

kỹ thuật học tại đơn vị khác và được cấp chứng chỉ ĐTLT), do đó khi tiếp nhận và triển khai kỹ thuật còn lúng túng và chưa đảm bảo chất lượng. Hầu hết các bệnh viện muốn gây dựng thương hiệu nhanh chóng thông qua việc triển khai, phát triển các kỹ thuật mới, chuyên sâu nhưng chưa đáp ứng được yêu cầu về cơ sở vật chất, nhân lực,... dẫn đến kỹ thuật không triển khai được hoặc triển khai không thường xuyên.

IV. KẾT LUẬN

Phần lớn các kỹ thuật sau khi chuyển giao đều được các bệnh viện tuyến tỉnh triển khai thực hiện (85,7%). Chỉ còn 3/21 (14,3%) kỹ thuật chưa được thực hiện nguyên nhân là do thiếu thuốc, sinh phẩm và nhân lực.

Cơ chế tự chủ giúp các bệnh viện có những điều kiện thuận lợi để phát triển, tuy nhiên cũng tiềm ẩn nhiều nguy cơ dẫn đến "thương mại hóa hệ thống y tế".

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bệnh viện Phổi Trung ương**, Tài liệu Hội nghị tổng kết công tác Chỉ đạo tuyến, thực hiện đề án 1816 năm 2019 và phương hướng công tác năm 2020.
- Bệnh viện Phổi Trung ương**, Tài liệu Hội nghị giao ban Chỉ đạo tuyến và Đề án 1816, năm 2020 và phương hướng hoạt động năm 2021.
- Bệnh viện Phổi Trung ương**, Tài liệu Hội nghị giao ban hoạt động Chỉ đạo tuyến và Đề án 1816 năm 2021 và phương hướng hoạt động năm 2022.
- Bộ Y tế**, Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế về việc Quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- Trương Quý Dương**, Luận án tiến sĩ, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương "Xây dựng và đánh giá hiệu quả mô hình đào tạo chuyển giao kỹ thuật của bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình đối với bệnh viện tuyến huyện, năm 2012.
- Vụ Kế hoạch Tài chính (Bộ Y tế)**, báo cáo tham luận về "đảm bảo kinh phí cho các hoạt động thực hiện Đề án 1816", năm 2010. Tài liệu Hội nghị tập huấn nâng cao kỹ năng thực hiện đề án 1816 năm 2010.

BỆNH U MÔ BÀO X: NHÂN 3 TRƯỜNG HỢP BIỂU HIỆN BỆNH Ở XƯƠNG THÁI DƯƠNG

Nguyễn Xuân Nam¹, Cao Minh Hưng²

TÓM TẮT

Bệnh u mô bào tế bào Langerhans (LCH) hoặc u mô bào X là một bệnh hiếm gặp, đặc trưng bởi sự tăng sinh bất thường của những tế bào đuôi gai (tế bào dendritic), có đặc điểm mô bệnh học giống tế bào Langerhans. Những tế bào này thâm nhiễm vào các cơ quan tổ chức trong cơ thể gây tổn thương các cơ quan tổ chức này. Bệnh được biết đến trước kia như bệnh Letterer – Siwe (LS), bệnh Hand – Schuller- Christian (HSC), bệnh u hạt bạch cầu ưa acid (EG). Bệnh có thể khu trú ở một cơ quan: xương, da, hạch hoặc ảnh hưởng đến các cơ quan trong cơ thể như gan, lách, tủy xương, phổi trong đó có biểu hiện ở xương thái dương. Đối với bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng của một viêm tai giữa không điển hình, chảy mủ tai, polyp ống tai hoặc một khối sưng sau tai và CT tai xương thái dương có hình ảnh khối trong xương chũm, phá hủy rộng xương chũm, các cấu trúc của xương chũm, các bác sỹ tai mũi họng nên chú ý đến khả năng bệnh LCH biểu hiện ở xương thái dương. Chúng tôi trình bày 3 trường hợp u mô bào X biểu hiện ở xương thái dương với biểu hiện ban đầu giống một viêm xương

chũm xuất ngoại sau tai. CT giúp đánh giá tổn thương và mức độ xâm lấn. Tuy nhiên xét nghiệm mô bệnh học đặc biệt là xét nghiệm mô bệnh học hóa mô miễn dịch với CD-1a và protein S-100 vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán LCH. Phẫu thuật, hoá trị, xạ trị và corticoid là phương pháp điều trị chính cho LCH.

Từ khóa: U mô bào tế bào Langerhans, u mô bào X

SUMMARY

LANGERHANS CELL HISTIOCYTOSIS OF THE TEMPORAL BONE: 3 CASE REPORTS

Langerhans' cell histiocytosis (LCHs) or histiocytosis X is a rare disease characterized by an abnormal proliferation of histiocytes. It is generally known as eosinophilic granuloma (EG), Hand-Schuller-Christian (HSC) disease and Letterer-Siwe (LS) disease which vary in the prognostic result. The histiocytic lesions can occur in visceral organ(s) or bone(s) that can lead to presentation of the disease with different clinical manifestations including otologic manifestations. The presence of otorrhea or atypical otitis media, granulation tissue, aural polyps, or a postauricular mass, temporal CT scanner showed a large soft tissue mass in the mastoid region, extensive destruction of mastoid bone should alert the otolaryngologist to the possibility of LCH. We report three cases of otologic histiocytosis with the temporal bone involvement which mimics as an acute mastoiditis c/o retroauricular exteriorization. A computed tomography scan describe the extent of the temporal bone involvement. A definitive diagnosis of

¹Bệnh viện Đại học y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Nam

Email: nguyennam8990@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 14.3.2024

histiocytosis was histopathology and immunohistochemical detection of CD-1a and S-100 antigen in the tissue samples. The management of temporal bone LCH include surgery, radiotherapy, chemotherapy and steroids therapy. **Keywords:** Langerhan cell histiocytosis, histiocytosis X

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mô bào Langerhans trước đây được biết đến với tên bệnh mô bào X là một bệnh hiếm gặp và gồm nhiều nhóm rối loạn khác nhau. Bệnh đặc trưng bởi sự tăng sinh bất thường của những tế bào đuôi gai (tế bào dendritic), có đặc điểm mô bệnh học giống tế bào Langerhans. Những tế bào này thâm nhiễm vào các cơ quan tổ chức trong cơ thể gây tổn thương các cơ quan tổ chức này. Ở một số quốc gia, tỉ lệ mắc bệnh khoảng 2-7 trẻ/1 triệu trường hợp nhưng ở Việt Nam, chưa có thống kê về tỷ lệ mắc bệnh.

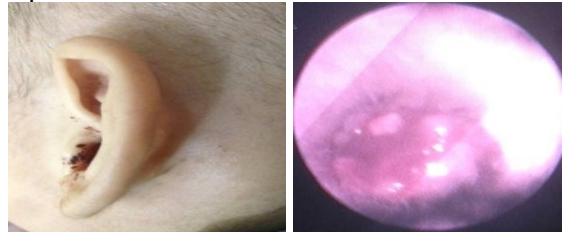
Bệnh mô bào Langerhans (LCH) thường gặp ở trẻ nhỏ với biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và phong phú. Bệnh có thể khu trú ở một cơ quan: xương, da, hạch hoặc ảnh hưởng đến các cơ quan trọng cơ thể như gan, lách, tủy xương, phổi. Diễn biến của bệnh rất đa dạng, có thể tự thoái lui nhưng cũng có thể tiến triển nhanh chóng và dẫn tới tử vong hoặc tái phát từng đợt.

Tổn thương ở xương thái dương có thể biểu hiện các triệu chứng của bệnh viêm tai, dẫn đến một sự chậm trễ trong chẩn đoán, điều trị. Việc không đáp ứng với thuốc kháng sinh, kết hợp với chẩn đoán hình ảnh sẽ hữu ích trong chẩn đoán. Chụp cắt lớp vi tính có độ nhạy cao trong chẩn đoán và đánh giá mức độ tiến triển của bệnh.

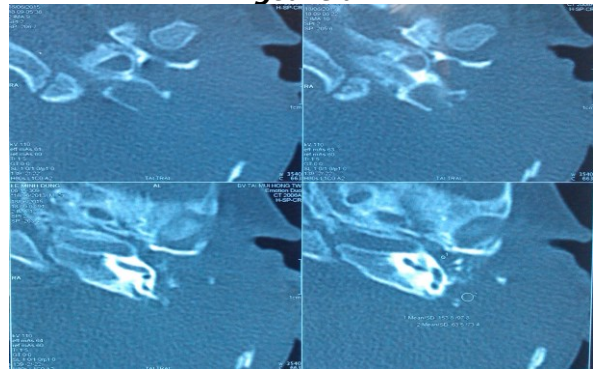
II. CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng 1. Bệnh nhân nam 03 tuổi có tiền sử khoẻ mạnh, không có tiền sử đau tai, chảy mủ tai, không có tiền sử chấn thương vùng tai. Cách vào viện 2 tuần bệnh nhân xuất hiện sưng đau vùng tai trái, khối sưng to dần kèm theo sốt 38 -38,5 ° C. 1 tuần sau trẻ xuất hiện chảy mủ tai trái, chảy dịch vàng hôi, được điều trị tại bệnh viện huyện bằng các kháng sinh thông thường không đỡ. Bệnh nhân được chuyển đến bệnh viện Tai - Mũi - Họng trung ương. Khám lúc vào viện, vùng sau tai trái sưng nề, ấn mềm, rãnh sau tai còn. Khám ống tai ngoài có khối dạng polyp che kín ống tai ngoài trái, không quan sát được màng nhĩ. Các bộ phận, cơ quan khác không phát hiện gì đặc biệt. Trẻ được làm các xét nghiệm máu, siêu âm ổ bụng, chụp phim XQ phổi. Điều đặc biệt là số lượng bạch cầu không tăng: 5.2 G/l, trong đó trung tính 55%,

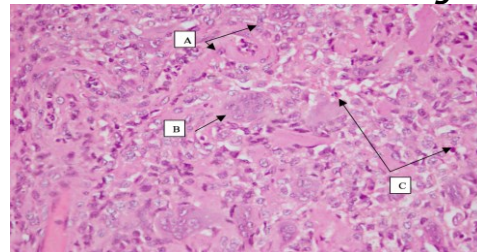
lympho 45%. Trẻ được chụp phim CT scanner xương thái dương. Trên hình ảnh CT cho thấy một khối mô mềm trong khu vực xương chũm bên trái, phá huỷ ống tai ngoài trái, phá huỷ rộng xương chũm bên trái. Bệnh nhân được tua trực chẩn đoán là theo dõi viêm tai xương chũm xuất ngoại sau tai trái. Bệnh nhân đã được đưa vào phòng mổ gây mê, mổ xương chũm kiểm tra. Trong quá trình mổ quan sát thấy xương chũm bị khoét rỗng, kiểm tra thấy sào bào, sào đạo lấp đầy tổ chức sùi dày, dính vào màng não, kiểm tra thành sau ống tai bị phá huỷ. Chúng tôi đã bấm nhiều mảnh gửi giải phẫu bệnh. Kết quả giải phẫu bệnh của bệnh nhân là theo dõi u mô bào X. Bệnh nhân đã được đề nghị nhuộm hoá mô miễn dịch, kết quả cho thấy bệnh phẩm là bệnh u mô bào X (histiocytosis X). Bệnh nhân đã được chuyển lên khoa ung bướu bệnh viện Nhi trung ương điều trị theo phác đồ với Vinplastin và prednisolone.



Hình 1. Vùng sau tai và khô trong ống tai ngoài trái

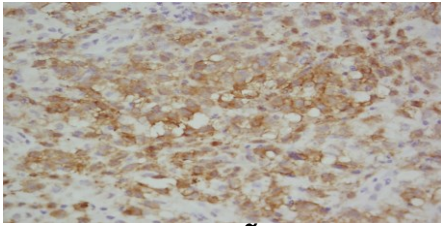


Hình 2. Hình ảnh CT tai thái dương trái

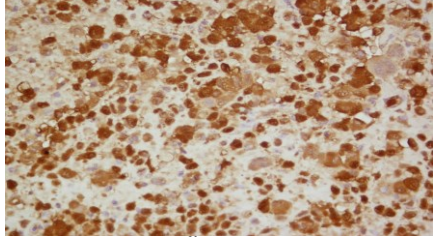


Hình 3. Mô bệnh học nhuộm HE

A. Mô bào, B. Tế bào khổng lồ, C. Bạch cầu ưa acid



Hình 4. Hoá mô miễn dịch với CD1a



Hình 5. Hoá mô miễn dịch với protein S – 100

2.2. Ca lâm sàng 2. Trẻ nam 3 tuổi, không có tiền sử viêm tai giữa, 1 tháng trước vào viện trẻ xuất hiện chảy mủ tai phải, không mùi thối, không liệt mặt, trẻ được khám tại bệnh viện Nhi Thanh Hoá phát hiện có khối dạng polyp ống tai ngoài phải. Trẻ đã được phẫu thuật lấy polyp ống tai ngoài nhưng trẻ không đỡ, chuyển viện TMH trung ương. Trẻ đã được chụp CT scanner xương thái dương thấy hình ảnh phá huỷ xương chũm phải. Bệnh nhân được chỉ định chụp MRI sọ não cho thấy hình ảnh khối trong xương thái dương phải, xâm lấn lều tiểu não và phần mềm xung quanh xương thái dương phải. Bệnh nhân đã được phẫu thuật dưới gây mê, kiểm tra thấy khối u nằm ngay dưới da, phá huỷ toàn bộ xương chũm, xâm lấn thành sau ống tai ngoài, khối u xâm lấn tĩnh mạch bên, bộc lộ màng tiểu não, màng đại não. Khối u được gửi làm giải phẫu bệnh. Kết quả giải phẫu bệnh tại bệnh viện TMH trung ương là viêm mạn tính, tiêu bản đã được hội chẩn khoa giải phẫu bệnh bệnh viện K, được đề nghị làm xét nghiệm hoá mô miễn dịch, kết quả dương tính với u mô bào X.

2.3. Ca lâm sàng 3. Bệnh nhân nữ 7 tháng, vào viện vì chảy mủ tai phải cách vào viện 2 tuần, 1 tuần trước vào viện trẻ xuất hiện sưng đau vùng tai phải, điều trị kháng sinh không đỡ => vào viện. Khám lúc vào viện, vành tai phải nề nhẹ, vùng sau tai phải có khối phồng kích thước khoảng 3 cm, ấn búng nhùng, rãnh sau tai còn. Màng tai phải viêm dày. Xét nghiệm bạch cầu không tăng 8,0G/l, trung tính 43%. Bệnh nhân được chụp CT tai xương thái dương thấy hình ảnh khối trong xương chũm phá huỷ xương chũm phải. Bệnh nhân đã được tiến hành phẫu thuật, kiểm tra bề mặt xương chũm có ổ khuyết xương lấp đầy tổ chức sùi. Tổ chức sùi đã được

lấy gửi giải phẫu bệnh. Khi lấy hết tổ chức sùi, kiểm tra thấy tường dây VII bị hạ thấp, màng não, màng tiểu não bị bộc lộ. Tuy nhiên kết quả giải phẫu bệnh lại là tổ chức viêm xơ. Bệnh nhân được ra viện nhưng sau ra viện 3 tháng bệnh nhân xuất hiện 1 khối u ở vùng đuôi mắt phải, bệnh nhân đã được phẫu thuật lấy bỏ khối u và kết quả mô bệnh học nhuộm hoá mô miễn dịch là u mô bào X. Bệnh nhân đang được điều trị bằng viblastin và prednisolone 3 tuần 1 lần.

III. BÀN LUẬN

Bệnh u mô bào X biểu hiện lâm sàng rất khác nhau từ một vị trí duy nhất cho đến nhiều vị trí khác nhau và ở nhiều cơ quan khác nhau. Bệnh được biết đến trước kia như bệnh Letterer – Siwwe (LS), bệnh Hand – Schuller- Christian (HSC), bệnh u hạt bạch cầu ưa acid (EG). Trong đó bệnh EG thường tổn thương xương, đa phần là tổn thương đơn độc. Bệnh HSC với tam chứng cổ điển: lồi mắt, đái tháo nhạt, tổn thương khuyết sọ. Bệnh LS tổn thương ở nhiều vị trí, cấp tính, diễn biến nhanh và thường diễn biến tử vong, biểu hiện với tình trạng thiếu máu nặng, giảm tiểu cầu, xuất huyết, gan, lách to.

Nguyên nhân gây ra bệnh LCH còn chưa được sáng tỏ. Có nhiều tranh luận đặt ra câu hỏi có phải bản chất bệnh là quá trình phản ứng bất thường hay một dạng ung thư. Những luận điểm ủng hộ LCH là một quá trình phản ứng dựa trên sự thuyên giảm tự nhiên của bệnh. Tuy nhiên có những bằng chứng ủng hộ bệnh LCH giống một dạng của ung thư, đó là sự thâm nhiễm các tế bào bất thường của dòng đơn nhân vào các cơ quan, khả năng tiến triển của bệnh dẫn đến tử vong và đáp ứng điều trị với các thuốc điều trị ung thư.

Xét nghiệm mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh. Hình ảnh mô bệnh học là các tế bào lớn đơn nhân hình trứng có đường kính 15 – 25µm (hạt Birbeck). Ngày nay nhuộm hoá mô miễn dịch với CD1a và S – 100 protein là tiêu chuẩn vàng xác định LCH.

Tuy nhiên việc chẩn đoán LCH thường bị trì hoãn hoặc bỏ qua. Như bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân biểu hiện đơn độc ở một vị trí xương thái dương với biểu hiện giống với một viêm xương chũm cấp xuất ngoại sau tai trái với đau tai, chảy mủ tai, sưng vùng sau tai. Bệnh nhân chỉ được chẩn đoán sau khi mổ, bấm sinh thiết gửi giải phẫu bệnh. Bệnh nhân trong ca lâm sàng 2 chỉ được chẩn đoán khi được xét nghiệm hoá mô miễn dịch. Bệnh nhân ca lâm sàng 3 thì chỉ chẩn đoán khi xuất hiện khối u ở vị

trí thứ 2. Vì thế chỉ định sinh thiết rất cần thiết và quan trọng khi chúng ta nghi ngờ và nghĩ đến bệnh LCH và đặc biệt những bệnh nhân có hình ảnh trên phim CT scanner thấy tổn thương phá hủy rộng xương chũm, các cấu trúc của xương chũm bị hoại tử, bệnh tích lúc mổ nặng: màng não bị bộc lộ...

Vấn đề điều trị LCH còn nhiều tranh cãi, phụ thuộc vào vị trí và mức độ của bệnh lúc chẩn đoán. Mục đích của điều trị là giảm hoạt động và phát triển của các mô bào, các tế bào lympho và các tế bào miễn dịch khác góp phần vào hoạt động của bệnh. Các phương thức điều trị bao gồm phẫu thuật, hoá trị, xạ trị. Đối với trường hợp tổn thương đơn độc, điều trị phẫu thuật kết hợp hoá trị và steroid được chỉ định. Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, đứa trẻ đã được điều trị với vinplasin và prednisolone.

Tiền lượng của bệnh u mô bào X khác nhau rất nhiều. Bệnh tổn thương đơn độc thường có xu hướng thuyên giảm tự phát. Bệnh nhân của chúng tôi biểu hiện một vị trí tuy nhiên là vị trí đặc biệt có nguy cơ tổn thương hệ thần kinh trung ương là xương thái dương. Vì thế tiền lượng của bệnh nhân xấu hơn các trường hợp tổn thương đơn độc ở các vị trí không nguy hiểm đến hệ thần kinh trung ương khác.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh LCH là một căn bệnh hiếm gặp với biểu

hiện lâm sàng đa dạng. Đối với bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng của một viêm tai giữa không điển hình, chảy mủ tai, polyp ống tai hoặc một khối sưng sau tai, các bác sỹ tai mũi họng nên chú ý đến khả năng bệnh u mô bào X biểu hiện ở xương thái dương. Phim CT giúp đánh giá vị trí tổn thương và mức độ xâm lấn, tuy nhiên xét nghiệm mô bệnh học vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán u mô bào X. Phẫu thuật, hoá trị, xạ trị là phương pháp điều trị chính cho u mô bào X. Tiên lượng cho các thể bệnh u mô bào X tổn thương đơn độc thường tốt hơn đa vị trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **C. K. Nguyễn** (2008), Hội chứng tăng mô bào, Huyết học lâm sàng Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học.
2. **C. E. Skoulakis, E. I. Drivas, C. E. Papadakis** và các cộng sự. (2008), "Langerhans cell histiocytosis presented as bilateral otitis media and mastoiditis", Turk J Pediatr, 50(1), tr. 70-3.
3. **D. T. Ginat, D. N. Johnson và N. A. Cipriani** (2015), "Langerhans Cell Histiocytosis of the Temporal Bone", Head Neck Pathol.
4. <https://http://www.histio.org>.
5. **Võ Thị Phương Mai, Quách Vĩnh Phúc và Đoàn Minh Trông** (2011), "Chẩn đoán và điều trị bệnh mô bào Langerhans ở trẻ em", Y học thành phố Hồ Chí Minh, 15(4), tr. 215.
6. **Đỗ Cẩm Thanh** (2014), Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và diễn biến bệnh mô bào Langerhans tại bệnh viện Nhi trung ương từ năm 2009 đến năm 2014, Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ CÔNG TÁC QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN SẢN - NHI KIÊN GIANG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Nguyễn Bảo Trĩ¹, Nguyễn Văn Tập¹, Phạm Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Đái tháo đường thai kỳ là một bệnh chuyển hóa dễ xuất hiện ở sản phụ và gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như sản giật. Cần thực hiện tốt công tác quản lý ĐĐTĐTK để phòng ngừa các biến chứng xấu xảy ra ở thai phụ. **Mục tiêu:** Mô tả công tác quản lý đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Kiên Giang năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả khảo sát và hồi cứu trên HSBA trên 94 sản phụ và phỏng vấn sâu 5 NVYT và 1 thảo luận nhóm PNMT. **Kết quả:** Tỷ lệ sản phụ mắc ĐĐTĐTK trong nghiên cứu

chiếm 23,4%. Công tác quản lý ĐĐTĐTK tại bệnh viện đạt mức "RẤT TỐT". Một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác quản lý ĐĐTĐTK tại bệnh viện là yếu tố về chính sách, quy định, yếu tố tình hình nhân lực, yếu tố cơ sở vật chất và hoạt động truyền thông. **Kết luận:** Tại bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Kiên Giang, công tác quản lý ĐĐTĐTK tại bệnh viện đạt hiệu quả, sản phụ được quản lý, điều trị, tư vấn tốt.

Từ khóa: Quản lý, Đái tháo đường, Đái tháo đường thai kỳ.

SUMMARY

RESULTS IN GESTATIONAL DIABETES MANAGEMENT AT THE OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL OF KIEN GIANG PROVINCE AND RELATED FACTORS

Background: Gestational diabetes is a metabolic disorder that commonly occurs in pregnant women and can cause many dangerous complications, such as

¹Bệnh viện Hùng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bảo Trĩ

Email: baotribvhv09@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 14.3.2024