít. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "*Kết quả điều trị các ở cặp vợ chồng vô sinh do chồng không có tinh trùng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội*" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị thụ tinh trong ống nghiệm và một số yếu tố liên quan đến kết quả có thai sau chuyển phôi của các cặp vợ chồng vô sinh do chồng không có tinh trùng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các cặp vợ chồng vô sinh do chồng không có tinh trùng trong tình dịch được khám và điều trị tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản (HTSS) và Nam học - Bệnh viện phụ sản Hà Nội từ 1/2017 - 6/2023

Tiêu chuẩn lựa chọn:

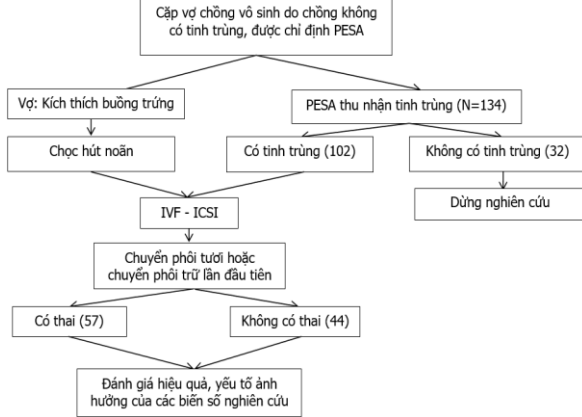
- Hồ sơ đầy đủ thông tin cần thiết theo yêu cầu nghiên cứu.
- Vợ được kích thích buồng trứng và thực hiện TTTON bằng trứng tự thân.
- Được làm thủ thuật PESA lấy tinh trùng và có tinh trùng để làm ICSI.
- Đã được chuyển phôi lần đầu tiên, có kết quả xét nghiệm sau chuyển phôi.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Vợ: vô sinh do nguyên nhân tử cung mà không có khả năng mang thai: không có tử cung, dị dạng tử cung, dính buồng tử cung, mắc bệnh toàn thân...
- Chồng mắc các bệnh toàn thân như: suy gan, suy thận mạn, viêm nhiễm vùng da làm thủ thuật.

- Các trường hợp vô sinh do chồng không có tinh trùng điều trị bằng phương pháp xin tinh trùng.

2.2. Quy trình nghiên cứu



2.3. Các biến số nghiên cứu

- Thể tích tinh hoàn: đo bằng thước đo Prader tính theo đơn vị ml.
- Mật độ tinh trùng: số tinh trùng/vi trường ở vật kính 10.
- Tỷ lệ thụ tinh: được tính bằng số noãn thụ tinh trên tổng số noãn được ICSI.
- Số phôi tạo thành: số phôi được tính dựa trên sự phân chia các trứng đã thụ tinh.
- Có thai: sau 14 ngày chuyển phôi, xét nghiệm β hCG > 25 UI

2.4. Xử lý số liệu

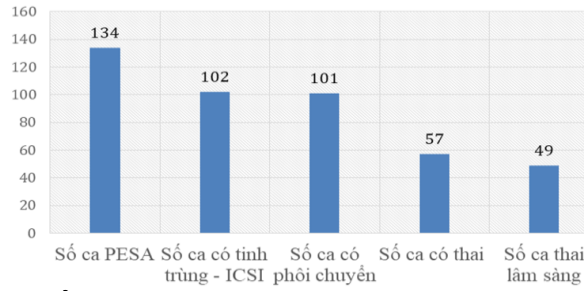
- Các số liệu được thu thập theo một biểu mẫu thống nhất.
- Phân tích và xử lý số liệu trên máy tính bằng phần mềm SPSS 22.0
- Số liệu định tính được biểu diễn dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, số liệu định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định sự khác biệt và mối tương quan giữa các biến bằng test thống kê χ^2 test, Fisher's Exact test (biến định tính), T-test Student (biến định lượng), Pearson test. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đây là nghiên cứu hồi cứu, sử dụng số liệu có sẵn trên hồ sơ bệnh án, không can thiệp trực tiếp vào đối tượng nghiên cứu.
- Tất cả thông tin được mã hóa và giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu chỉ được phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.
- Nghiên cứu đã được sự thông qua của hội đồng đề cương, hội đồng đạo đức của Trường đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả thụ tinh ống nghiệm



Biểu đồ 1: Kết quả chung thụ tinh ống nghiệm

Trong khoảng thời gian từ 1/2017 - 6/2023, tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản (HTSS) và Nam học - Bệnh viện phụ sản Hà Nội có 134 cặp vợ chồng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, trong đó có 102 trường hợp có tinh trùng khi làm thủ thuật PESA. Trong 101 trường hợp có phôi chuyển, lần chuyển phôi đầu tiên chuyển 232 phôi ngày 3 vào buồng tử cung, có 57 trường hợp có thai chiếm tỉ lệ 56,4%, trong đó có 49 trường hợp có thai lâm sàng, 8 trường hợp thai sinh hóa, 71 túi thai trên lâm sàng tương đương tỉ lệ làm tổ 30,6%.

3.2. Mối liên quan về thể tích tinh hoàn với tình trạng có thai

Bảng 1: Liên quan thể tích tinh hoàn với kết quả có thai

Kết quả sau chuyển phôi	Có thai (n, %)	Không có thai (n, %)	p
Thể tích tinh hoàn (ml) < 10	1(1,8)	1(2,3)	0,68
10 - 15	55(96,4)	37(84,1)	0,03
> 15	1(1,8)	6(13,6)	0,37
Tổng	57(100)	44(100)	

Trong số 57 trường hợp có thai, trường hợp người chồng có thể tích tinh hoàn từ 10 đến 15ml chiếm tỷ lệ cao nhất là 96,4%. Ở nhóm các trường hợp không có thai, tỷ lệ này cũng chiếm cao nhất là 84,1%. Sự khác biệt về kết quả có thai của nhóm có thể tích tinh hoàn từ 10 – 15ml có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$

3.3. Mối liên quan giữa mật độ tinh trùng và tình trạng có thai

Bảng 2: Liên quan thể tích tinh hoàn với kết quả có thai

Kết quả sau chuyển phôi	Có thai (n, %)	Không có thai (n, %)	p
Mật độ tinh trùng < 5	53(93,0)	40(90,9)	0,49
> 5	4(7,0)	4(9,1)	
Tổng	57(100)	44(100)	

Có 53 trường hợp người chồng có mật độ tinh trùng nhỏ hơn 5 triệu/ml có kết quả có thai sau

chuyển phôi và 40 trường hợp tương tự ở nhóm kết quả không có thai sau chuyển phôi. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa mật độ tinh trùng và tỷ lệ có thai không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,49$.

3.4. Môi liên quan giữa chất lượng phôi chuyển và có thai

Bảng 3: Liên quan chất lượng phôi chuyển với kết quả có thai

Kết quả sau chuyển phôi	Có thai (n,%)	Không có thai (n,%)	Tổng (n,%)
Có phôi tốt	51(60,0)	34(40,0)	85(100)
Không có phôi tốt	6(37,5)	10(62,5)	16(100)

$p = 0,09$

Trong nhóm 85 ca có chuyển phôi tốt tỉ lệ có thai (60%) cao gần gấp 1,5 tỉ lệ không có thai (40%). Tương tự nhóm chỉ chuyển phôi trung bình và xấu thì tỉ lệ không có thai chiếm chủ yếu tới 62,5%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,09$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả hồi cứu, với việc quan sát, thu thập số liệu các bệnh nhân nam vô tinh có chỉ định điều trị TTTON tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản và nam học - BV Phụ sản Hà Nội trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 06/2023. Chúng tôi ghi nhận có 134 bệnh nhân có chỉ định PESA trong đó 102 trường hợp có tinh trùng phù hợp với các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu, vợ được dùng thuốc theo các phác đồ antagonist, chọc hút noãn, nuôi phôi theo các phác đồ chung. Trong những bệnh nhân có thu nhận được tinh trùng trích xuất từ mào tinh để tiến hành ICSI chúng tôi đánh giá toàn bộ phôi ngày 3 theo tiêu chí đồng bộ ALPHA.

Trong thụ tinh ống nghiệm thì số lượng và mật độ tinh trùng không quan trọng nhiều tuy nhiên trong thụ tinh trong ống nghiệm tinh trùng di động là thông số rất quan trọng cho quá trình thụ tinh và có thai của bệnh nhân vì nó cho biết khả năng sống của tinh trùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi 134 trường hợp chúng tôi thực hiện PESA trong 7 năm từ 2017 đến 2023 thì có 32 trường hợp chọc hút không có tinh trùng, chiếm 23,88%. và 102 trường hợp có tinh trùng (chiếm 76,12%). Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Phạm Văn Phan⁵, tác giả Nguyễn Biên Thùy⁶.

Trong 101 trường hợp chuyển 232 phôi ngày 3 vào buồng tử cung thì có 57 trường hợp có thai chiếm tỉ lệ 56,4%, trong đó có 49 trường hợp có thai lâm sàng, 8 trường hợp thai sinh

hóa, 71 túi thai trên lâm sàng tương đương tỉ lệ làm tổ 30,6 %. Kết quả này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phạm Văn Phan⁵ là 25,6%, của Hồ Sỹ Hùng² là 13,16%. Sự khác nhau về tỷ lệ làm tổ bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như chất lượng phôi, chất lượng niêm mạc tử cung, tuổi của người mẹ, kỹ thuật chuyển phôi, số lượng phôi chuyển, đặc biệt là số phôi tốt. Trong nhóm có chuyển phôi tốt tỉ lệ có thai (60%) cao gấp 1.5 lần tỉ lệ không có thai (40%). Tương tự nhóm chỉ chuyển phôi trung bình và xấu thì tỉ lệ không có thai chiếm chủ yếu tới 62,5%. Khi so sánh giữa nhóm chuyển có phôi tốt với nhóm không có phôi tốt nào khả năng có thai tăng lên 1,6 lần. Theo Vũ Thị Bích Loan⁴ chất lượng phôi chuyển là 1 trong yếu tố rất quan trọng ảnh hưởng đến kết quả có thai trong thụ tinh trong ống nghiệm. Kết quả nghiên cứu của tác giả cho thấy chất lượng phôi làm tăng khả năng có thai trong loạt đối tượng nghiên cứu của tác giả

Về cỡ mẫu của nghiên cứu này là 102 bệnh nhân tuy không lớn nhưng cũng là đủ có giá trị về mặt thống kê để xác định kết quả điều trị TTTON ở nhóm vô sinh do chông không có tinh trùng trong 7 năm từ 2017- 2023 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, tuy nhiên khi xác định yếu tố liên quan đến kết quả TTTON thì với cỡ mẫu này chưa đủ lớn để đưa ra kết luận để khẳng định mà chỉ có giá trị về mặt thực tiễn và giá trị tham khảo. Mặc dù kỹ thuật PESA được triển khai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ năm 2008 trong những ngày đầu thành lập trung tâm HTSS và Nam học, trường hợp em bé đầu tiên ra đời nhờ kỹ thuật PESA – ICSI, nặng 3800 gram tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội là 29/11/2010, từ đó hàng ngàn cặp vợ chồng vô sinh nhờ áp dụng kỹ thuật này đã tìm lại được hạnh phúc cho mình tại khoa Hỗ trợ Sinh sản và Nam học – Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tuy nhiên từ đó tới nay, các kỹ thuật sâu hơn về phẫu thuật thu nhận tinh trùng trích xuất như TESE, Micro TESE gần như chưa được triển khai, việc này dẫn tới tình trạng các cặp vợ chồng vô tinh không do tắc, suy tinh hoàn... thường được tư vấn luôn ngay từ đầu về chỉ định xin tinh trùng ngân hàng Bệnh viện, điều này vô tình đánh mất cơ hội làm bố. Đồng thời nhiều trường hợp không có chỉ định PESA vì tiên lượng tìm thấy tinh trùng thấp, nhưng vì mong muốn của bệnh nhân đồng thời chưa phát triển kỹ thuật cao hơn nên có những trường hợp chỉ định chưa được chính xác.

V. KẾT LUẬN

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết

quả có thai giữa các đối tượng có thể tích tinh hoàn từ 10 – 15ml. Tuy nhiên, không có mối liên quan về mật độ tinh trùng thu được sau thủ thuật PESA và chất lượng phôi chuyển với tỷ lệ có thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bernie, Aaron M et al.** "Predictive factors of successful microdissection testicular sperm extraction." Basic and clinical andrology vol. 23 5. 2 Oct. 2013, doi:10.1186/2051-4190-23-5
2. **Hùng HS, Mai TTP.** Nghiên cứu hiệu quả tiêm tinh trùng vào bào tương noãn bằng tinh trùng

lấy từ, mào tinh ở bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Luận Án Tiến Sĩ Học.

3. **Jarow, J P et al.** "Evaluation of the azoospermic patient." The Journal of urology vol. 142,1 (1989): 62-5. doi:10.1016/s0022-5347(17)38662-7
4. **Loan VTB.** Nghiên cứu hiệu quả điều trị vô sinh nam bằng PESA tại Phụ sản Trung Ương 2019. Luận Án Tiến Sĩ Học.
5. **Phan PV.** Đánh giá hiệu quả PESA-ICSI tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. Luận Văn Thạc Sĩ Học.
6. **Thùy NB, Hương TM.** Đánh giá kết quả chọc hút mào tinh hoàn trên bệnh nhân Azoospermia tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Luận Văn Thạc Sĩ Học.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG THÙNG DO VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Quách Văn Kiên¹, Nguyễn Xuân Hùng¹, Đỗ Tới Nghĩa²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân có biến chứng thủng do viêm túi thừa đại tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu cắt ngang tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là biến chứng thủng do viêm túi thừa đại tràng và được điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2018 – 12/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Gồm 54 bệnh nhân (BN) (15 nữ và 39 nam), tuổi trung bình là 60,14 ± 14,7 tuổi. Triệu chứng bao gồm đau bụng khu trú (92,6%), sốt (44%) và sốc (7,4%). Đa số vị trí thủng túi thừa nằm ở đại tràng trái (64,8%), đại tràng phải chiếm tỷ lệ 35,2% trên cắt lớp vi tính. Phân loại hình ảnh tổn thương theo phân loại Hinchey giai đoạn (GD) Ib, II, III, IV lần lượt là 22,2%, 44,4%, 26%, 7,4%. 51,8% BN được điều trị nội khoa, trong đó 17,9% BN phối hợp kháng sinh và dẫn lưu ổ áp xe. 48,2% BN được phẫu thuật trong đó 73,1% có chỉ định mổ cấp cứu theo phân loại Hinchey GD II, III, IV lần lượt là 5,3%, 73,7%, 21%; chỉ định phẫu thuật của đại tràng trái chiếm đa số (80,8%) còn 19,2% thuộc về đại tràng phải, 17 BN được thực hiện bằng phẫu thuật Hartmann (65,4%), 7 BN mổ phiến (26,9%) đều thuộc giai đoạn II và được cắt đại tràng nối ngay. Thời gian điều trị theo phân loại Hinchey lần lượt là 10,5 ± 5,6 ngày giai đoạn Ib, 12 ± 6,8 ngày giai đoạn II điều trị nội khoa, 10 ± 3 ngày giai đoạn II điều trị ngoại khoa, 13,9 ± 6,5 ngày giai đoạn III, 20,25 ± 8,8 ngày giai đoạn IV. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ sau mổ chiếm 50%. **Kết luận:** Viêm túi thừa đại tràng biến chứng thủng hay gặp ở độ tuổi trung niên, nam

thường chiếm ưu thế. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng, sốt và sốc. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào cắt lớp vi tính và thủng túi thừa bên phải tiên lượng tốt hơn bên trái; tỷ lệ Hinchey giai đoạn III, IV còn cao. Chính vì vậy, chúng ta cần đánh giá tốt giai đoạn thủng túi thừa đại tràng để có chiến lược điều trị kịp thời và phù hợp với từng bệnh nhân.

Từ khóa: viêm túi thừa đại tràng trái, thủng túi thừa đại tràng, phẫu thuật Hartmann, phẫu thuật cắt đại tràng nối ngay

SUMMARY

THE RESULTS OF TREATMENT OF COMPLICATIONS OF PERFORATED COLONIC DIVERTICULITIS AT VIET DUC FRIENDLY HOSPITAL

Objectives: The results of treatment of complications of perforated colonic diverticulitis at Viet Duc Friendly Hospital from 2018 to 2022. **Method:** Cross-sectional retrospective description of all patients diagnosed with perforation complications due to colonic diverticulitis and treatment at Viet Duc Friendly Hospital from January 2018 to December 2022. **Results:** Includes 54 patients (15 female and 39 male), the mean age was 60.14 ± 14.7 years old, symptoms include abdominal pain (92.6%), fever (44%), shock (7.4%). The majority of diverticulitis perforation sites are located in the left colon (64.8%), and the right colon accounts for 35.2% on computed tomography. Classification of lesion images according to Hinchey classification stage Ib, II, III, IV are 22.2%, 44.4%, 26%, 7.4%. 51.8% of patients received medical treatment, of which 17.9% of patients received a combination of antibiotics and abscess drainage. 48.2% of patients had surgery, of which 73.1% had indications for emergency surgery according to Hinchey stage II, III, IV, 5.3%, 73.7%, 21%; indications for surgery of the left colon were the majority (80.8%), while 19.2% were for the right colon, 17 patients had the Hartmann's procedure (65.4%), 7 patients had the surgery sessions (26.9%)

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: quachvankien@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024