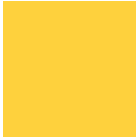




TRƯỜNG ĐẠI HỌC PHAN CHÂU TRINH  
PHAN CHAU TRINH UNIVERSITY



TẠP CHÍ

# GẶP GỠ Y KHOA

Journal of Medical Encounters

Số: 08 / Num: 08  
Nov 2022

Tổng quan Y học

Nghiên cứu khoa học

Tin tức Y khoa



CÁC TIẾN BỘ  
TRONG NỘI SOI  
CHẨN ĐOÁN



Quảng Nam, Việt Nam



(0235) 3 757 959



contact@pctu.edu.vn

[www.pctu.edu.vn](http://www.pctu.edu.vn)

Lưu hành nội bộ  
For internal circulation only





# PHÒNG KHÁM ĐA KHOA ĐẠI HỌC Y KHOA PHAN CHÂU TRINH

**Tận tâm với bệnh,  
tận tụy với nghề**



Phòng khám đa khoa \_ Đại học y khoa Phan Châu Trinh xây dựng theo dự án Viện - Trường tự tin với:

- Thiết bị đầu tư hiện đại: Nội soi, CT Scanner, CT Cone Bean 3D, máy đo loãng xương, đặc biệt trung tâm xét nghiệm kỹ thuật cao

- Đội ngũ y Bác sĩ trình độ chuyên môn cao đồng thời là giảng viên đại học

- Người bệnh là "trung tâm" cho mọi chuẩn mực, sự hài lòng của người bệnh là chuẩn mực ứng xử chuyên nghiệp, nhiệt tình của đội ngũ y Bác sĩ



**HỆ THỐNG MÁY  
XÉT NGHIỆM MÁU**



**ĐẦY ĐỦ CÁC CHUYÊN KHOA VỚI  
NHIỀU GÓI KHÁM LINH HOẠT**

- NỘI
- NGOẠI
- RĂNG HÀM MẶT
- Gói khám tổng quát, tiền hôn nhân, tầm soát ung thư...
- SẢN PHỤ KHOA
- TIÊU HÓA
- NHI
- TAI MŨI HỌNG
- VLTL - PHCH
- DA LIỄU



📍 09 Nguyễn Gia Thiệu, Điện Bàn, Quảng Nam

☎ 0235.3.757677

## GẶP GỠ Y KHOA

### Medical Encounters

Số 8 (NOV-2022)

*Tổng biên tập*

TS. BS. Phạm Hùng Vân

*Phó Tổng biên tập*

BS. Nguyễn Hữu Tùng

*Cố Vấn*

GS. Bùi Duy Tâm

*Chịu trách nhiệm nội dung*

TS. BS. Phạm Hùng Vân

Hiệu Trưởng

*Chịu trách nhiệm xuất bản*

BS. Nguyễn Hữu Tùng

Chủ tịch HĐQT

*Ban biên tập*

PGS. TS. BS. Nguyễn Đăng Quốc Chấn

PGS. TS. BS. Lê Quang Quốc Ánh

PGS. TS. BS. Phạm Thị Thu Thủy

TS. BS. Lê Phúc

TS. BS. Tô Viết Thuận

BS. CKII. Nguyễn Hữu Phùng

BS. CKII. Lê Kim Lộc

BS. CKI. Võ Văn Thu

*Ban thư ký*

BS. Nguyễn Ngọc Hiền

Cô Phạm Thị Mỹ Hạnh

ThS. Nguyễn Tấn Sĩ

ThS. Nguyễn Đình Hải Nam

*Bố cục và in ấn*

ThS. Nguyễn Văn Minh

Cô Lê Thị Mến

*In 100 cuốn, khổ 19x27 cm*

*tại Công ty TNHH Trùng Khoa*

*Giấy phép xuất bản số: 117/GP-STTTT*

*do Sở TTTT Quảng Nam cấp*

*ngày 23 tháng 12 năm 2022*

*In xong và nộp lưu chiểu tháng 12 năm 2022*

**LƯU HÀNH NỘI BỘ**

Phát hành mỗi 3 tháng

## MỤC LỤC

<i>Tên bài</i>	<i>Tác giả</i>	<i>Trang</i>
CÁC VẤN ĐỀ VI SINH LÂM SÀNG TRONG NIÊM TRÙNG HUYẾT	<i>Phạm Hùng Vân</i>	2
THE ROLE OF NON-INVASIVE BIOMARKER M2BPGI IN MANAGING LIVER DISEASE IN VIETNAMESE PATIENTS	<i>Phạm Thị Thu Thủy Hồ Tấn Đạt Nguyễn Toàn</i>	18
BỘ LỖ UNG THƯ DẠ DÀY QUA NỘI SOI	<i>Lê Thị Huỳnh Trang Phan Vương Khắc Thái Nguyễn Văn Bắc</i>	23
ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN HẬU COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM TRÍ SÀI GÒN	<i>Vũ Văn Nam Lê Ngọc Hùng Nguyễn Ngọc Huân Cao Hùng Phú, Nguyễn Hữu Tùng</i>	26
NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM DỊ HÌNH VÁCH NGĂN Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC KHÁM NỘI SOI TẠI MŨI HỌNG TẠI BỆNH VIỆN TÂM TRÍ ĐÀ NẴNG	<i>Lê Phú Trà My Hà Thúc Trinh</i>	34
ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ NỘI SOI CAN THIỆP DỊ VẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN TÂM TRÍ ĐỒNG THÁP	<i>H.T Nguyệt T.V.Chinh N.T.H. Dung L.N. Rang</i>	40
KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG QUANG KHÔNG CHUYÊN LƯU TẠI BỆNH VIỆN KHÁNH HOÀ (1990 – 2004)	<i>Nguyễn Ngọc Hiền</i>	53
LẤY DỊ VẬT QUA NỘI SOI TIÊU HÓA: NHẬN 02 CA LÂM SÀNG	<i>Nguyễn Thị Bình</i>	63
NIÊM QUẢN LẠC CHÓ NHẬN 2 TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ KẾT QUẢ TẠI BỆNH VIỆN PHÚ KHÁNH	<i>Nguyễn Ngọc Hiền</i>	67
SOI BUỒNG TỬ CUNG TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG	<i>Nguyễn Cao Quý</i>	71
VAI TRÒ CỦA NỘI SOI ỐNG MỀM TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐƯỜNG TIÊU HÓA	<i>Cao Hùng Phú Lê Quang Quốc Ánh</i>	77
VÀI NÉT VỀ CƠ CHẾ KHÁNG KHUẨN CỦA MẬT ONG VÀ TRIỀN VỌNG	<i>Nguyễn Đình Hải Nam</i>	82
CHÀO ĐÓN 02 SINH VIÊN Y KHOA CỦA ĐH MANCHESTER - ANH ĐẾN KIẾN TẬP TẠI BỆNH VIỆN THỰC HÀNH CỦA ĐẠI HỌC PHAN CHÂU TRINH	<i>Hoạt động PCTU</i>	88
CUỘC HỘI CHẨN TỬ XA GIỮA ĐH PHAN CHÂU TRINH VÀ ĐH OHIO, MỸ	<i>Hoạt động PCTU</i>	90
ĐÓN TIẾP ĐOÀN TSUKUI NHẬT BẢN – ĐÁNH DẤU MỚI QUAN HỆ HỢP TÁC LÂU DÀI CỦA NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG	<i>Hoạt động PCTU</i>	91
HOẠT ĐỘNG NGOẠI VIỆN CỦA SINH VIÊN Y KHOA ĐẠI HỌC PHAN CHÂU TRINH	<i>Hoạt động PCTU</i>	94
HỘI THẢO KHOA HỌC CHUYÊN ĐỀ “NHỮNG TIẾN BỘ VỀ NỘI SOI CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP”	<i>Hoạt động PCTU</i>	96
THAY ĐỔI QUẢN TRỊ TRONG BỆNH VIỆN SẼ GIỮ ĐƯỢC NGUỒN NHÂN LỰC Y TẾ	<i>Hoạt động PCTU</i>	100
KHÁM SỨC KHỎE MIỄN PHÍ CHO 200 HỌC SINH TRƯỞNG NỘI TRÚ HY VỌNG	<i>Hoạt động PCTU</i>	102
CHUYÊN THĂM VÀ LÀM VIỆC CỦA GS. KLAUS PARHOFER, ĐH LUDWIG MAXIMILIANS, MUNICH, CHLB ĐỨC	<i>Hoạt động PCTU</i>	105

## CÁC VẤN ĐỀ VI SINH LÂM SÀNG TRONG NHIỄM TRÙNG HUYẾT

TS. BS. Phạm Hùng Vân\*

\*Hiệu trưởng Đại học Phan Châu Trinh

**Khuẩn huyết và nhiễm trùng huyết**

Ở người bình thường, máu là vô trùng và không có sự hiện diện của bất kỳ vi sinh vật nào. Máu có thể bị vi khuẩn xâm nhập và có mặt trong hai trường hợp sau đây:

**Khuẩn huyết (bacteremia):** Là tình trạng tìm thấy vi khuẩn trong máu nhưng không có các triệu chứng của nhiễm trùng nhiễm độc máu gây ra do vi khuẩn mà chúng ta thường gọi là sepsis. Khuẩn huyết có thể xảy ra tạm thời (transient bacteremia), đó là các trường hợp vi khuẩn từ miệng vào máu sau khi nhổ răng hoặc các thủ thuật nha khoa và thường chỉ sau một thời gian rất ngắn các vi khuẩn xâm nhập này sẽ nhanh chóng bị loại trừ nhờ hệ miễn dịch của cơ thể. Trong các trường hợp nhiễm trùng như viêm màng não mủ, viêm phổi, vi khuẩn gây bệnh cũng có thể hiện diện trong máu tạm thời trước khi gây nhiễm trùng ở mô đích (màng não, phổi...) nhưng sau đó sẽ không còn hiện diện nữa. Khuẩn huyết cũng có thể xuất hiện ngắt quãng (intermittent bacteremia) do vi khuẩn được phóng thích vào máu có chu kỳ từ một nguồn nhiễm trùng như viêm nội tâm mạc bán cấp, nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng đường mật...; hay từ các màng sinh học (biofilm) mà vi khuẩn thành lập được trên các ống thông hay vật liệu đặt trong cơ thể (van tim nhân tạo, khớp nhân tạo...). Khuẩn huyết cũng có thể kéo dài (continuous bacteremia) do nguồn gốc là từ các nhiễm trùng cấp từ mạch máu như viêm nội tâm mạc cấp tính, viêm động mạch. Riêng với một số bệnh nhân bị giảm sức đề kháng thì khuẩn huyết kéo dài có thể có nguồn gốc nhiễm trùng từ bên ngoài mạch máu như từ các áp xe trong ổ bụng...

**Nhiễm trùng huyết (septicemia):** Là tình trạng có sự hiện diện thường trực vi khuẩn trong máu và có hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc máu (sepsis) với 4 triệu chứng cơ bản của một hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS: Systemic Inflammatory Response Syndrome), đó là: Sốt trên 38°C hay thân nhiệt thấp dưới 36°C; Nhịp tim trên 90/phút; Nhịp thở trên 20/phút và PaCO<sub>2</sub> dưới 32mmHg (4.3Kpa); Bạch cầu trên 12K/ml hay dưới 4K/ml hay có hiện diện dạng dải (band). Nhiễm trùng huyết là một bệnh lý

nặng đe dọa tính mạng, dẫn đến tử vong do suy đa cơ quan, xuất huyết tiêu hóa, xuất huyết mao mạch, và nguy hiểm nhất là choáng nhiễm trùng (septic shock), một diễn tiến của nhiễm trùng huyết với các triệu chứng của suy tuần hoàn cấp làm tụt huyết áp, kèm theo suy nhiều phủ tạng (suy hô hấp, suy thận cấp, suy tim cấp...). Nguyên nhân của choáng nhiễm trùng là do độc tố hoặc nội độc tố của vi khuẩn phóng thích ra kích thích đáp ứng viêm toàn thân gây choáng kéo dài. Phải phân biệt *nhiễm trùng huyết* với *sepsis* và với *đáp ứng viêm toàn thân*. *Sepsis chính là một đáp ứng viêm toàn thân do nhiễm trùng* trong cơ thể và nhiễm trùng này có thể là nhiễm trùng huyết nhưng cũng có thể không phải là nhiễm trùng huyết mà là nhiễm trùng tại các nơi khác như da, niêm mạc hay tại các cơ quan. *Đáp ứng viêm toàn thân (systemic inflammatory response syndrome) là một tình trạng nhiễm độc huyết gây ra do sự đáp ứng viêm của toàn cơ thể* mà nguyên nhân có thể là do nhiễm trùng mà cũng có thể không do nhiễm trùng như chấn thương, bỏng, viêm tụy cấp...

**Nguồn gốc của nhiễm trùng huyết****Các nhiễm trùng có nguồn gốc bên trong hệ tuần hoàn**

Là từ các nhiễm trùng như viêm nội tâm mạc cấp (acute endocarditis) hay bán cấp (subacute endocarditis), viêm tắc tĩnh mạch nhiễm trùng, từ các catheter tĩnh mạch hay các thiết bị đặt nội mạch.

Tác nhân gây viêm nội tâm mạc cấp tính thường có độc lực cao như *S. aureus* diễn tiến nhanh với sốt cao và nhiễm độc, tử vong cao nếu không điều trị kháng sinh kịp thời. Tác nhân gây viêm nội tâm mạc bán cấp thường có độc lực thấp hơn như viridans streptococci, diễn tiến chậm hơn, sốt nhẹ, sụt cân, mờ hôi đêm và nếu không điều trị cũng sẽ dẫn đến suy kiệt và tử vong. Các tác nhân vi khuẩn gây viêm nội tâm mạc được trình bày trong **bảng 1.1**.

Tác nhân gây viêm nội tâm mạc còn có thể phát hiện được trong một số tình huống đặc biệt như chích ma túy, nhiễm trùng thiết bị valve tim giả hay những trường hợp suy giảm miễn dịch hay bị bệnh mãn tính (**bảng 1.2**).

**Bảng 1.1:** Tác nhân vi khuẩn gây viêm nội tâm mạc cấp và bán cấp

Tác nhân	Tỷ lệ %
<i>Aggregatibacter aphrophilus</i>	
Viridans streptococci*	30-40
Nutritionally deficient streptococci ( <i>Abiotrophia</i> spp. và <i>Granulicatella</i> spp.)	NA
Enterococci*	5-18
<i>Streptococcus bovis</i>	15-25
<i>Staphylococcus aureus</i> *	15-40
Staphylococci (coagulase-negative)	4-30
Enterobacteriaceae	2-13
<i>Pseudomonas</i> spp. (usually in drug users)	NA
<i>Haemophilus</i> spp.	NA
Unusual gram-negative bacilli (e.g., <i>Actinobacillus</i> , <i>Cardiobacterium</i> , <i>Eikenella</i> , <i>Coxiella burnetii</i> )	NA
Nấm ( <i>Candida</i> , <i>Aspergillus</i> )	2-4
Khác (Viêm nội tâm mạc đa tác nhân)	NA

\*Tác nhân phổ biến nhất. NA: không có dữ liệu

**Bảng 1.2:** Các tình huống đặc biệt và tác nhân vi khuẩn gây viêm nội tâm mạc

Tình huống	Tác nhân
Chích ma túy	<i>Staphylococcus aureus</i> ; enterococci; Enterobacteriaceae and <i>Pseudomonas</i> ; fungi
Nhiễm trùng valve tim giả	Coagulase-negative staphylococci; <i>S aureus</i> ; Enterobacteriaceae and <i>Pseudomonas</i> ; diphtheroids; <i>Candida</i> and <i>Aspergillus</i> spp.
Suy giảm miễn dịch, bệnh mạn tính	Any of the above organisms

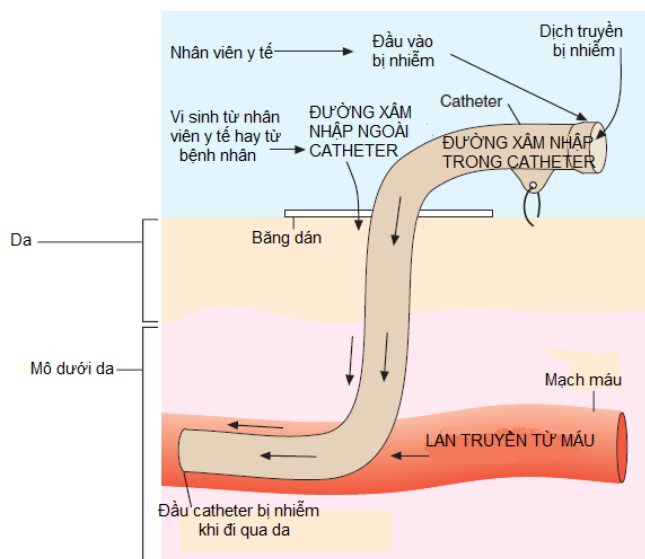
Viêm tắc tĩnh mạch nhiễm trùng (Suppurative thrombophlebitis) là tình trạng viêm thành tĩnh mạch kèm đông máu và khuẩn huyết (bacteremia). Có 4 hình thái cơ bản của viêm tắc tĩnh mạch nhiễm trùng, đó là viêm tắc tĩnh mạch ngoại biên, viêm tắc tĩnh mạch chậu, viêm tắc xoang tĩnh mạch nội sọ (intracranial venous sinus) và viêm tắc tĩnh mạch cửa (pylephlebitis). Sử dụng các catheter tĩnh mạch là một trong những nguyên nhân gây nên viêm tắc tĩnh mạch ngoại biên. Cơ chế gây viêm tắc là chính các catheter gây tổn thương biểu mô nội mạch tạo ra hiện tượng viêm lồi kéo các yếu tố gây viêm và

đông máu dễ thành chỗ cho các nhiễm trùng bám vào. Các viêm tắc tĩnh mạch chậu, cửa và nội sọ thường là do các nhiễm trùng lân cận xâm nhập vào gây viêm tắc nhiễm trùng tại các nơi này. Tác nhân vi khuẩn gây viêm tắc tĩnh mạch nhiễm trùng trình bày ở **bảng 1.3**.

**Bảng 1.3:** Tác nhân vi khuẩn gây viêm tắc tĩnh mạch nhiễm trùng

Vị trí	Tác nhân
Viêm tắc nhiễm trùng tĩnh mạch ngoại biên như tĩnh mạch nổi căng chân (saphenous vein), tĩnh mạch đùi (femoral vein), tĩnh mạch khủy trước (antecubital vein)	<i>Staphylococcus aureus</i> ; Gram-negative bacilli
Viêm tắc nhiễm trùng tĩnh mạch chậu, tĩnh mạch cửa	<i>Bacteroides</i> ; <i>Peptostreptococcus</i> ; <i>Escherichia coli</i> ; group A or B streptococci
Viêm tắc nhiễm trùng xoang tĩnh mạch nội sọ (cavernous, sagittal, lateral)	<i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> ; group A streptococci; <i>Peptostreptococcus</i> ; <i>S aureus</i>

Ngoài ra nhiễm trùng huyết có nguồn gốc bên trong hệ tuần hoàn còn có thể từ các vật liệu hay thiết bị đưa vào hệ tuần hoàn mà các thiết bị này bị nhiễm hay quần cư các vi khuẩn hay từ da xâm nhập qua con đường đưa vào. Các vật liệu hay thiết bị đó có thể là catheter tĩnh mạch, van tim giả, các stent mạch vành, thiết bị tạo nhịp hay các thiết bị theo dõi bệnh lý tim mạch. Hiện nay một trong các nguyên nhân thường gặp nhất gây nhiễm trùng huyết có nguồn gốc bên trong hệ tuần hoàn là đặt catheter tĩnh mạch. Lý do là vì đặt catheter tĩnh mạch được chỉ định ngày càng nhiều không chỉ để giữ mạch cho truyền dịch mà còn để truyền chất dinh dưỡng, truyền thuốc, truyền máu,... Có nhiều ngã vào của tác nhân vi sinh qua đặt catheter tĩnh mạch (**hình 1.1**), có thể vào đầu catheter từ dịch truyền hay từ bàn tay nhân viên y tế, qua da của bệnh nhân khi catheter được vào tĩnh mạch, len giữa catheter và da hay mô dưới da. Vi khuẩn hay vi nấm xâm nhập còn có thể bám trong hay ngoài lòng catheter thành màng sinh học (biofilm) không thể loại trừ được (ví dụ tác nhân *Coagulase negative staphylococci*, *candida*) ngoại trừ phải thay catheter bằng catheter khác. Trong trường hợp vi khuẩn từ catheter đã quần cư được trên các dây



**Hình 1.1:** Các nguồn gốc vi khuẩn xâm nhập vào hệ tuần hoàn khi đặt catheter tĩnh mạch

chằng valve tim để trở thành viêm nội tâm mạc thì việc điều trị sẽ trở nên rất thách thức. **Bảng 1.4** dưới đây trình bày các tác nhân gây nhiễm trùng huyết có nguồn gốc từ catheter hay các thiết bị nội mạch.

**Các nhiễm trùng có nguồn gốc ngoài hệ tuần hoàn**

Đa số các trường hợp nhiễm trùng huyết là có nguồn gốc nhiễm trùng là từ ngoài hệ tuần hoàn và xâm nhập vào máu qua hệ bạch huyết. Vi

**Bảng 1.5:** Tác nhân và nguồn gốc của một số nhiễm trùng huyết ngoài hệ tuần hoàn

Tác nhân	Nguồn gốc
Vi khuẩn kỵ khí	Vết thương, mô mềm
<i>Brucella</i> spp.	Hệ thống lưới nội mô
<i>Candida albicans</i>	Đường tiết niệu – sinh dục
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	Đường hô hấp
<i>Clostridium</i> spp.	Vết thương, mô mềm
Coagulase negative staphylococci	Vết thương, mô mềm
Enterobacteriaceae ( <i>E.coli</i> , <i>Klebsiella</i> spp., <i>Enterobacter</i> spp., <i>Proteus</i> spp., <i>Enterococcus</i> spp.)	Nhiễm trùng tiết niệu sinh dục, hệ thần kinh trung ương
<i>Haemophilus influenzae</i>	Màng não (CNS), nắp thanh quản, vùng quanh nhân cầu, đường hô hấp
<i>Legionella</i> spp.	Đường hô hấp
<i>Listeria monocytogenes</i>	Màng não (CNS)
<i>Neisseria meningitidis</i>	Màng não (CNS)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Vết thương, mô mềm, hệ thần kinh trung ương
<i>Salmonella enterica typhi</i>	Ruột non, các hạch bạch huyết khu vực của ruột non, hệ thống lưới nội mô
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Màng não (CNS), đường hô hấp
<i>Streptococcus pyogenes</i>	Vết thương, mô mềm
<i>Staphylococcus aureus</i>	Vết thương, mô mềm, màng não (CNS)

khuẩn từ các nguồn gốc nhiễm trùng này sẽ xâm nhập vào máu qua hệ bạch huyết và thường thì hệ thống lưới nội mô (reticulo endothelial system) của hạch bạch huyết, gan, lách và tủy xương cùng các thực bào trong máu sẽ loại bỏ được tác nhân xâm nhập. Nhiễm trùng huyết chỉ xảy ra nếu hệ thống phòng ngự này của cơ thể bị thất bại.

**Bảng 1.4:** Tác nhân vi khuẩn gây nhiễm trùng huyết do đặt catheter tĩnh mạch

Tác nhân
<i>Staphylococcus epidermidis</i>
Các coagulase-negative staphylococci
<i>Staphylococcus aureus</i>
Enterobacteriaceae
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
<i>Candida</i> spp.
<i>Corynebacterium</i> spp.
Các trực khuẩn Gram [-] khác

Các nguồn gốc nhiễm trùng huyết ngoài hệ tuần hoàn thường là: tiết niệu sinh dục (25%), hô hấp (20%), áp xe (10%), nhiễm trùng vết mổ (5%), đường mật (5%), các nơi khác (10%) và không rõ (25%). Tác nhân và nguồn gốc nhiễm trùng huyết được trình bày trong **bảng 1.5**.

Nếu xét về tần số phát hiện các tác nhân gây nhiễm trùng huyết có nguồn gốc ngoài hệ tuần hoàn thì chúng ta sẽ thấy:

- >90% là các tác nhân *Haemophilus influenzae* type b, *Brucella*, *Neisseria meningitidis*, *Salmonella* serovar Typhi, *Streptococcus pneumoniae* và *Listeria monocytogenes*
- 10-90% là các tác nhân Pyogenic streptococci, Enterobacteriaceae, *S pneumoniae* (pneumonia), *Pseudomonas*, *Staphylococcus aureus*, *Bacteroides*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Clostridium* (myositis and endometritis), *Leptospiraa*, *Peptostreptococcus*, *Borrelia*, *Candida*, *Acinetobacter*, *Cryptococcus neoformans* và *Shigella dysenteriae*
- <10% là các tác nhân *Shigella* (trừ *S. dysenteriae*), *Pasteurella multocida*, *Salmonella enterica*, *Haemophilus* không có nang và *Campylobacter jejuni*
- **Rất hiếm** là các tác nhân *Vibrio* (từ nhiễm trùng ruột), *Clostridium tetani*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Clostridium botulinum*, *Bordetella pertussis*, *Clostridium difficile*, *Mycobacterium* (*Mycobacterium avium-intracellulare* trong bệnh nhân AIDS), *Legionella* (do không đủ phương tiện nuôi cấy)

## Kỹ thuật lấy và chuyên chở mẫu cấy máu

### Chỉ định cấy máu

Cấy máu nên được bác sĩ điều trị chỉ định trước các trường hợp nhiễm trùng có thể có *khẩn huyết* (bacteremia) hay gây *nhiễm trùng huyết* (septicemia).

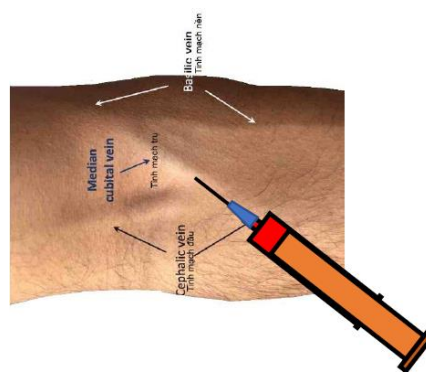
Cụ thể, bác sĩ điều trị nên cho chỉ định cấy máu trước các bệnh nhân có một trong các triệu chứng nghi ngờ nhiễm trùng như *sốt*, *ớn lạnh*, *lạnh run* kèm các dấu hiệu nghi ngờ nguồn gốc nhiễm trùng như có *tiếng thổi tim* (cardiac murmur) nghi ngờ viêm nội tâm mạc, *ran ẩm ở phổi* nghi ngờ nhiễm trùng hô hấp dưới, *cổ cứng hay dấu Kernig* nghi ngờ viêm màng não mủ, *đau hạ sườn phải* nghi ngờ nhiễm trùng túi mật, *đau hố chậu phải* nghi ngờ

viêm ruột thừa, *cứng bụng* nghi ngờ viêm phúc mạc, *tiểu gắt – khó – đau* nghi ngờ nhiễm trùng niệu, *đau hông hay đau lưng* nghi ngờ viêm thận mủ, *nhiễm trùng da mô* với triệu chứng viêm cấp tính sưng đỏ nóng đau...Chỉ định cấy máu là một chỉ định bắt buộc trước các trường hợp bệnh nhân có trên hai trong 4 dấu hiệu của đáp ứng viêm toàn thân được liệt kê ở phần trước. Chỉ định cấy máu cũng là một chỉ định bắt buộc trước các bệnh nhân nghi ngờ nhiễm trùng huyết có diễn tiến đe dọa tính mạng như *xuất huyết ở da hay niêm mạc*, *xuất huyết dạng sao* (splinter) trên móng tay, choáng nhiễm trùng kéo dài.

### Thời điểm cấy máu

Cấy máu nên được thực hiện trước khi bệnh nhân dùng kháng sinh hệ thống, có nghĩa là trong bệnh viện, bác sĩ phải cho cấy máu trước khi bắt đầu cho bệnh nhân dùng kháng sinh. Tuy nhiên trong các trường hợp bệnh nhân đang điều trị kháng sinh nhưng các triệu chứng của nhiễm trùng gây khuẩn huyết hay nhiễm trùng huyết vẫn không thuyên giảm thì bác sĩ vẫn nên chỉ định thực hiện cấy máu mà không cần phải ngưng kháng sinh điều trị để phát hiện cho được tác nhân vi khuẩn gây nhiễm trùng, và trong trường hợp này phải cho cấy máu cách xa lần kháng sinh đang sử dụng trên bệnh nhân. Thời điểm tốt nhất để cấy máu là khi bệnh nhân *bị ớn lạnh* hay *đang lạnh run* trước khi *sốt*, hay lúc bệnh nhân *đang lên cơn sốt*. Có thể cấy máu hai lần trong vòng 1 giờ đầu, và thực hiện cấy máu tại hai vị trí lấy máu khác nhau trên cơ thể (lần đầu lấy máu tay mặt thì lần sau lấy máu ở tay trái).

### Cách lấy máu tĩnh mạch để cấy



**Hình 1.2:** Cách lấy máu tĩnh mạch để cấy máu.

P. H. Vân vẽ (2021)

Lấy máu tĩnh mạch bằng phương pháp vô trùng. Trước hết sát trùng da bằng cồn iodine 2%, hay polyvidone iodine 10%, hay cồn 70%, hay chlorhexidine 0,5% trong cồn 70%. Chờ khô rồi dùng kim tiêm vô trùng để lấy máu tĩnh mạch. Sau khi lấy máu xong, sát trùng da lại và dán băng keo cá nhân. Nếu trường hợp trước khi lấy máu sát trùng da bằng cồn có iodine thì sau khi lấy máu có thể tẩy vết màu của iodine bằng alcohol 70%. Máu sau khi lấy được tiêm ngay vào chai môi trường cấy máu. Trước khi tiêm vào chai môi trường cũng phải khử trùng nút cao su đặt trên miệng chai bằng các dung dịch khử trùng ở trên và chờ khô rồi mới đâm xuyên vào nút cao su để bơm máu vào môi trường cấy máu có trong chai. Cấy máu là một thủ thuật phải thực hiện ngay tại giường bệnh, do vậy mà kỹ thuật viên hay điều dưỡng thực hiện cấy máu phải lưu ý thủ thuật vô trùng được hướng dẫn này, có như vậy mới tránh được nguy cơ ngoại nhiễm làm sai lệch kết quả cấy máu.

### **Lượng máu dùng để cấy máu**

Do số lượng vi khuẩn trong mỗi mi-li-lít (ml) máu thường thấp nên cần phải lấy đủ thể tích máu để cấy. Thông thường ở người lớn thì phải lấy từ 8-10ml máu tĩnh mạch cho mỗi chai cấy máu. Ở trẻ em có thể lấy ít hơn, 2-5ml cho mỗi chai cấy máu, tuy nhiên cũng có thể lấy nhiều hơn trong các trường hợp cấy máu xác định các trường hợp nhiễm trùng gây khuẩn huyết. Đối với trẻ nhỏ (dưới 7 tuổi) và trẻ sơ sinh thì có thể lấy 1-2mL cho mỗi chai cấy máu. Thể tích máu được lấy để cấy vào chai cấy máu là nên bằng hay dưới 1/5 thể tích môi trường cấy máu có trong chai cấy máu. Thể tích máu lấy ở trẻ em hay trẻ nhỏ để cấy có thể ít hơn lấy ở người lớn vì ở người lớn một khi có khuẩn huyết hay nhiễm trùng huyết thì lượng vi khuẩn hiện diện trong máu có thể rất ít, trong khi đó ở trẻ em hay trẻ nhỏ thì số lượng vi khuẩn có trong máu thường nhiều hơn.

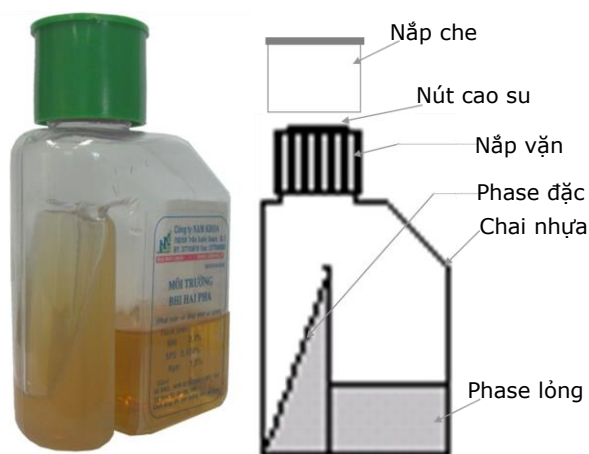
Nên thực hiện cấy máu ít nhất hai lần tại hai vị trí khác nhau ở cùng thời điểm hay tốt hơn là ở hai thời điểm cách nhau 30 đến 60 phút. Nếu có điều kiện thì nên cấy máu vào cả hai loại môi trường cấy máu hiếu khí và môi trường cấy máu kỵ khí vì có như vậy thì sẽ tăng cơ hội cấy máu dương tính và

không bỏ sót các trường hợp tác nhân vi khuẩn kỵ khí.

### **Môi trường cấy máu**

Môi trường cấy máu được sử dụng nên là tryptic soy broth (TSB), BHI broth hoặc Columbia broth vì đây là môi trường bổ dưỡng thích hợp cho nhiều vi khuẩn khác nhau. Trường hợp cấy máu kỵ khí thì trong môi trường phải bổ sung thêm thioglycolate và L-cystein để khử oxygen phân tử ( $O_2$ ). Chất kháng đông được sử dụng trong môi trường cấy máu là Sodium Polyanethol Sulfonate (SPS) do có khả năng ức chế được nhiều kháng sinh hiện diện trong máu, cũng như khả năng ức chế thực bào và bổ thể. Nếu không có SPS thì có thể sử dụng citrate hoặc heparin, tuy nhiên các chất kháng đông này không có được các đặc điểm của SPS. Thể tích môi trường cấy máu nên gấp ít nhất là 5 lần thể tích máu được cấy vào, do vậy với chai cấy máu dành cho người lớn thì thể tích nên là 50ml, còn với chai cấy máu dành cho trẻ em thì thể tích môi trường nên là 30-35ml. Lý do phải đạt tỷ lệ này là để có thể pha loãng được lượng kháng sinh, chất kháng khuẩn có thể có trong máu.

### **Chai cấy máu hai pha**



**Hình 1.3:** Chai cấy máu hai pha do Công ty Nam Khoa sản xuất.

*Nguồn: Nam Khoa Biotek*

Chai cấy máu hai pha gồm pha đặc và pha lỏng trong cùng một chai môi trường nhưng tách rời nhau. Trên thị trường hiện nay có chai cấy máu hai pha do công ty trong nước sản xuất. Đây là sản phẩm từ đề tài nghiên cứu cấp bộ của TS. BS. Phạm Hùng Vân. Sản phẩm này chỉ dùng



một lần (disposable), không dùng lại được. Cấu tạo (xem **hình 1.3**) gồm các thành phần sau: (1) Chai bằng nhựa trong suốt; (2) Nút cao su làm bằng cao su trung tính để chọc kim cấy máu qua và; (3) Nắp vặn bằng nhựa màu đỏ để mở nắp chai cấy máu thực hiện cấy truyền khi đã có dấu hiệu vi khuẩn mọc trong phase lỏng hay trên bề mặt phase đặc; (4) Nắp che bằng nhựa màu xanh lá để bảo vệ phần nút cao su; (5) Phase đặc là mặt môi trường BHI agar (Difco, Oxoid hay Merck); (6) Phase lỏng là BHI lỏng (Difco, Oxoid hay Merck) có SPS (Sigma); (7) Vách ngăn phase đặc và phase lỏng để phase lỏng không thấm vào phase đặc.

Nhờ thiết kế đặc biệt này mà chai cấy máu hai phase của công ty trong nước sản xuất có các ưu điểm như sau: (i) Tránh được ngoại nhiễm nhờ không cần phải mở nắp chai cấy máu mà vẫn thực hiện được cấy truyền bằng cách tráng phase lỏng qua phase đặc mỗi ngày để theo dõi vi khuẩn mọc ngay trong chai cấy máu. (ii) Sử dụng môi trường cấy máu lý tưởng vì chế từ môi trường BHI đảm bảo chất lượng cao của Difco, Oxoid hay Merck. (iii) Dùng kháng đông là SPS của Sigma với các công dụng: ức chế được thực bào, ức chế bổ thể, ức chế được tác động của các kháng sinh aminoglycosides và kháng đông nhờ đó mà vi khuẩn không bị bắt trong cục máu đông. (iv) Tách rời phase đặc khỏi phase lỏng do vậy mà nếu trong máu có chất ức chế vi khuẩn (kháng sinh) thì chất ức chế từ máu hòa vào phase lỏng sẽ không thấm qua phase đặc, nhờ vậy sẽ giúp vi khuẩn dù không mọc trong phase lỏng vẫn có thể mọc được trong phase đặc. (v) Làm được định danh và kháng sinh đồ trực tiếp từ các khuẩn vi khuẩn mọc trên phase đặc mà không cần phải chờ cấy phân lập vi khuẩn mọc trong chai cấy máu, đây chính là ưu điểm giúp rút ngắn được thời gian phòng thí nghiệm trả lời kết quả chung cuộc đến lâm sàng.

Mỗi chai cấy máu hai phase này được in lô, ngày sản xuất, ngày hết hạn và được bọc trong màng co để tránh bị ngoại nhiễm trong quá trình lưu giữ hay vận chuyển. Khi chưa dùng, bảo quản các chai cấy máu trong tối, nhiệt độ phòng thí

nghiệm. Chai cấy máu hai phase của công ty Nam Khoa có thời hạn sử dụng là 2 năm kể từ ngày sản xuất. Nếu bảo quản chai cấy máu hai phase này trong tủ lạnh thì SPS sẽ bị kết tủa lại, nhưng kết tủa này sẽ tan sau khi ủ trong tủ ấm vài giờ.

### Chai cấy máu tự động



**Hình 1.4:** Chai cấy máu tự động.

Nguồn: BD và Biomerieux

Chai cấy máu tự động chỉ có một pha lỏng với môi trường dinh dưỡng là TSB và sử dụng chất kháng đông là SPS. Ngoài ra, trong môi trường cấy máu tự động còn có các hạt resin có vai trò trung hòa được hoạt tính một số kháng sinh.

Khí trường trong chai cấy máu tự động có chứa CO<sub>2</sub> và O<sub>2</sub> thích hợp cho nhiều vi khuẩn khác nhau. Chai cấy máu kỵ khí chứa khí trường CO<sub>2</sub>, N<sub>2</sub> và không chứa O<sub>2</sub>.

Dưới đáy chai cấy máu có một lớp nhựa chứa hóa chất có khả năng phát huỳnh quang khi có sự gia tăng hàm lượng CO<sub>2</sub> hay có sự khử O<sub>2</sub> của môi trường trong chai cấy máu. Nhờ vậy mà máy theo dõi chai máu tự động có thể phát hiện được chai cấy máu nào là dương tính, vì khi có vi khuẩn mọc trong môi trường cấy máu thì hàm lượng CO<sub>2</sub> trong môi trường sẽ gia tăng hay O<sub>2</sub> bị khử đi do sự biến dưỡng của vi khuẩn.

## Theo dõi cấy máu

### Phương pháp thủ công

Ngay sau khi bơm máu vào chai, chai cấy máu phải được ủ trong tủ ấm 35°C hay 37°C và theo dõi mỗi ngày trong 5-7 ngày xem có dấu hiệu vi khuẩn mọc hay không trong môi trường cấy máu lỏng, đó là: (1) có hạt đóng trên mặt hồng cầu, (2) đục đều hay có màng, (3) tiêu huyết, (4) đông huyết tương, (5) có gas, (6) có hạt trắng trong lớp hồng cầu hay mặt lớp hồng cầu. Nếu là chai cấy máu có 2 phase phải tráng phase lỏng lên phase đặc rồi nghiêng tách phase lỏng khỏi phase đặc trước khi ủ chai cấy máu trong tủ ấm.



**Hình 1.5:** Vi khuẩn mọc trên chai cấy máu hai phase.

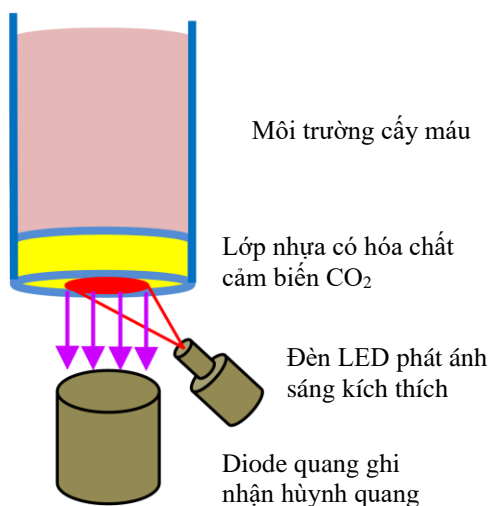
*Nguồn: Nam Khoa - BIOTEK*

Do có một số vi khuẩn rất dễ bị ly giải sau khi mọc trong môi trường lỏng như *S. pneumoniae*, hay khó mọc thành khúm trên phase đặc của chai cấy máu hai phase như *Streptococci*, chúng tôi khuyến cáo sau khi ủ chai cấy máu qua đêm hoặc sau 24 giờ thì nên làm một cấy truyền mù lên mặt thạch dinh dưỡng (tốt nhất là thạch nâu bổ sung XV = <sup>NK</sup>CAXV, nếu không có thì cấy trên thạch máu, sau đó ủ trong tủ ấm CO<sub>2</sub> hay bình nền), và đồng thời làm một phết nhuộm Gram để xem có vi khuẩn mọc hay không. Nếu kết quả nhuộm Gram thấy có vi khuẩn, thông báo ngay cho bác sĩ lâm sàng và có thể làm ngay kháng sinh đồ trực tiếp vi khuẩn mọc trong chai cấy máu. Cách cấy truyền là khử trùng mặt nút cao su của chai cấy máu rồi dùng một ống chích nhựa vô trùng đâm kim qua nút cao su để hút lấy vài giọt môi trường cấy máu nhỏ lên mặt thạch cấy truyền rồi trải giọt môi trường này lên mặt thạch bằng que cấy vô trùng. Nếu là chai cấy máu 2 phase thì mỗi ngày phải quan sát mặt thạch của phase đặc xem có khúm vi khuẩn mọc hay không? nếu không có khúm vi khuẩn mọc trên phase đặc, tráng phase lỏng lên phase đặc rồi tiếp tục ủ. Bất cứ lúc nào phát hiện có dấu hiệu vi

khuẩn mọc (trên phase đặc thấy có khúm vi khuẩn mọc, hay trên phase lỏng thấy có một trong các dấu hiệu vi khuẩn mọc như kể trên) hay nghi ngờ vi khuẩn mọc, tiến hành cấy ngay trên thạch dinh dưỡng; đồng thời làm một phết nhuộm Gram khảo sát trực tiếp. Nếu kết quả nhuộm Gram thấy có vi khuẩn, thông báo ngay cho bác sĩ lâm sàng và có thể làm kháng sinh đồ trực tiếp vi khuẩn mọc trong chai cấy máu. Nếu trên phase đặc có vi khuẩn mọc thì tiến hành định danh và làm kháng sinh đồ theo đúng chuẩn mực ngay mà không cần phải cấy phân lập lại vi khuẩn mọc trong môi trường cấy máu. Sau 5 ngày theo dõi chai cấy máu, phải cấy truyền mù một lần nữa để chắc chắn không có vi khuẩn mọc trong chai cấy máu trước khi trả lời cấy máu âm tính.

### Theo dõi cấy máu trong hệ thống tự động

Hệ thống tự động theo dõi chai cấy máu có trang bị thiết bị quang học tự động phát ra nguồn sáng có bước sóng thích hợp đến đáy các chai cấy máu và ghi nhận ánh sáng huỳnh quang phát ra từ đây. Khi bắt đầu hoạt động, hệ thống tự động kiểm tra mức phát quang ở đáy các chai cấy máu để ghi nhận mức phát huỳnh quang nền và sau đó, cứ mỗi 10 phút một lần hệ thống tự động kiểm tra cường độ huỳnh quang phát ra từ đáy của các chai cấy máu. Một khi có vi khuẩn mọc bên trong một chai cấy máu nào đó thì sẽ làm cho nồng độ CO<sub>2</sub> trong môi trường cấy máu của chai này tăng lên và làm cho hoá chất trong lớp nhựa ở đáy chai cấy máu phát được huỳnh quang vượt quá mức huỳnh quang nền, nhờ vậy hệ thống sẽ phát tín hiệu cho biết chai cấy máu đó dương tính tức là có vi khuẩn mọc. Lúc này người làm xét nghiệm sẽ lấy chai cấy máu dương tính này ra để thực hiện khảo sát trực tiếp và cấy trên mặt thạch để tiến hành định danh và kháng sinh đồ. Nếu phết nhuộm Gram phát hiện sự hiện diện vi khuẩn thì người làm xét nghiệm phải thông báo ngay cho lâm sàng và nên làm ngay kháng sinh đồ trực tiếp để có kết quả kháng sinh đồ sớm nhưng tạm thời đến bác sĩ điều trị. Các chai cấy máu chưa có tín hiệu dương tính vẫn tiếp tục theo dõi 5 đến 7 ngày và trước khi trả lời âm tính thì phòng xét nghiệm nên cấy mù lên một hộp thạch nâu và ủ tủ ấm CO<sub>2</sub> qua đêm, nếu vẫn không có vi khuẩn mọc thì mới có thể trả lời kết quả âm nghiệm.



**Hình 1.6:** Sơ đồ thiết bị quang học trong hệ thống theo dõi cấy máu tự động  
*P.H.Vân vẽ 2013*



**Hình 1.7:** Hệ thống BACTEC 9050 và chai cấy máu kèm theo hệ thống.  
*Nguồn từ BD*



**Hình 1.8:** Hệ thống BacT/ALERT.  
*Nguồn: www.biomerieux-diagnostics.com*

### Ngoại nhiễm trong cấy máu

Có thể tránh được ngoại nhiễm trong cấy máu nếu cấy máu tại giường đảm bảo đúng nguyên tắc vô trùng cũng như qui trình theo dõi chai cấy máu đảm bảo nguyên tắc vô trùng khi cấy truyền. Nguồn gốc ngoại nhiễm trong cấy máu có thể từ da (*S. epidermidis*, *P. acnes*, *Clostridium spp*, *diphtheroides*) hoặc từ môi trường (*Acinetobacter*, *Bacillus spp*). Tuy nhiên, các vi khuẩn này đôi khi lại là tác nhân gây nhiễm trùng hoặc thậm chí là tác nhân gây ra viêm nội tâm mạc. Do vậy bác sĩ lâm sàng cũng như người làm xét nghiệm cần phải nhận định kết quả cấy máu để có thể phân biệt là tác nhân ngoại nhiễm hay là tác nhân gây bệnh. Có thể nhận biết một kết quả cấy máu dương tính do ngoại nhiễm khi vi khuẩn phân lập được là các vi khuẩn hoại sinh như *Bacillus spp*. hay vi khuẩn cấy được trên hai chai cấy máu của cùng một bệnh nhân tại

cùng một thời điểm hoặc hai thời điểm khác nhau nhưng lại có kết quả vi khuẩn khác nhau. Một kết quả cấy máu không phải là ngoại nhiễm khi: (i) Cùng một dòng vi khuẩn phân lập được từ hai chai cấy máu cấy từ một bệnh nhân; (ii) Cùng một dòng vi khuẩn phân lập được từ một bệnh phẩm khác cũng trên bệnh nhân đó; (iii) Cấy máu cho kết quả dương tính nhanh chỉ trong ngày đầu sau khi cấy máu; (iv) Vi khuẩn phân lập từ chai cấy máu chắc chắn là vi khuẩn gây bệnh như *S. typhi*, *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*...

### Trả lời kết quả cấy máu dương tính

Tất cả các vi khuẩn mọc được trong chai cấy máu và đã loại trừ chắc chắn là ngoại nhiễm thì đều phải trả lời kết quả cho bác sĩ điều trị. Phải thường xuyên tham khảo với bác sĩ lâm sàng để rút kinh nghiệm trong lấy máu để cấy và trong theo dõi cấy máu để tránh tối đa ngoại nhiễm

cũng như tăng cơ hội cấy máu dương tính. Các kết quả cấy nghi là ngoại nhiễm thì không cần thiết phải làm kháng sinh đồ và thông báo cho bác sĩ biết sự nghi ngờ này để đối chiếu với lâm sàng. Ngoài ra, vì nhiễm trùng huyết là một bệnh lý nguy hiểm đe dọa tính mạng, do vậy phải thường xuyên thông báo cho bác sĩ lâm sàng (qua điện thoại hay các phiếu trả lời kết quả tạm thời) biết các kết quả cập nhật trong thời gian chờ có kết quả chung cuộc.

### **Các vấn đề vi sinh lâm sàng trong xét nghiệm cấy máu**

#### ***Tại sao có trường hợp bệnh nhân có dấu chứng nghi ngờ cao là nhiễm trùng huyết nhưng kết quả cấy máu lại âm tính?***

Một bệnh nhân có dấu chứng lâm sàng nghi ngờ cao là nhiễm trùng huyết nhưng cũng chưa chắc là có vi khuẩn trong máu vì các dấu chứng như vậy cũng có thể là của hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc máu (sepsis) gây ra do nhiễm trùng nhưng có thể không phải là nhiễm trùng huyết (như nhiễm trùng niêm mạc hay của cơ quan nào đó mà vi khuẩn chưa vào máu), hay cũng có thể là các dấu chứng của hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) gây ra không phải do nhiễm trùng như đa chấn thương, viêm tụy cấp, bỏng.... Chính vì vậy nếu kết quả cấy máu là âm tính dù điều kiện cấy máu là lý tưởng, lâm sàng phải khám kỹ bệnh nhân để phát hiện các nhiễm trùng khác hay các nguyên do khác gây các triệu chứng giống nhiễm trùng huyết.

#### ***Tỷ lệ cấy máu dương tính tại các bệnh viện tại Việt Nam hiện nay là bao nhiêu?***

Rất khó trả lời chính xác vì tùy thuộc vào lâm sàng có thường cho cấy máu trước các bệnh nhân nghi ngờ nhiễm trùng có thể dẫn đến khuẩn huyết hay nhiễm trùng huyết hay không? Bác sĩ có cho được chỉ định cấy máu trước khi cho bệnh nhân dùng kháng sinh hay không? Tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương ở TP. Hồ Chí Minh tỷ lệ cấy máu trong nhiều năm dao động từ 9-12% và tỷ lệ này cũng phù hợp với các ghi nhận của quốc tế là 5-15% trên tỷ lệ cấy máu dương tính tại các bệnh viện. Tuy nhiên tỷ lệ cấy máu dương tính tại các khoa chăm sóc tăng cường (ICU) có thể

25% đến 35% vì đa số các bệnh nhân bị nhiễm trùng huyết đe dọa tính mạng là phải chuyển về ICU để theo dõi điều trị cũng như các bệnh nhân phải nằm tại khoa ICU là các bệnh nhân có các bệnh lý nguy kịch nên nguy cơ nhiễm trùng huyết cũng cao hơn bình thường. Tỷ lệ cấy máu dương tính cũng còn phụ thuộc vào bệnh nhân có hay không có sử dụng kháng sinh trước cũng như thể tích máu và số chai cấy máu được sử dụng để cấy máu cho bệnh nhân. Nếu bệnh nhân chưa sử dụng kháng sinh thì tỷ lệ cấy máu dương tính cao hơn là đã sử dụng kháng sinh trước, và thể tích máu cấy cho mỗi chai là 10ml sẽ cho tỷ lệ cấy máu dương tính cao hơn là chỉ cấy có 5ml máu.

#### ***Có phải cấy máu tự động là tốt hơn cấy máu thủ công không?***

Phải gọi đây là *kỹ thuật cấy máu sử dụng thiết bị tự động theo dõi chai cấy máu*. Cụm từ *cấy máu tự động* mà hiện nay nhiều nơi đang sử dụng là không chính xác vì thật ra chỉ có khâu theo dõi phát hiện chai cấy máu là tự động mà thôi, còn thao tác cấy máu trên bệnh nhân cũng như phân lập vi khuẩn gây bệnh từ chai cấy máu dương tính để định danh và làm kháng sinh đồ là phải do kỹ thuật viên thực hiện. Kỹ thuật này có lợi điểm duy nhất là có thể phát hiện được sớm chai cấy máu dương tính nhờ thiết bị tự động theo dõi chai cấy máu trong suốt quá trình ủ mà không cần phải cấy truyền như phương pháp thủ công sử dụng chai cấy máu chỉ có một phase lỏng không có phase đặc. Khả năng phát hiện được cấy máu dương tính sớm nhất của hệ thống này là 6 giờ, tuy nhiên kết quả chung cuộc đến lâm sàng sớm nhất cũng phải 48 giờ vì cũng phải cần có thời gian làm định danh và kháng sinh đồ. **Bảng 1.6** đã phân tích so sánh các đặc điểm của chai cấy máu 2 phase với các đặc điểm của chai cấy máu sử dụng thiết bị tự động theo dõi chai cấy máu. Nhìn chung thì cấy máu sử dụng thiết bị tự động theo dõi chai cấy máu có một ưu điểm nổi trội nhất là cho được kết quả cấy máu dương tính sớm nhất là 6 giờ, tuy nhiên thời gian để có kết quả chung cuộc cũng như độ nhạy là không khác biệt chai cấy máu 2 phase.

**Bảng 1.6:** So sánh các đặc điểm của chai cấy máu 2 phase (do công ty trong nước sản xuất) và chai cấy máu tự động

Chai cấy máu 2 phase	Chai cấy máu tự động
Môi trường BHI kháng đông bằng SPS	Môi trường BHI kháng đông bằng SPS có thêm hạt resin
Phát hiện cấy máu [+] sớm nhất là qua đêm và kết quả chung cuộc sớm nhất là 48 giờ	Phát hiện cấy máu [+] sớm nhất là sau 6 giờ và kết quả chung cuộc sớm nhất là 48 giờ
Phải cấy truyền mù sau khi ủ qua đêm, sau đó mỗi ngày lắc tráng phase lỏng qua phase đặc chứ không cần cấy truyền	Không cần cấy truyền mỗi ngày vì đã có hệ thống tự động theo dõi phát hiện chai cấy máu dương tính
Trước khi kết luận cấy máu âm nghiệm phải cấy truyền mù lần cuối	Trước khi kết luận cấy máu âm nghiệm phải cấy truyền mù lần cuối
Độ nhạy không khác biệt cấy máu tự động	Độ nhạy không cao hơn cấy máu hai phase
Có thể thực hiện cấy máu tại tất cả các tuyến điều trị miễn là có tủ ủ 37°C	Chỉ thực hiện cấy máu tại các tuyến điều trị có đặt thiết bị tương thích để theo dõi cấy máu tự động
Giá thành phù hợp	Giá thành rất mắc vì hai lý do: Thiết bị do công ty đặt cho phòng thí nghiệm và bản thân giá chai cấy máu cũng mắc

**Lựa chọn giải pháp thích hợp cho triển khai kỹ thuật cấy máu tại các bệnh viện?** Cấy máu là một nhu cầu rất cần thiết tại các bệnh viện. Nếu bệnh viện có qui mô lớn thì giải pháp cấy máu



**Hình 1.9:** Chai cấy máu 2 phase dù sản xuất trong nước nhưng vẫn có chất lượng rất cao vì: (1) Công ty sản xuất đạt ISO 9001:2000; (2) Kháng đông bằng SPS của Sigma (Mỹ); (3) Môi trường BHI của Merck (Đức), hay Biorad (Mỹ); (4) Thẻ tích môi trường 50ml tương thích để cấy máu cho cả người lớn (5ml máu) hay con nit (1-3ml); (5) Chai bằng nhựa trong suốt, rất dễ phát hiện khuẩn vi khuẩn mọc. (6) Tách rời phase đặc ra khỏi phase lỏng nên khuẩn vi khuẩn sẽ dễ mọc và dễ tách rời. (7) Dễ thao tác trong thí nghiệm vì nhẹ, miệng chai rộng để cho vòng cấy vào bên trong để lấy dịch cấy cũng như khuẩn vi khuẩn. (8) Các vi khuẩn khó mọc như *H. influenzae* hay *S. pneumoniae* vẫn mọc được dễ dàng.

có thiết bị theo dõi cấy máu tự động là nên làm vì có thể mỗi ngày có đến hàng trăm mẫu cấy máu cần phải theo dõi. Tuy nhiên do giá thành đắt nên giải pháp sử dụng cấy máu thủ công cũng nên triển khai đồng thời vì giá thành sẽ rẻ hơn, thích hợp hơn cho các đối tượng bệnh nhân nghèo hay không có bảo hiểm y tế. Chúng ta phải quan tâm về giá thành vì như đã biết, để gia tăng tỷ lệ cấy máu dương tính thì tốt nhất phải cấy 2 chai hay như hiện nay người ta khuyến cáo cấy đến 4 chai với mỗi chai cấy từ 8-10ml máu (sẽ giúp tỷ lệ cấy máu dương tính cao hơn cấy 2 chai đến 50%). Đối với các bệnh viện qui mô vừa phải hay nhỏ thì chưa nên chọn giải pháp tự động mà nên chọn giải pháp thủ công. Trong lựa chọn giải pháp thủ công thì việc chọn chai cấy máu có chất lượng là rất cần thiết vì nếu sử dụng chai cấy máu mà chất lượng không cao thì sẽ làm giảm độ nhạy của cấy máu. Một chai cấy máu như thế nào là đạt chất lượng? Có nhiều điểm giúp chúng ta có thể đánh giá được: (1) Môi trường cấy máu phải đủ bổ dưỡng, đó phải là BHI chế từ sản phẩm của các nhà sản xuất có uy tín với chất lượng đảm bảo như Difco của BD, Oxoid, Merck, hay Biorad. Cách đánh giá là sử dụng mẫu máu có chứa các vi khuẩn khó mọc



**Hình 1.10:** Một loại chai cấy máu 2 phase sản xuất ở nước ngoài hiện đang được sử dụng tại một số nơi nhưng vẫn có nhiều điểm cần bàn: (1) Không chắc kháng đông bằng SPS của Sigma (Mỹ); (2) Môi trường BHI trong chai kém xa về chất lượng so với BHI của Difco, Oxoid, Merck hay Biorad; (3) Thể tích môi trường <20ml chỉ tương thích để cấy máu cho con nit (1-2ml). Muốn dùng cấy máu cho người lớn thì phải dùng chai có thể tích môi trường 50ml với giá thành cao hơn; (4) Chai bằng thủy tinh dày, khó phát hiện khuẩn vi khuẩn mọc trên phase đặc và phase lỏng; (5) Không tách rời phase đặc ra khỏi phase lỏng nên khuẩn vi khuẩn sẽ rất khó mọc trên phase đặc và dễ bị bong khỏi phase đặc khi thao tác. Ngoài ra nếu bệnh nhân đã dùng kháng sinh thì kháng sinh sẽ thấm vào phase đặc và ức chế vi khuẩn mọc trên phase đặc. (6) Rất khó thao tác trong thí nghiệm vì nặng, miệng chai hẹp khó cho vòng cấy vào bên trong để lấy dịch cấy cũng như khuẩn vi khuẩn; (7) Thử nghiệm cho thấy vi khuẩn *H. influenzae* và *S. pneumoniae* rất khó mọc trong chai cấy máu này

như *H. influenzae* hay *S. pneumoniae* (pha ở số lượng 10 CFU/ml) cấy vào môi trường và ủ 24 giờ, nếu vi khuẩn mọc được khi cấy truyền thì môi trường có chất lượng. (2) Môi trường phải có chứa chất kháng đông SPS chứ không phải citrate vì kháng đông SPS vừa có tính chất kháng đông, vừa có đặc điểm bất hoạt một số kháng sinh như aminoglycoside, vừa ngăn cản hoạt động của bổ thể và bạch cầu. Vậy làm thế nào phát hiện được môi trường trong chai cấy máu có SPS? Rất đơn giản vì SPS có đặc điểm ức chế PCR do vậy mà cứ thử bằng cách lấy 5µl môi trường trong chai cấy máu cho vào một PCR mix có trình tự đích rồi chạy PCR. Nếu có kết quả PCR bị ức chế thì kháng đông là SPS. (3) Phase đặc phải tách rời khỏi phase lỏng để vi khuẩn khi mọc trên pha đặc sẽ không bị bong ra và kháng sinh trong máu bệnh nhân không thấm vào phase đặc để ức chế vi khuẩn mọc trong phase đặc. (4) Tổng thể tích phải đạt được 50ml để đủ cho thể tích hơn 5 lần thể tích máu cấy vào.

**Hiện nay tỷ lệ cấy máu dương tính tại các bệnh viện là thấp, có phải là do bác sĩ cho chỉ định cấy máu sai không?**

Thật ra cấy máu có chỉ định khá rộng rãi; lâm sàng phải cho chỉ định cấy máu trên các bệnh nhân có chẩn đoán lâm sàng nhiễm trùng mà diễn tiến có thể dẫn đến khuẩn huyết hay nhiễm trùng huyết. Chính vì vậy, đứng trước các bệnh nhân có triệu chứng nhiễm trùng như sốt, ớn lạnh, công thức bạch cầu có số lượng gia tăng hay có các dấu hiệu thực thể của nhiễm trùng thì bác sĩ điều trị nên cho chỉ định cấy máu. Hiện nay tỷ lệ cấy máu tại các bệnh viện thấp là do bác sĩ ít cho chỉ định cấy máu ngay cả trong

trường hợp rất cần phải cấy máu. Ngoài ra, bác sĩ cũng không có thói quen cấy máu, hay lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm vi sinh trước khi cho bệnh nhân dùng kháng sinh bước đầu. Bác sĩ thường chỉ nghĩ đến và cho chỉ định cấy máu hay xét nghiệm vi sinh sau khi đã thất bại điều trị kháng sinh. Chính đây là các lý do làm cho cơ hội cấy được tác nhân vi khuẩn gây bệnh là rất thấp không chỉ trong cấy máu mà cả trong xét nghiệm vi sinh các bệnh phẩm khác.

**Làm thế nào để có thể nhận định được một kết quả cấy máu là ngoại nhiễm?**

Trường hợp cấy máu phân lập ra các vi khuẩn như *Stenotrophomonas maltophilia* hay *Acinetobacter spp* mà kháng sinh đồ cho thấy vi khuẩn còn nhạy nhiều kháng sinh, hay cấy ra *Corynebacterium*, *Bacillus* (ngoại trừ *B. anthracis*), *Propionibacterium acnes*...trong một của nhiều lần cấy máu liên tiếp thì thường là ngoại nhiễm. Ngoài ra nếu cấy máu nhiều lần lại ra những kết quả khác nhau về tác nhân gây bệnh cũng có thể là ngoại nhiễm, hay kết quả cấy máu dương tính mà bệnh nhân không có một biểu hiện lâm sàng nào của nhiễm trùng huyết, hay kết quả cấy máu ra một loại vi khuẩn không phù hợp với kết quả cấy từ nguồn nhiễm (như cấy máu ra *Enterococcus* trên một bệnh nhân bị nhiễm trùng tiêu đã cấy ra *E. coli*) thì chắc chắn là ngoại nhiễm. Một yếu tố nữa chúng ta cũng nên xem xét là nếu kết quả cấy máu dương tính (một trong các tác nhân trên) quá chậm, phải sau 3 ngày ủ hay hơn thì thường là ngoại nhiễm.

Nếu kết quả cấy máu dương tính rất sớm trước 24 giờ thì đa số là dương tính thật sự, không phải là ngoại nhiễm. Nếu kết quả cấy máu dương tính

cả hai chai thì cũng không là ngoại nhiễm. Một kết quả cấy máu dương tính một vi khuẩn giống hết vi khuẩn đã phân lập từ một vị trí nhiễm trùng nào đó thì cũng không phải là ngoại nhiễm. Ngoài ra nếu kết quả cấy máu ra các vi khuẩn phù hợp với tình trạng bệnh lý của bệnh nhân (cấy ra Viridans streptococci hay Enterococci từ bệnh nhân viêm nội tâm mạc bán cấp hay mạn tính, cấy ra coagulase [-] staphylococci trên bệnh nhân đang mang valve tim giả hay khớp giả...) thì đúng là dương tính thật sự.

Nếu kết quả cấy máu phát hiện được các vi khuẩn không bao giờ là loại ngoại nhiễm như *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *N. meningitidis*, *S. suis*, *S. typhi*... thì đây là dương tính thật sự chứ không bao giờ là ngoại nhiễm. Không chỉ vậy, nếu kết quả cấy máu ra *E. coli*, *K. pneumoniae*, *S. aureus*.. thì đa số cũng là dương tính thật sự và nên cùng lâm sàng cố tìm cho được ngã vào, có thể là nhiễm trùng tiêu, viêm túi mật, nhiễm trùng hô hấp dưới. Nếu kết quả cấy máu là *Staphylococci coagulase [-]* thì phải xem bệnh nhân có đang được đặt ống thông nội mạch, hay có đặt khớp giả, valve tim..., trước khi kết luận là ngoại nhiễm vì có thể tác nhân này có nguồn gốc quần cư trên các thiết bị này và là nguồn gốc gây nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân, do vậy cần phải xem lại các thông tin này trên bệnh nhân.

### **Tại sao có trường hợp máy theo dõi cấy máu tự động báo tín hiệu chai cấy máu dương tính nhưng khi cấy phân lập lại âm tính?**

Chúng ta cũng biết là thiết bị theo dõi tự động chai cấy máu để phát hiện chai cấy máu dương tính là dựa vào tín hiệu phát huỳnh quang của lớp nhựa ở đáy chai cấy máu. Khi có vi khuẩn mọc thì sẽ có sự khử của các thành phần dinh dưỡng trong môi trường cấy máu do vi khuẩn phát triển tiêu thụ O<sub>2</sub> và sinh CO<sub>2</sub>. Sự khử của môi trường làm cho hóa chất trong lớp nhựa bị khử và phát huỳnh quang khi đáy chai bị chiếu bởi một nguồn sáng laser.

Tuy nhiên cũng có một số trường hợp đáy chai bị phát huỳnh quang vượt quá huỳnh quang nền làm cho máy phát hiện dương tính dù không có

vi khuẩn, những trường hợp đó có thể là: (i) Phòng thí nghiệm chỉnh huỳnh quang nền quá thấp làm cho máy có thể báo hiệu dương tính mà là dương tính giả; (ii) Trong máu bệnh nhân nhiễm khuẩn dù không bị nhiễm khuẩn huyết vẫn có gia tăng số lượng bạch cầu và các bạch cầu này có thể cũng còn sống một thời gian trong môi trường cấy máu và biến dưỡng tiêu thụ O<sub>2</sub> sinh CO<sub>2</sub> gây hiện tượng khử cho lớp nhựa ở đáy chai; (iii) Bệnh nhân bị nhiễm những vi khuẩn không điển hình như *Mycoplasma*, *Rickettsia*, *Legionella*... và các vi khuẩn này sống nội bào trong các bạch cầu và cũng biến dưỡng tiêu thụ O<sub>2</sub> sinh CO<sub>2</sub>; (iv) Phòng xét nghiệm không có các môi trường cấy truyền ban đầu đầy đủ bổ dưỡng như thạch nâu giàu XV để cấy được các vi khuẩn như *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, hay thậm chí một số các Streptococci khó mọc..

Như vậy thì giải pháp khắc phục nên như thế nào?. (i) Trước hết nên chỉnh lại huỳnh quang nền bằng cách dựa vào kết quả ủ các chai cấy máu âm tính và chai cấy máu mới vừa dương tính để chọn một huỳnh quang nền giúp phân biệt được âm và dương tính. (ii) Với các chai cấy âm tính nhưng máy lại cho tín hiệu dương tính thì chưa vội kết luận âm tính mà nên thực hiện MPL real-time PCR phát hiện các tác nhân vi khuẩn không điển hình và cả những vi khuẩn khó mọc như *Brucella*, *Leptospira*, *Rickettsia*, hay các vi khuẩn trong nhóm HACEK... để tránh trường hợp bỏ sót các vi khuẩn này. Nếu phòng xét nghiệm không có kỹ thuật real-time cho các tác nhân trên thì nên gửi mẫu đến phòng thí nghiệm có kỹ thuật này. (iii) Phòng thí nghiệm phải trang bị môi trường thạch nâu giàu XV và khi cấy phân lập từ chai cấy máu có tín hiệu dương tính thì phải cấy trên môi trường này chứ không nên chỉ cấy trên môi trường thạch máu. (iv) Phải làm phết nhuộm Gram và luôn cả soi tươi một giọt môi trường lấy từ chai cấy máu có tín hiệu dương tính để khảo sát xem có sự hiện diện vi khuẩn hay không; kết quả từ khảo sát trực tiếp sẽ rất có giá trị giúp được các bác sĩ điều trị.

### **Cấy catheter nội mạch có cần phải cấy định lượng mới xác định dương tính phải không?**

Nếu lâm sàng chỉ yêu cầu cấy catheter nội mạch thì không cần phải cấy định lượng mới xác định dương tính mà chỉ cần cấy đầu catheter bằng kéo vô trùng và cho vào chai cấy máu hay tube chứa môi trường BHI lỏng hay tốt nhất là chai hay tube chứa môi trường thioglycolate lỏng (vì môi trường thioglycolate hỗ trợ tốt hơn cho các vi khuẩn khó mọc cần điều kiện khử như các streptococci) rồi ủ 37°C qua đêm hay 24 giờ. Sau đó cấy phân lập trên thạch máu hay thạch nâu ủ 37°C/5% CO<sub>2</sub> để phát hiện, định danh và làm kháng sinh đồ khúm vi khuẩn mọc rồi báo cáo kết quả cho lâm sàng.

Tuy nhiên nếu lâm sàng yêu cầu xác định nguồn gốc nhiễm khuẩn huyết có phải là từ catheter nội mạch hay không (CRI: Catheter Related Infection) hay không thì lúc đó cần phải cấy định lượng. Có thể có hai cách: (i) Cấy hai mẫu cấy máu, một lấy từ ống nội mạch trung tâm và một lấy từ máu ngoại biên vào môi trường cấy vi sinh tiêu chuẩn và đếm khuẩn lạc mọc từ hai mẫu cấy máu này. Nếu số khuẩn lạc vi khuẩn từ nội mạch trung tâm cao hơn từ 4 đến 10 lần từ máu ngoại biên là có thể xác định nguồn gốc nhiễm trùng huyết là từ catheter nội mạch với độ nhạy từ 78-94% và đặc hiệu 99-100%. (ii) Cách thứ hai là ghi nhận thời điểm phát hiện [+] trên máy theo dõi cấy máu tự động, nếu cấy máu từ ống nội mạch dương tính là sớm hơn ít nhất 2 giờ so với cấy máu ngoại biên thì có thể xác định nguồn gốc nhiễm khuẩn huyết là từ nội mạch. Tuy vậy nhưng thật ra cho đến nay vẫn chưa có phương pháp nào có thể giúp khẳng định chắc chắn nguồn gốc catheter của nhiễm khuẩn huyết vì không thể xác định các vi khuẩn này tồn tại được trong máu ở bệnh nhân lâu dài hay chỉ tạm thời trong thời gian ngắn.

### ***Có thể nào rút ngắn thời gian định danh được vi khuẩn gây bệnh mọc trong chai cấy máu?***

Một khi phát hiện được vi khuẩn mọc trong chai cấy máu, nếu chỉ có phase lỏng thì phải cấy truyền lên mặt thạch đặc và chờ tối thiểu qua đêm để có khúm vi khuẩn mọc rồi mới tiến hành định danh và phải mất thêm ít nhất 8 giờ hay qua đêm nữa mới có được kết quả định danh. Còn

với chai cấy máu 2 phase thì nếu có vi khuẩn mọc trên phase đặc, có thể tiến hành định danh từ khúm vi khuẩn mọc trên phase đặc (mà không cần phải cấy truyền lên mặt thạch đặc) nhưng cũng phải mất ít nhất thêm 1 ngày nữa mới có kết quả định danh. Chính vì vậy Madi-tof là giải pháp nhanh nhất nhờ có thể tiến hành định danh trực tiếp vi khuẩn mọc trong phase lỏng hay phase đặc với kết quả không quá 30 phút. Tuy nhiên thiết bị Madi-tof là rất mắc tiền không phải phòng thí nghiệm lâm sàng nào cũng có được. Chính vì vậy đối với các phòng thí nghiệm có phương tiện real-time PCR thì có thể định danh trực tiếp vi khuẩn mọc trong phase lỏng hay phase đặc bằng kỹ thuật real-time PCR với mẫu thử là phase lỏng được đun cách thủy trong 5 phút hay huyền dịch vi khuẩn từ phase đặc pha trong nước muối sinh lý vô trùng đem cách thủy. Hiện nay công ty Nam Khoa có gần như đầy đủ các MPL (multiplex) real-time PCR mastermix để định danh hầu hết các vi khuẩn và vi nấm có thể gặp được trong cấy máu với qui trình rất đơn giản, chỉ cần lấy dịch đun cách thủy phase lỏng hay huyền dịch vi khuẩn mọc trên phase đặc pha trong nước muối sinh lý cho vào các real-time PCR mix rồi cho vào thiết bị real-time PCR để chạy chương trình luân nhiệt real-time, kết quả sẽ có sau gần 2 giờ. Kỹ thuật này hiện đang được phòng xét nghiệm công ty Nam Khoa áp dụng và có thể giúp các phòng thí nghiệm tại các bệnh viện có phương tiện real-time PCR có thể sử dụng được.

### ***Có kỹ thuật sinh học phân tử nào cho phép phát hiện trực tiếp vi khuẩn trong máu không?***

Cấy máu là chuẩn vàng để phát hiện du khuẩn huyết hay nhiễm trùng huyết. Tuy nhiên cấy máu cũng có một số hạn chế làm giảm độ nhạy của phương pháp như bệnh nhân đã dùng kháng sinh trước, cấy máu không đúng thời điểm hay thể tích máu lấy để cấy không đủ, hay có một số vi khuẩn dù hiện diện trong máu nhưng cũng khó phát hiện như các vi khuẩn thuộc nhóm HACEK (*Haemophilus aphrophilus*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium*

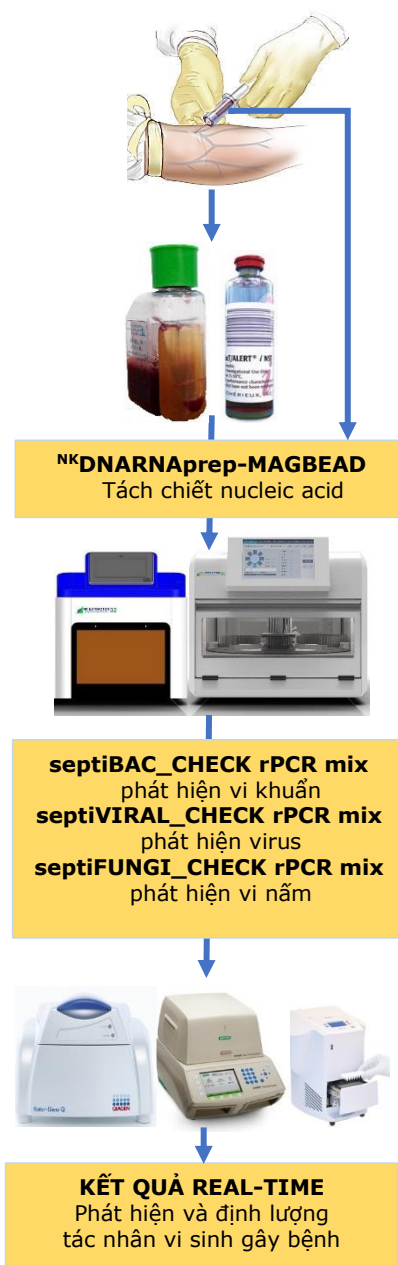


*hominis*, *Eikenella corrodens*, và *Kingella kingae*) là các trực khuẩn Gram [-] gây viêm nội tâm mạc và rất khó mọc; hay các vi khuẩn cũng rất khó mọc và ít gặp hay chỉ gặp trong các trường hợp dịch tễ đặc biệt hay lâm sàng đặc biệt như *Capnocytophaga*, *Chromobacterium*, *Flavobacterium*, *Rothia dentocariosa*, *Borrelia recurrentis*, *Leptospira*, hoặc các vi khuẩn mọc rất chậm như *Campylobacter*, *Helicobacter*, *Brucella*, vi khuẩn liên cầu phụ thuộc vitamin B6 (như *Granulicatella* và *Abiotrophia*), *Coxiella burnetii*, *Bartonella* (*B. bacilliformis*, *B. quintana*, *B. elizabethae*, *B. henselae*). Thậm chí những tác nhân không thể hay khó nuôi cấy như các *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia* và cả các tác nhân không thể ngờ tới lại có thể gây nhiễm khuẩn huyết như *M. tuberculosis* hay *M. avium* trên những bệnh nhân AIDS.

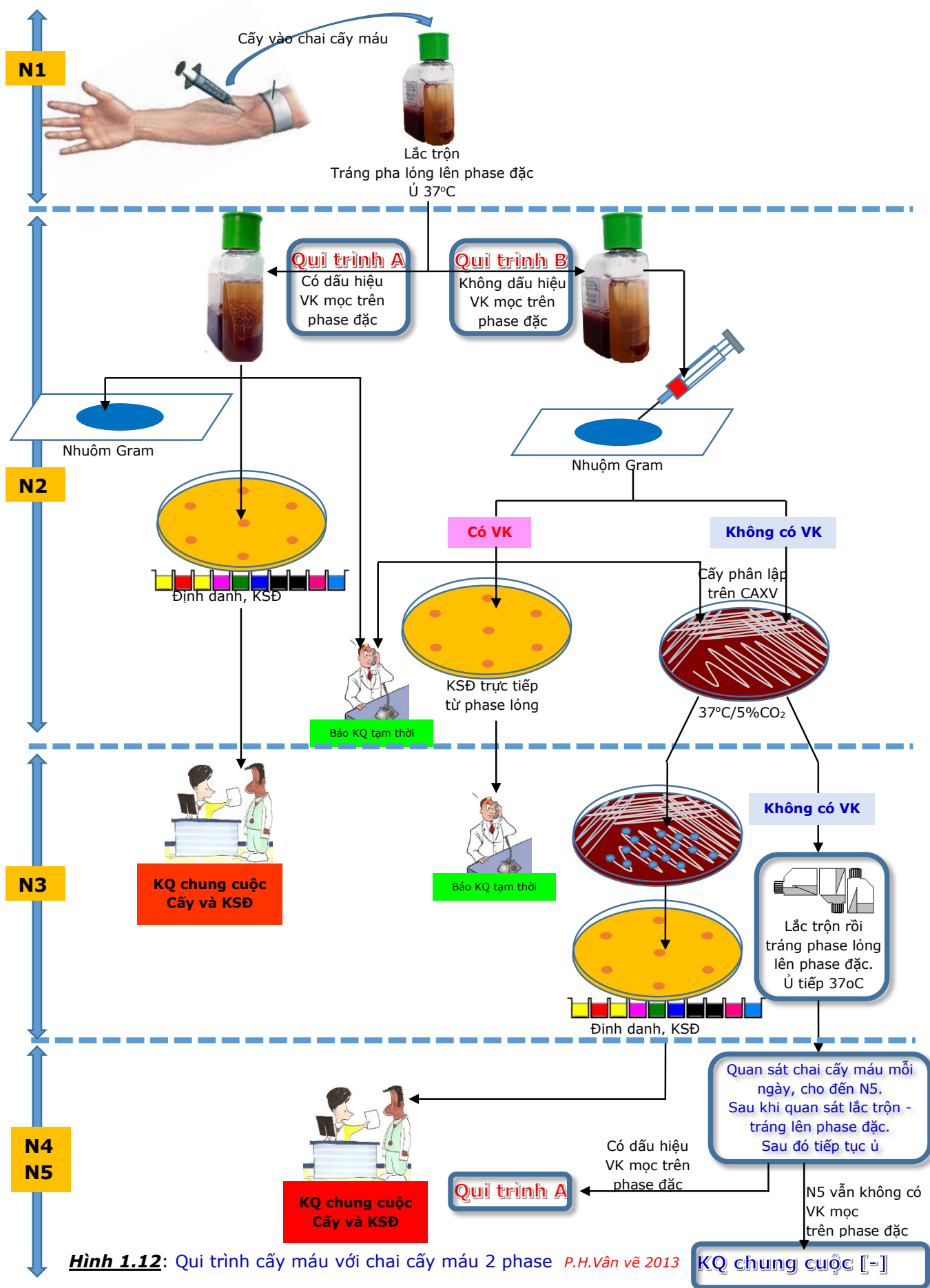
Chính vì vậy, giải pháp sinh học phân tử dựa trên kỹ thuật real-time PCR đang được một số công ty đưa vào thương mại như Septifast (Roche), FilmArray Blood culture Identification (Biomérieux), và công ty Nam Khoa cũng có sản phẩm multiplex real-time PCR kit (septiBAC, septiVIR, septiFUN – TqPCR kit) dành phát hiện các tác nhân vi sinh thường gặp trong nhiễm trùng huyết hay khuẩn huyết. Nguyên tắc chính yếu của các sản phẩm này là tách chiết toàn bộ nucleic acid có trong mẫu máu lấy từ bệnh nhân, sau đó cho vào các real-time PCR mix chứa các mồi và đoạn dò đặc hiệu của các tác nhân vi sinh gây bệnh muốn tìm, rồi chạy chương trình luân nhiệt thích hợp để khuếch đại và phát hiện các nucleic acid đích của các vi sinh gây bệnh hiện diện trong mẫu. Nguyên tắc chung là như vậy, tuy nhiên tùy định dạng của hệ thống mà các kit thương mại có nguyên tắc khác biệt cũng như kit khác biệt. Ví dụ đối với Septifast của Roche thì nguyên tắc real-time là dùng mồi và probe lai (hybridization probe) để dựa vào đường cong chảy và đỉnh chảy mà phát hiện tác nhân gây bệnh nhờ đường cong chảy và đỉnh chảy. Đối với FilmArray của Biomérieux thì kết hợp PCR1 và PCR2 trong một cartridge nhựa để thực hiện PCR

và đọc kết quả trong một thiết bị. Đối với septiBAC, septiVIR, septiFUN – TqPCR kit của chúng tôi thì thực hiện real-time PCR một cách linh hoạt trên hệ thống “Streamline Real-time PCR” với phương pháp tách chiết nucleic acid tự động (sử dụng bộ tách chiết nucleic acid RNADNAprep-MAGBEAD và thực hiện trên máy tách chiết tự động NK32 hay NK96) kết hợp với các bộ real-time PCR mix phát hiện các tác nhân vi khuẩn (septiBAC), virus (septiVIR), và vi nấm (septiFUN).

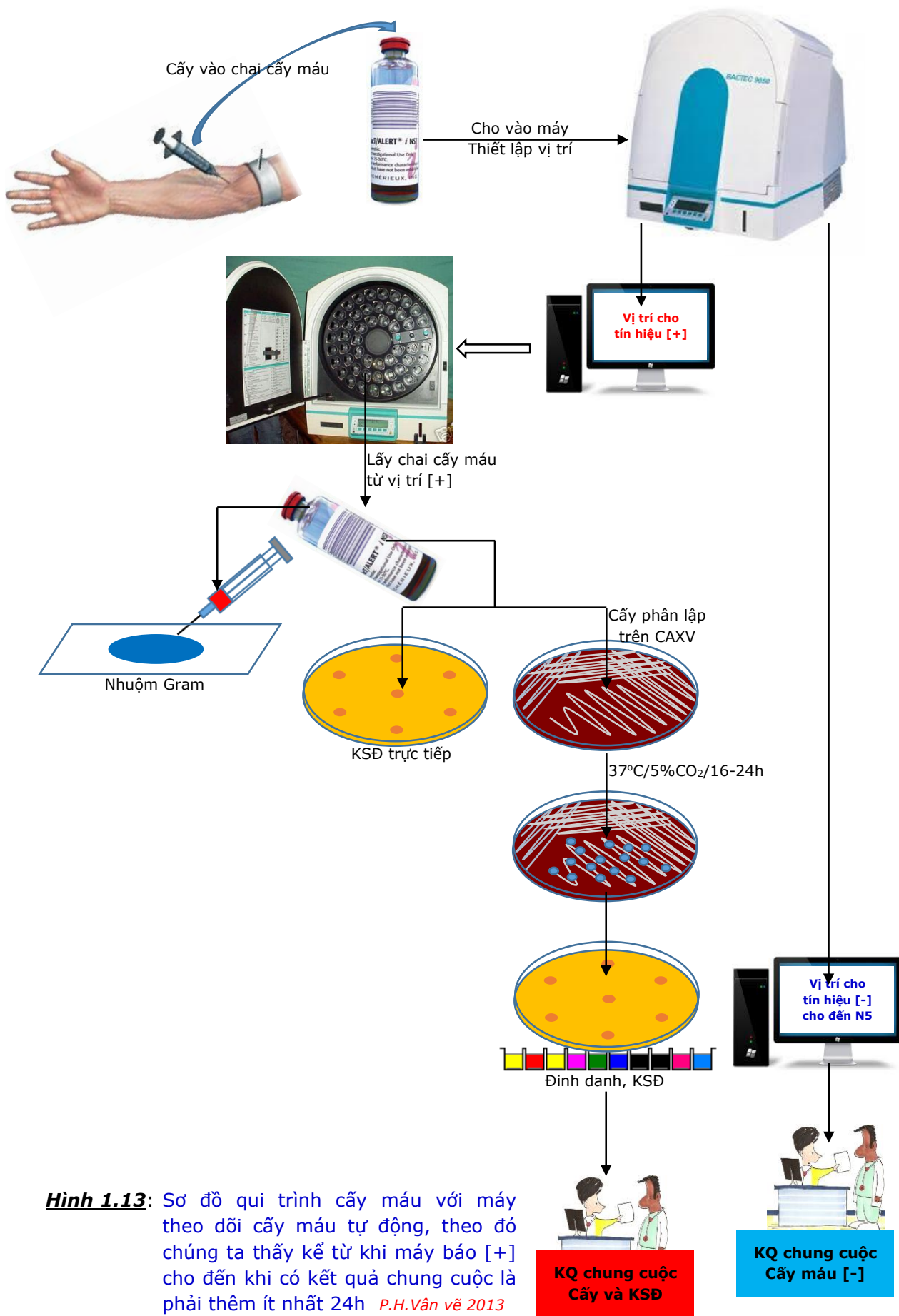
Một phương pháp sinh học phân tử nữa cũng đang được áp dụng, đó là phương pháp meta-genomic sử dụng kỹ thuật giải trình tự thế hệ mới (NGS = Next Generation Sequencing) để phát hiện các tác nhân vi sinh gây bệnh hiện diện trong mẫu máu. Phương pháp meta-genomic có thể phát hiện, định lượng cũng như cho biết tỷ lệ của tất cả các DNA đích của các tác nhân vi sinh vật có trong mẫu. Đây chính là một giải pháp không chỉ phát hiện được các tác nhân đã biết mà còn có thể phát hiện được các tác nhân nhiễm trùng bí mật mà chúng ta chưa biết. Chính vậy đây là một giải pháp hứa hẹn nhất cho tương lai.



**Hình 1.11:** Các bước thực hiện real-time PCR phát hiện các tác nhân gây nhiễm trùng huyết



Hình 1.12: Quy trình cấy máu với chai cấy máu 2 phase P.H.Vân vẽ 2013



**Hình 1.13:** Sơ đồ quy trình cấy máu với máy theo dõi cấy máu tự động, theo đó chúng ta thấy kể từ khi máy báo [+] cho đến khi có kết quả chung cuộc là phải thêm ít nhất 24h *P.H.Vân vẽ 2013*

## THE ROLE OF NON-INVASIVE BIOMARKER M2BPGI IN MANAGING LIVER DISEASE IN VIETNAMESE PATIENTS

*Thuy Thi Thu Pham\*, Dat Tan Ho, and Toan Nguyen  
MEDIC Medical Center, Ho Chi Minh City, Vietnam  
Phan Chu Trinh University, Da Nang, Vietnam*

*\*Corresponding author: Thuy Thi Thu Pham, Email: drthuthuy@gmail.com*

### Abstract

Chronic liver disease has a high global burden and death toll. Early diagnosis is important to halt disease progression to cirrhosis, hepatocellular carcinoma, and eventually death. At present, there are many methods used for liver disease assessment, such as liver biopsy, elastography, serum biomarkers, and surrogate markers. However, shortcomings of these methods include invasiveness, costly equipment, requirements for skilled technicians, long turnaround and waiting times, which limit their usefulness, particularly in developing countries in the world that lack resources and skilled technicians. Vietnam is a developing country with a high burden of hepatitis B and C, and liver disease-related mortality is expected to increase in 2025. A recent study in Vietnam found that the Mac-2 binding protein glycosylation isomer (M2BPGi) levels are correlated with elastography used for liver fibrosis staging. In this review, we examined the challenges and prevalence of liver disease in Vietnam. We also reviewed the literature on the use of M2BPGi in liver disease in other countries and discuss how this marker can be used to improve the detection and management of liver disease as well as the challenges and problems faced.

**Keywords:** Hepatitis B, Hepatitis C, Mac-2 binding protein glycosylation isomer, chronic liver disease, Vietnam

### Introduction

Liver disease causes 2 million deaths globally, of which 1 million are due to cirrhosis and 1 million are due to viral hepatitis and hepatocellular carcinoma<sup>[1]</sup>. There is also an intricate link between viral hepatitis and liver disease. Of note, the global burden of liver cancer and cirrhosis has increased from 2012 to 2017<sup>[2]</sup>. Chronic inflammation occurs during hepatitis B (HBV) and C (HCV) infections, resulting in liver damage and subsequently liver fibrosis to develop. This decreases hepatic function and may eventually progress to cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Early diagnosis and treatment can halt progression of

chronic hepatitis to liver fibrosis, cirrhosis and hepatocellular carcinoma. With proper control, this allows patients' disease to be effectively managed. At present, pan-genotypic combinations of direct-acting antiviral drugs have shown high efficacy in the treatment of HCV caused by different genotypes<sup>[3]</sup> and antiviral drugs are available to treat HBV<sup>[4]</sup>. These have demonstrated clear efficacy to drive better disease treatment strategies. More tools are needed to tackle initial liver disease assessments and for long term management of patients with hepatic fibrosis.

### Liver disease assessment methods

Currently, there are many methods used for liver fibrosis screening, of which liver biopsy is considered the gold standard<sup>[5]</sup>. However, this is an invasive procedure and it is not feasible to carry out repeated biopsies, particularly in advanced stage patients (>F3) in which evaluation is required every 3-6 months. It is also difficult to gain approval in early stage patients as well, given these patients appear generally healthy without significant symptoms. Besides being invasive, liver biopsies are prone to sampling errors and inter- and intra-observer variability. These can cause errors in staging<sup>[6]</sup>. In rare but possible situations, liver biopsy can also result in life-threatening complications<sup>[7]</sup> and causes pain in 40% of patients<sup>[8]</sup>.

Besides liver biopsy, elastography methods such as transient elastography<sup>[9]</sup>, magnetic resonance elastography<sup>[10]</sup>, and ultrasound-based elastography<sup>[11]</sup> are used to assess liver fibrosis stages. However, elastography has its limitations, such as unreliability in obese patients<sup>[12]</sup>, patients with ascites<sup>[13]</sup>, and requires high operator skill. In magnetic resonance elastography, patients need to hold their breath and respiratory cooperation with the patient is required. Also, this method is not suitable for claustrophobic patients.

Serum biomarkers such as type III-procollagen-N-peptide<sup>[14]</sup>, lincRNA-p21<sup>[15]</sup>, hyaluronic acid (HA), platelet count, aspartate transaminase, gamma-glutamyltransferase, are used alone or as biomarker panels<sup>[16]</sup>.

However, these markers have poor specificity to distinguish between early and intermediate stages of fibrosis. Some biomarkers may also be affected by other diseases, such as food intake causing an increase in HA<sup>[17]</sup>. Also, lincRNA-

### Current challenges and prevalence of liver disease in Vietnam

Vietnam has a high prevalence of HBV and HCV as seen in the hepatitis B surface antigen (HBsAg) rate of 8.8%-19.0% and high anti-HCV antibody rate of 1.0%-3.3%<sup>[18]</sup>. In central and southern Vietnam, cirrhosis was found in 30%-40% of chronic HBC and HCV patients and the incidence of hepatocellular carcinoma increased from 2010 to 2016<sup>[19]</sup>. 31.2% and 19.2% of liver disease patients in Ho Chi Minh city are positive for HBV and HCV, respectively, showing that these viruses are important causative agents of liver disease in this city<sup>[20]</sup>. It is estimated that HBV-related hepatocellular carcinoma and mortality will increase to 25,000 and 40,000, respectively in 2025<sup>[21]</sup>. The prevalence of non-alcoholic fatty liver disease was found to be 73.3% in type 2 diabetics in Vietnam<sup>[22]</sup>.

Currently, HBV prevention and control programs require more support to be adequately funded to tackle the disease<sup>[23]</sup>. It is also estimated that 65% and 18% of hepatocellular carcinoma cases are caused by HBV and HCV, respectively, in Southeast Asia. The healthcare

### Use of Mac-2 binding protein glycosylation isomer (M2BPGi) as a non-invasive biomarker for liver disease

In 2013, Mac-2 binding protein glycosylation isomer (M2BPGi) was first described by Kuno et al. as a non-invasive biomarker for fibrosis evaluation<sup>[27]</sup>. Serum M2BPGi levels are correlated with liver fibrosis stage<sup>[28]</sup> and liver stiffness<sup>[29]</sup>.

In our previous work<sup>[30]</sup>, we studied M2BPGi levels in a Vietnamese population with mixed etiologies. In profiling patients, the biomarker measurements are statistically different between patients with F0-1, F2 and F>3 liver fibrosis. M2BPGi levels were observed to be higher in patients with viral hepatitis infections than other etiologies. The changes in biomarker levels are a direct result of the presence of abnormal hepatic cells that offers a convenient marker to understand the extend of liver damage due to different etiologies of liver disease. Within HBV patients of differing viral load, M2BPGi levels

p21 level is not correlated with markers of viral replication, liver inflammation, and liver function and hence non-specific to the liver. These shortcomings limit their clinical application.

burden is significant and early detection is key to provide both quality of life for patients and manage healthcare budgets. A review of HCV in Vietnam found that there is a paucity of data on the nature and burden of HCV in Vietnam<sup>[24]</sup>. There is also heavy alcohol consumption in men in Vietnam. These factors have caused liver cancer to be the leading cause of deaths due to cancer in Vietnam<sup>[25]</sup>. The 2018 global cancer statistics showed that Vietnam has the 4<sup>th</sup> highest incidence of hepatocellular carcinoma in the world, after Mongolia, Egypt, and Gambia<sup>[26]</sup>. Most hepatocellular carcinoma patients are diagnosed at advanced stages, resulting in expensive treatments and is a major economic problem for Vietnam.

Therefore, it is imperative to diagnose liver fibrosis at an early stage to prevent progression to cirrhosis and hepatocellular carcinoma. However, the shortcomings of the aforementioned liver assessment methods have hindered early screening and monitoring of liver disease in Vietnam and an inexpensive and patient compliant marker is urgently required.

were lower in HBV patients with a viral load <2000 IU/mL compared with those with a viral load >2000 IU/mL. This indicated a close correlation to viral load testing, has the potential to monitor treatment response and risk profiling in patients. We have demonstrated that M2BPGi levels are correlated with other serum markers and staging by transient elastography. The marker provide complementarity to existing testing methods and will significantly reduce the need for patients to undergo invasive biopsy procedures. Our previous results showed that M2BPGi can be a good marker of viral load levels in HBV, is correlated with liver disease staging, and provide understanding of etiology-specific trend of M2BPGi levels.

The marker has received widespread acceptance in various independent studies. Investigative work in China<sup>[31,32]</sup>, South Korea<sup>[33]</sup>, Japan<sup>[34]</sup>,

Taiwan and USA<sup>[35]</sup> have demonstrated the usefulness of M2BPGi to manage patients better. These studies addressed similar considerations in developing and finding better tools for liver disease management. In the reported work, M2BPGi was shown to be useful in health screening of the general population for liver disease, determination of liver fibrosis staging, and as a surrogate to determine responses to antiviral therapy. Majority of the studies focused on a specific etiology in the liver disease patient population, with the exception of

### Conclusion and outlook

We envision with better testing and treatment available for liver disease, this will benefit patients greatly. From this review, it can be seen that M2BPGi has significant value as a surrogate marker for liver fibrosis and cirrhosis. Operationally, this biomarker provides automated testing with rapid result turnaround time, reduce the need for skilled technicians to operate sophisticated instrumentation (in contrast to elastography) and wider coverage for liver disease detection using centralized laboratory testing by sending blood samples from distant locations. For the patients, specimen collection is non-invasive, reduce the need to travel to specialized clinics for initial assessments, procedures have less requirement for patient compliance as compared to magnetic resonance imaging or elastography that need patients to hold their breath or lie in a certain direction and high correlation with other markers of liver fibrosis and cirrhosis.

However, as mentioned above, most studies were carried out in East Asian populations and there is a need to conduct more studies in different populations with mixed etiologies to determine the specific M2BPGi cutoff values for different liver fibrosis stages and etiologies. We

one report<sup>[35]</sup>. Bulk of data are derived from the Asian population, having extensive testing on viral hepatitis related liver disease causes. In our current use, M2BPGi establishes a niche need for widespread testing of liver disease among the Vietnamese population using a straightforward blood test. This allows patients in distant provinces to receive early access to healthcare services to better manage the disease, where specialized instruments for liver assessment are not available.

are currently embarking on a comprehensive study to profile Vietnamese patients to derive these medical decision limits to integrate into our healthcare management of these patients.

The future perspectives for liver disease patients are positive and promising with the advent of these new tools and myriad treatment options. For unique assays such as M2BPGi, we believe this can be expanded to other developing countries where the burden of liver disease is high. With more patients getting access to testing,

this can be employed in epidemiological studies on the prevalence of liver fibrosis and cirrhosis in Vietnam to obtain a clearer picture of the liver disease situation in Vietnam. This will aid healthcare officials to better plan resources to support the control and management of this disease. We believe having more testing is advantageous, especially to include in national control programs in order to reduce the incidence of hepatocellular carcinoma by treating liver fibrosis at early stages to slow or halt progression. Although Vietnam has a high prevalence of liver disease, we are poised to tackle the challenges with new tools and treatment options.

### References

1. Asrani SK, Devarbhavi H, Eaton J, Kamath PS. Burden of liver diseases in the world. *J Hepatol.* 2019;70(1):151-71.
2. Paik JM, Golabi P, Younossi Y, Mishra A, Younossi ZM. Changes in the Global Burden of Chronic Liver Diseases From 2012 to 2017: The Growing Impact of Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Hepatology.* 2020.
3. Sandmann L, Schulte B, Manns MP, Maasoumy B. Treatment of Chronic Hepatitis C: Efficacy, Side Effects and Complications. *Visc Med.* 2019;35(3):161-70.
4. Terrault NA, Lok ASF, McMahon BJ, Chang KM, Hwang JP, Jonas MM, et al. Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. *Hepatology.* 2018;67(4):1560-99.
5. European Association for Study of L. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol.* 2014;60(2):392-420.

6. Rousselet MC, Michalak S, Dupre F, Croue A, Bedossa P, Saint-Andre JP, et al. Sources of variability in histological scoring of chronic viral hepatitis. *Hepatology*. 2005;41(2):257-64.
7. Bravo AA, Sheth SG, Chopra S. Liver biopsy. *N Engl J Med*. 2001;344(7):495-500.
8. Kose S, Ersan G, Tatar B, Adar P, Sengel BE. Evaluation of Percutaneous Liver Biopsy Complications in Patients with Chronic Viral Hepatitis. *Eurasian J Med*. 2015;47(3):161-4.
9. Sandrin L, Fourquet B, Hasquenoph JM, Yon S, Fournier C, Mal F, et al. Transient elastography: a new noninvasive method for assessment of hepatic fibrosis. *Ultrasound Med Biol*. 2003;29(12):1705-13.
10. Cui J, Heba E, Hernandez C, Haufe W, Hooker J, Andre MP, et al. Magnetic resonance elastography is superior to acoustic radiation force impulse for the Diagnosis of fibrosis in patients with biopsy-proven nonalcoholic fatty liver disease: A prospective study. *Hepatology*. 2016;63(2):453-61.
11. Chen CC, Hsu HT, Chen YL, Chen RC, Wu WP, Chou CT. Diagnostic Accuracy of Acoustic Radiation Force Impulse (ARFI) and Wisteria floribunda Agglutinin-Positive Mac-2-Binding Protein (WFA(+)-M2BP) in Patients with Chronic Liver Disease. *Med Sci Monit*. 2019;25:7169-74.
12. de Ledinghen V, Vergniol J, Foucher J, El-Hajbi F, Merrouche W, Rigalleau V. Feasibility of liver transient elastography with FibroScan using a new probe for obese patients. *Liver Int*. 2010;30(7):1043-8.
13. Stevenson M, Lloyd-Jones M, Morgan MY, Wong R. Non-invasive diagnostic assessment tools for the detection of liver fibrosis in patients with suspected alcohol-related liver disease: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2012;16(4):1-174.
14. Tatsumi C, Kudo M, Ueshima K, Kitai S, Takahashi S, Inoue T, et al. Noninvasive evaluation of hepatic fibrosis using serum fibrotic markers, transient elastography (FibroScan) and real-time tissue elastography. *Intervirol*. 2008;51 Suppl 1:27-33.
15. Yu F, Zhou G, Huang K, Fan X, Li G, Chen B, et al. Serum lincRNA-p21 as a potential biomarker of liver fibrosis in chronic hepatitis B patients. *J Viral Hepat*. 2017;24(7):580-8.
16. Lurie Y, Webb M, Cytter-Kuint R, Shteingart S, Lederkremer GZ. Non-invasive diagnosis of liver fibrosis and cirrhosis. *World J Gastroenterol*. 2015;21(41):11567-83.
17. Fraser JR, Gibson PR. Mechanisms by which food intake elevates circulating levels of hyaluronan in humans. *J Intern Med*. 2005;258(5):460-6.
18. Huy Do S. Epidemiology of Hepatitis B and C Virus Infections and Liver Cancer in Vietnam. *Euroasian J Hepatogastroenterol*. 2015;5(1):49-51.
19. Nguyen-Dinh SH, Do A, Pham TND, Dao DY, Nguy TN, Chen MS, Jr. High burden of hepatocellular carcinoma and viral hepatitis in Southern and Central Vietnam: Experience of a large tertiary referral center, 2010 to 2016. *World J Hepatol*. 2018;10(1):116-23.
20. Tran HT, Ushijima H, Quang VX, Phuong N, Li TC, Hayashi S, et al. Prevalence of hepatitis virus types B through E and genotypic distribution of HBV and HCV in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Hepatol Res*. 2003;26(4):275-80.
21. Nguyen VT, Law MG, Dore GJ. An enormous hepatitis B virus-related liver disease burden projected in Vietnam by 2025. *Liver Int*. 2008;28(4):525-31.
22. Tuong TTK, Tran DK, Phu PQT, Hong TND, Dinh TC, Chu DT. Non-Alcoholic Fatty Liver Disease in Patients with Type 2 Diabetes: Evaluation of Hepatic Fibrosis and Steatosis Using Fibroscan. *Diagnostics (Basel)*. 2020;10(3).
23. Nguyen VT. Hepatitis B infection in Vietnam: current issues and future challenges. *Asia Pac J Public Health*. 2012;24(2):361-73.
24. Berto A, Day J, Van Vinh Chau N, Thwaites GE, My NN, Baker S, et al. Current challenges and possible solutions to improve access to care and treatment for hepatitis C infection in Vietnam: a systematic review. *BMC Infect Dis*. 2017;17(1):260.
25. Pham T, Bui L, Kim G, Hoang D, Tran T, Hoang M. Cancers in Vietnam-Burden and Control Efforts: A Narrative Scoping Review. *Cancer Control*. 2019;26(1):1073274819863802.
26. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424.
27. Kuno A, Ikehara Y, Tanaka Y, Ito K, Matsuda A, Sekiya S, et al. A serum "sweet-doughnut" protein facilitates fibrosis evaluation and therapy assessment in patients with viral hepatitis. *Sci Rep*. 2013;3:1065.
28. Toshima T, Shirabe K, Ikegami T, Yoshizumi T, Kuno A, Togayachi A, et al. A novel serum marker, glycosylated Wisteria floribunda agglutinin-positive Mac-2 binding protein (WFA(+)-M2BP), for assessing liver fibrosis. *J Gastroenterol*. 2015;50(1):76-84.
29. Mak LY, Wong DK, Seto WK, Ning Q, Cheung KS, Fung J, et al. Correlation of serum Mac-2-binding protein glycosylation isomer (M2BPGi) and liver stiffness in chronic hepatitis B infection. *Hepatol Int*. 2019;13(2):148-56.
30. Pham TTT, Ho DT, Nguyen T. Usefulness of Mac-2 binding protein glycosylation isomer in non-invasive probing liver disease in the Vietnamese population. *World J Hepatol*. 2020;12(5):220-9.

31. Xu H, Kong W, Liu L, Chi X, Wang X, Wu R, et al. Accuracy of M2BPGi, compared with Fibro Scan(R), in analysis of liver fibrosis in patients with hepatitis C. *BMC Gastroenterol.* 2017;17(1):62.
32. Zou X, Zhu MY, Yu DM, Li W, Zhang DH, Lu FJ, et al. Serum WFA(+)-M2BP levels for evaluation of early stages of liver fibrosis in patients with chronic hepatitis B virus infection. *Liver Int.* 2017;37(1):35-44.
33. Jekarl DW, Choi H, Lee S, Kwon JH, Lee SW, Yu H, et al. Diagnosis of Liver Fibrosis With Wisteria floribunda Agglutinin-Positive Mac-2 Binding Protein (WFA-M2BP) Among Chronic Hepatitis B Patients. *Ann Lab Med.* 2018;38(4):348-54.
34. Nakamura M, Kanda T, Jiang X, Haga Y, Takahashi K, Wu S, et al. Serum microRNA-122 and Wisteria floribunda agglutinin-positive Mac-2 binding protein are useful tools for liquid biopsy of the patients with hepatitis B virus and advanced liver fibrosis. *PLoS One.* 2017;12(5):e0177302.
35. Jun T, Hsu YC, Ogawa S, Huang YT, Yeh ML, Tseng CH, et al. Mac-2 Binding Protein Glycosylation Isomer as a Hepatocellular Carcinoma Marker in Patients With Chronic Hepatitis B or C Infection. *Hepatol Commun.* 2019;3(4):493-503.



## BỎ LỖ UNG THƯ DẠ DÀY QUA NỘI SOI

TS.BS Lê Thị Huỳnh Trang\*

\*Trưởng bộ phận Tiền Lâm sàng - Đại học Phan Châu Trinh

Ung thư dạ dày là ung thư phổ biến đứng hàng thứ 5 ở cả nam và nữ trên thế giới, thứ 4 ở nam giới và thứ 7 ở nữ giới. Tỷ lệ tử vong do ung thư đứng hàng thứ 4 ở cả 2 giới<sup>[1]</sup>. Tại Việt Nam, theo báo cáo từ Globocan, tỷ lệ mắc mới năm 2020 ung thư dạ dày đứng hàng thứ 4 ở cả 2 giới với 17906 ca và tỷ lệ tử vong do ung thư đứng vị trí thứ 3. Hiện nay, chẩn đoán ung thư dạ dày vẫn chủ yếu dựa vào nội soi dạ dày để có hình ảnh của tổn thương và lấy mẫu bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh. Nội soi dạ dày đóng một vai trò quan trọng trong cả tầm soát và chẩn đoán ung thư dạ dày và thậm chí cho một vài trường hợp điều trị. Vì vấn đề tiên lượng ung thư dạ dày rất kém, tỷ lệ sống còn trung bình ở bệnh nhân giai đoạn IV dưới 44 tuổi là 6 tháng, trong khi đó bệnh nhân trên 75 tuổi là 3 tháng<sup>[2]</sup>. Vì vậy chẩn đoán ung thư dạ dày ở giai đoạn sớm là vô cùng quan trọng và nội soi là một công cụ cần thiết cho phát hiện sớm, chẩn đoán và điều trị.

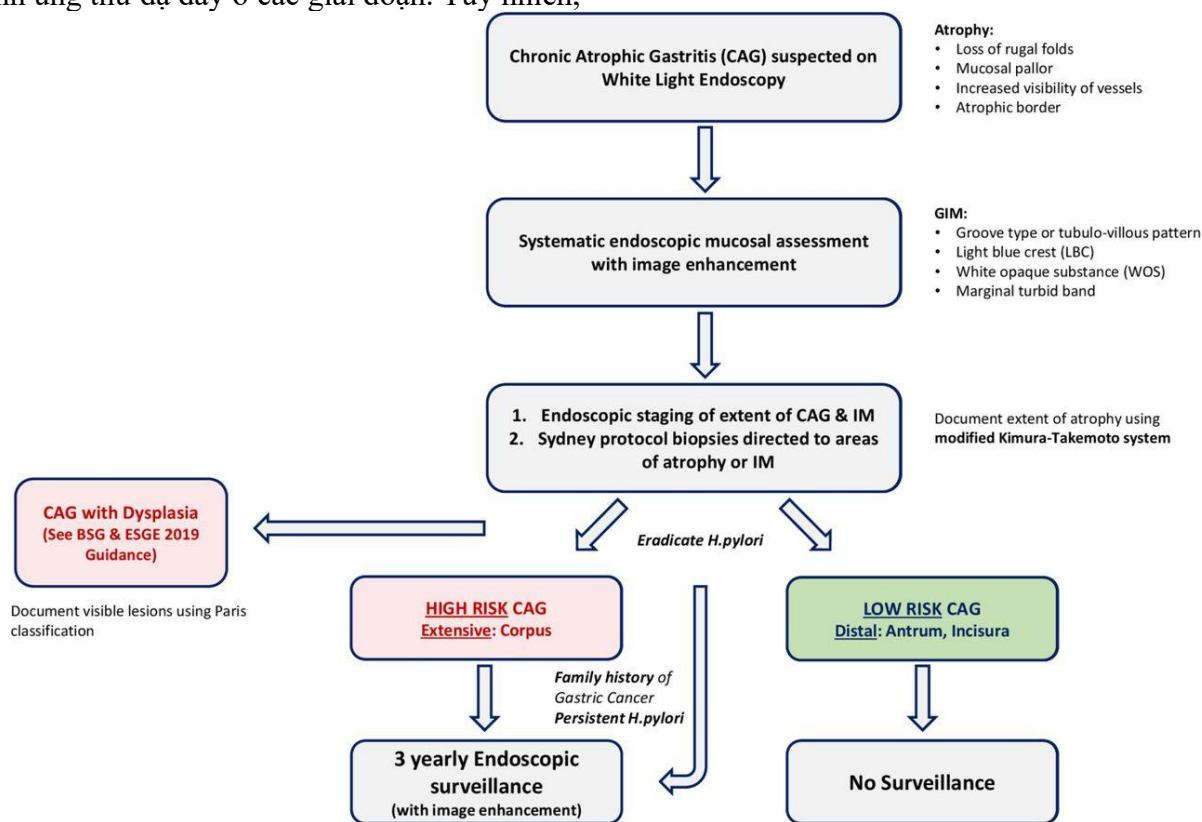
Vai trò của nội soi đã được công nhận là vô cùng thiết thực trong việc chẩn đoán sớm ung thư dạ dày, tuy nhiên tỷ lệ bỏ lỡ chẩn đoán ung thư trong nội soi cũng được đề cập trong một vài nghiên cứu. Trong một nghiên cứu meta-analysis năm 2014, tỷ lệ bỏ lỡ chẩn đoán ung thư đường tiêu hóa trên qua phương pháp nội soi dạ dày được thực hiện trong vòng 3 năm trước khi chẩn đoán là 11.3%<sup>[3]</sup>. Tuy nhiên, nhiều tác giả nhận định rằng tỷ lệ này thực tế còn cao hơn nhiều. Do đó, một nghiên cứu tại Nhật Bản đã tiến hành nghiên cứu tỷ lệ bỏ sót chẩn đoán những tổn thương tân sinh bề mặt dạ dày (*gastric superficial neoplasia*) bằng cách tổng hợp những bệnh án nội soi của những bệnh nhân này được nội soi trước đó. Nghiên cứu này đã kết luận rằng tỷ lệ bỏ lỡ tổn thương tân sinh bề mặt dạ dày qua nội soi là 75.2%<sup>[4]</sup>. Tỷ lệ này thật sự rất cao, nhưng là cần thiết để hiểu được giá trị tương đối của nội soi dạ dày trong việc phát hiện sớm các tổn thương tại dạ dày. Ngay tại Anh, tỷ lệ bỏ sót ung thư cũng không phải là không gặp ở những bệnh nhân được thực hiện nội soi trước đó. Trong số 305 bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh ung thư thực quản hay dạ dày, tỷ lệ tổn thương đã bị bỏ sót là 7.2%. Nghiên cứu cũng

chỉ ra rằng sai sót của bác sĩ nội soi chiếm phần lớn trong số này<sup>[5]</sup>. Trong một nghiên cứu khác tại Tây Úc, nhóm tác giả cũng báo cáo tỷ lệ bỏ sót ung thư đường tiêu hóa trên lên đến 6.7%; trong số các ung thư thực quản và dạ dày bị sót này, khoảng 80% bệnh nhân đã có triệu chứng báo động cho ung thư và 73% đã có bất thường được báo cáo tại thời điểm thực hiện nội soi. Nguyên nhân của thất bại là do ung thư bị bỏ sót hoặc không được nhìn thấy hoặc được nhìn thấy nhưng không được sinh thiết, hoặc được sinh thiết không đầy đủ, hoặc được giải thích không chính xác bởi nhà giải phẫu bệnh<sup>[6]</sup>. Một nghiên cứu tổng hợp, meta-analysis của tác giả Pimenta-Melo, A. R., năm 2016 chỉ rằng ung thư bỏ sót nằm trong dạ dày cả trong các nghiên cứu phương Đông và phương Tây lần lượt là 39 và 47 %. Phần lớn các ung thư dạ dày bị bỏ sót là ung thư biểu mô tuyến. Tuổi trẻ hơn (<55 tuổi), giới tính nữ, teo dạ dày rõ rệt, u tuyến hoặc loét dạ dày và số lượng mảnh sinh thiết không đủ đã được báo cáo là các yếu tố dự đoán thất bại trong chẩn đoán<sup>[7]</sup>. Như vậy tỷ lệ bỏ sót phát hiện các tổn thương sớm của ung thư dạ dày là khác nhau ở các nghiên cứu, nhìn chung lên đến trên 10% ung thư dạ dày bị bỏ sót qua nội soi dạ dày; điều này khiến cho việc phải tập trung vào việc cải thiện chất lượng nội soi đường tiêu hóa trên để giảm tỷ lệ bỏ sót chẩn đoán này<sup>[8]</sup>.

Vấn đề được đặt ra là làm sao để cải thiện việc phát hiện sớm các tổn thương ung thư dạ dày? Yếu tố quan trọng của việc cải thiện này bao gồm huấn luyện tốt hơn cho các bác sĩ nội soi và kèm theo cải tiến hệ thống máy nội soi. Vấn đề nâng cao chất lượng của bác sĩ nội soi đường tiêu hóa trên cũng được đề cập trong vấn đề cải thiện tỷ lệ bỏ sót này, do đó, nhiều nghiên cứu cũng nhấn mạnh rằng thời gian đào tạo các bác sĩ nội soi đường tiêu hóa trên nên được đào tạo như các bác sĩ nội soi đường tiêu hóa dưới và nhấn mạnh việc nhận diện các tổn thương dạ dày – thực quản qua nội soi<sup>[9]</sup>. Vai trò của bác sĩ nội soi trong việc phát hiện sớm các tổn thương dạ dày – thực quản và cải thiện tỷ lệ bỏ sót chẩn đoán là vô cùng quan trọng<sup>[10]</sup>.

Một trong những chương trình giám sát sau khi nội soi được Nhật Bản áp dụng vào năm 2017<sup>[11]</sup>. Với chương trình giám sát này, các tác giả báo cáo đã kiểm tra quá trình tiến triển của các trường hợp tổn thương tân sinh bề mặt dạ dày bị bỏ sót và chỉ ra rằng chỉ 8.5% trong số trường hợp đó tiến triển thành ung thư giai đoạn cuối trong khoảng thời gian là 39.3 tháng. Dựa trên tỷ lệ tích lũy tiến triển thành ung thư giai đoạn muộn (0.8%) của các tổn thương tân sinh bề mặt dạ dày bị bỏ sót sau nội soi 3 năm và tỷ lệ mắc tăng sau 3 năm, các tác giả nhận xét rằng nội soi giám sát nên được thực hiện ít nhất 3 năm một lần sau khi nội soi trước để phát hiện sớm các bệnh ung thư dạ dày ở các giai đoạn. Tuy nhiên,

các tác giả cũng đề nghị phải phân tầng nguy cơ của từng cá nhân, thay vì thực hiện nội soi giám sát trong vòng 3 năm sau lần nội soi trước cho tất cả các cá nhân. Do đó, làm thế nào để kết hợp các yếu tố nguy cơ của ung thư dạ dày, chẳng hạn tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* và viêm dạ dày teo vào cả hai chương trình giám sát và sàng lọc<sup>[4]</sup>. Vì vậy gần đây, trong hướng dẫn của hiệp hội nội soi dạ dày ruột của Châu Âu<sup>[12]</sup> và của Anh<sup>[13]</sup> đã đưa chương trình giám sát mỗi 3 năm cho những bệnh nhân nguy cơ ung thư biểu mô tuyến dạ dày với tổn thương viêm dạ dày teo đét mãn tính hoặc biến đổi dạ dày ruột (Hình 1).



**Hình 1:** Lưu đồ quản lý viêm dạ dày teo đét<sup>[8]</sup>

Một khía cạnh khác cũng khiến bỏ lỡ việc phát hiện các trường hợp ung thư dạ dày sớm là do chất lượng của hệ thống máy nội soi<sup>[4,9]</sup>. Hệ thống nội soi độ nét cao với cải thiện hình ảnh (ví dụ: Olympus NBI, Pentax iScan, nội soi sắc độ thông minh Fujinon (FICE)) được ưa chuộng hơn nội soi ánh sáng trắng độ nét cao để xác định các tình trạng tiền ác tính dạ dày<sup>[8]</sup>.

Như vậy, nhận diện về các nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao kết hợp với chẩn đoán nội soi đáng tin cậy và đánh giá chính xác dạ dày viêm mãn tính là điều cần thiết để phát hiện sớm và điều trị thành công ung thư dạ dày. Kiểm tra niêm mạc cẩn thận bằng cách sử dụng kết hợp WLE độ nét cao và hình ảnh nâng cao (ví dụ: NBI, iScan, FICE và phóng đại nếu có) nên được thực hiện cho những bệnh nhân có nguy cơ cao. Nếu có viêm dạ dày teo đét mãn tính và /hoặc biến đổi dạ dày ruột thì nên sinh thiết ngẫu nhiên theo hướng dẫn của Sydney và sinh thiết kèm với việc sử dụng hình ảnh phóng đại (enhanced imaging) của hệ thống nội soi sẽ cho cơ hội tốt nhất để phân tích chính xác giai đoạn và nguy cơ của tổn thương<sup>[8]</sup>. Đối với những bệnh ung thư giai đoạn đầu nên được quản lý và điều trị

bởi đơn vị nội soi hiện đại và cắt bỏ tổn thương qua nội soi. Cách tiếp cận này sẽ giúp giải quyết thách thức phát hiện sớm, cho phép đánh giá rủi ro chính xác hơn, đồng thời giảm gánh nặng sinh thiết đặt lên những bệnh nhân đang theo dõi và về các dịch vụ bệnh lý.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, 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):209-49.
2. Yang D, Hendifar A, Lenz C, Togawa K, Lenz F, Lurje G, et al. Survival of metastatic gastric cancer: Significance of age, sex and race/ethnicity. *Journal of gastrointestinal oncology*. 2011;2(2):77-84.
3. Bornschein J, Tran-Nguyen T, Fernandez-Esparrach G, Ash S, Balaguer F, Bird-Lieberman EL, et al. Biopsy Sampling in Upper Gastrointestinal Endoscopy: A Survey from 10 Tertiary Referral Centres Across Europe. *Dig Dis*. 2021;39(3):179-89.
4. Shimodate Y, Mizuno M, Doi A, Nishimura N, Mouri H, Matsueda K, et al. Gastric superficial neoplasia: high miss rate but slow progression. *Endoscopy International Open*. 2017;05(08):E722-E6.
5. Yalamarthi S, Witherspoon P, McCole D, Auld C. Missed Diagnoses in Patients with Upper Gastrointestinal Cancers. *Endoscopy*. 2004;36(10):874-9.
6. Telford JJ, Enns RA. Editorial:Endoscopic Missed Rates of Upper Gastrointestinal Cancers: Parallels With Colonoscopy. 2010;105(6):1298-300.
7. Pimenta-Melo AR, Monteiro-Soares M, Libânio D, Dinis-Ribeiro M. Missing rate for gastric cancer during upper gastrointestinal endoscopy: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2016;28(9).
8. Waddingham W, Nieuwenburg SAV, Carlson S, Rodriguez-Justo M, Spaander M, Kuipers EJ, et al. Recent advances in the detection and management of early gastric cancer and its precursors. *Frontline Gastroenterology*. 2021;12(4):322-31.
9. Gado A, Ebeid B. Gastric cancer missed at endoscopy. *Alexandria Journal of Medicine*. 2013;49(1):25-7.
10. Moon HS. Improving the Endoscopic Detection Rate in Patients with Early Gastric Cancer. *Clinical Endoscopy*. 2015;48(4):291.
11. Sekiguchi M, Oda I. High miss rate for gastric superficial cancers at endoscopy: what is necessary for gastric cancer screening and surveillance using endoscopy? *Endoscopy International Open*. 2017;05(08):E727-E8.
12. Pimentel-Nunes P, Libânio D, Marcos-Pinto R, Areia M, Leja M, Esposito G, et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Port. *Endoscopy*. 2019;51(04):365-88.
13. Banks M, Graham D, Jansen M, Gotoda T, Coda S, Di Pietro M, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric adenocarcinoma. *Gut*. 2019;68(9):1545-75.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN HẬU COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM TRÍ SÀI GÒN

*Phan Vương Khắc Thái, Nguyễn Văn Bắc,  
Vũ Văn Nam, Lê Ngọc Hùng,  
Nguyễn Ngọc Huân, Cao Hùng Phú,  
Nguyễn Hữu Tùng\* và cs  
\*Bệnh viện Tâm Trí Sài Gòn*

### Tóm tắt

**Mở đầu:** Trong khi các triệu chứng COVID-19 là cấp tính và đa số bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, bệnh nhân hậu COVID-19 vẫn còn các triệu chứng kéo dài, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống chiếm tỉ lệ đáng kể. Nghiên cứu này tổng hợp và phân tích các trường hợp hậu COVID-19 đến khám tại phòng khám Bệnh viện Đa khoa Tâm trí Sài Gòn trong thời gian sáu tháng.

**Phương pháp:** Hồi cứu mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân thỏa điều kiện được đưa vào nghiên cứu. Các yếu tố về dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng cũng như mối tương quan giữa các yếu tố trên với tổn thương trên phim X-quang ngực nghi do hậu COVID-19 được ghi nhận và phân tích.

**Kết quả:** Từ tháng 10/2021 đến tháng 3/2022, có 163 ca thỏa điều kiện đưa vào nghiên cứu. 74,8% (122/163) bệnh nhân có triệu chứng mệt, 55,2% (90/163) khó thở, 49,7% (81/163) đau ngực, 47,2% (77/163) ho khan và 43,6% (71/163) rối loạn tập trung. Tuổi cao và giá trị CRP cao là hai yếu tố liên quan đến nhóm có tổn thương trên X-quang ngực nghi do hậu COVID-19 với trị số p lần lượt là 0,0065 và 0,01.

**Kết luận:** Các triệu chứng xuất hiện đa dạng và chiếm tỉ lệ đáng kể ở bệnh nhân hậu COVID-19. Điều trị, theo dõi và xử trí sớm các di chứng nặng là cần thiết trên nhóm những bệnh nhân này.

### MỞ ĐẦU

Những báo cáo đầu tiên về một loại virus hô hấp mới và sau đó khẳng định là do một loại Coronavirus, Coronavirus 2 gây hội chứng hô hấp cấp nặng (SARS-CoV-2 : Severe Acute Respiratory Syndrome- CoronaVirus-2) bùng nổ tại Wuhan, Trung Quốc vào tháng 12 năm 2019 [1]. Đây là loại virus có tính chất lan truyền nhanh và ngày 11 tháng 3 năm 2020, Tổ Chức Y Tế Thế Giới đã tuyên bố bệnh Coronavirus 2019 (COVID-19) là đại dịch toàn cầu [2]. Bệnh đã lan ra trên khắp thế giới bao gồm cả Việt Nam. Đến tháng 4 năm 2022, có gần 496 triệu ca nhiễm với trên 6 triệu ca tử vong trên khắp thế giới [3]. Ca đầu tiên được ghi nhận ở Việt nam vào ngày 23 tháng 01 năm 2020 [4]. Từ đó đến nay số ca ở Việt Nam ngày càng tăng.

Bệnh nhân bị COVID-19 cấp biểu hiện triệu chứng rất đa dạng từ các triệu chứng hô hấp nhẹ đến viêm phổi nặng cần phải thông khí cơ học và cuối cùng tiến triển đến hội chứng suy hô hấp cấp hay suy đa cơ quan. Không may thay, cuộc chiến chống lại COVID-19 có vẻ chưa kết thúc với việc chẩn đoán và điều trị đợt cấp của bệnh. Nhiều nghiên cứu cho thấy các triệu chứng sau đợt cấp còn kéo dài trong số 40-90% bệnh nhân; tạo nên hội chứng được gọi là “ hậu COVID-19” [5].

COVID-19 là một bệnh mới nên gần đây có nhiều định nghĩa chưa thống nhất nhau về triệu chứng hậu COVID-19. Theo Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát dịch bệnh Hoa kỳ (CDC), tình trạng hậu COVID-19 được định nghĩa như là một danh từ chung về hậu quả sức khỏe thực thể và tâm thần xảy ra ở bệnh nhân sau nhiễm COVID-19 bốn tuần hay hơn bao gồm ở cả bệnh nhân nhiễm ở giai đoạn cấp nhẹ hay không triệu chứng [6]. Tổ Chức Y Tế Thế Giới định nghĩa hậu COVID-19 là tình trạng xảy ra ở người có tiền căn nhiễm SARS-CoV-2 khẳng định hay có khả năng, thường là 3 tháng từ khi khởi phát triệu chứng và kéo dài ít nhất 2 tháng mà không giải thích được bằng các chẩn đoán khác [7]. Ngoài ra, tác giả Becker và cộng sự còn chia hội chứng COVID kéo dài làm 5 loại dựa trên các triệu chứng ban đầu, thời gian khởi phát, thời gian có các triệu chứng và giai đoạn yên lặng [8].

Bệnh nhân với tình trạng hậu COVID-19 tiếp tục có một hay nhiều triệu chứng. Một nghiên cứu hệ thống và phân tích gộp cho thấy có khoảng 55 triệu chứng ảnh hưởng kéo dài từ 14 ngày đến 110 ngày sau COVID-19 và khoảng 80% các bệnh nhân sau nhiễm COVID-19 có ít nhất một hay nhiều triệu chứng đó [9]. Tổn thương cơ quan thường gặp nhất

là phổi và xơ phổi là di chứng nguy hiểm cần được phát hiện sớm và điều trị<sup>[10]</sup>. Nghiên cứu này được thực hiện để đánh giá các triệu chứng lâm sàng và một số xét nghiệm cận lâm sàng ở bệnh

nhân hậu COVID-19 đến khám tại phòng khám bệnh viện cũng như khảo sát một số yếu tố nguy cơ dẫn đến tổn thương phổi ở những bệnh nhân này.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu hồi cứu cắt ngang được thực hiện tại Phòng khám Hô hấp, khu Phòng khám Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Sài Gòn- bệnh viện đa khoa hạng 3 với khoảng 100 giường tọa lạc tại Quận 12 Thành phố Hồ Chí Minh.

### Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân đến khám tại phòng khám hô hấp với chẩn đoán ban đầu là hậu COVID-19 từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 3 năm 2022 (6 tháng) đều được đưa vào sàng lọc nghiên cứu. Các bệnh nhân này trước đây đã được chẩn đoán là nhiễm SARS-CoV-2 bằng xét nghiệm test nhanh hay RT-PCR-SARS-CoV-2. Bệnh nhân đến khám không có triệu chứng và bệnh nhân đến khám với thời gian từ lúc khởi bệnh COVID-19 đến lúc khám dưới 30 ngày được loại ra khỏi nghiên cứu này.

### Phác thảo nghiên cứu

Các yếu tố nhân khẩu học (như giới, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chỉ số BMI), các bệnh đồng mắc đi kèm, các triệu chứng lâm sàng, thời gian bệnh và một số các xét nghiệm cận lâm sàng (như công thức máu, SGOT/SGPT, bilirubin TP/TT, glucose, C-reactive protein (CRP), x quang (X-quang) ngực thẳng, CT scan ngực nếu có) đều được ghi nhận và phân tích.

### Đánh giá X-quang ngực thẳng

Đối với mỗi bệnh nhân, đánh giá X-quang ngực thẳng dùng hệ thống 18 điểm (18-points score system). Ở mỗi X-quang ngực thẳng, mỗi phổi được chia làm 3 phần bằng nhau: trên, giữa và dưới với tổng cộng là 6 vùng. Điểm (từ 0 đến 3) được đánh giá ở mỗi vùng dựa trên bất thường phổi phát hiện trên phim như sau: 0 không có bất thường, 1 thâm nhiễm mô kẽ (định nghĩa là dày

vách và mờ khu trú hay lan tỏa), 2 thâm nhiễm mô kẽ và phế nang (thâm nhiễm mô kẽ chiếm ưu thế), 3 thâm nhiễm mô kẽ và phế nang (thâm nhiễm phế nang chiếm ưu thế). Điểm cuối cùng khi đánh giá thay đổi từ 0 đến 18<sup>[11]</sup>.

Tổn thương trên X-quang ngực được chia làm 2 nhóm: nhóm 1 bình thường, không thấy tổn thương hay có tổn thương không liên quan với tổn thương dạng viêm và/hay xơ do SARS-CoV-2 (0 điểm) và nhóm 2 tổn thương dạng viêm và/hay xơ phù hợp với viêm phổi do SARS-CoV-2 (điểm  $\geq 1$ ). Đọc X-quang ngực được hai bác sĩ đọc và thống nhất với nhau. Các yếu tố như tuổi, giới, chỉ số BMI, bệnh đi kèm, thở oxy trong lúc bệnh COVID-19, giá trị CRP được so sánh trong hai nhóm này.

### Phân tích thống kê

Sử dụng phần mềm STATA. Các số liệu định tính được tính bằng con số và phần trăm. Các số liệu định lượng được trình bày như giá trị trung bình, trung vị, tứ phân vị, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất. So sánh biến định tính dùng kiểm định Chi-square test hay kiểm định Fisher test (có quá 20% trong số ô trong bảng có tần số mong đợi  $< 5$ ) và so sánh biến định lượng dùng phép kiểm t-test (nếu phân phối bình thường, so sánh hai nhóm) và Wilcoxon (nếu phân phối không bình thường, so sánh hai nhóm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### Vấn đề y đức

Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả. Các xét nghiệm phục vụ chẩn đoán và điều trị cũng như không thực hiện biện pháp xâm lấn ở bệnh nhân. Đề tài không vi phạm y đức. Đề tài đã trình hội đồng nghiên cứu Bệnh viện Tâm Trí Sài Gòn.

## KẾT QUẢ

Trong vòng 6 tháng, từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 3 năm 2022 có tổng cộng 237 bệnh nhân đến khám tại phòng khám với chẩn đoán ban đầu là hậu COVID. Trong 237 ca này có 21 ca không có triệu chứng và 53 ca có thời gian từ khi bị COVID-19 đến khi đến khám tại bệnh viện dưới 30 ngày

được loại khỏi nghiên cứu. Vì vậy có tổng cộng 163 ca được cho là hậu COVID-19 đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 40 tuổi (nhỏ nhất là 17 và lớn nhất là 76). Có 89 nữ và 74 nam với tỷ lệ nữ: nam là 1,2. Về nghề nghiệp lao động chân tay chiếm 57,7% (94/163), lao động trí óc 16,6%

(27/163), về hưu/nội trợ 17,8% (29/163) và không nghề nghiệp chiếm 7,9% (13/163). Đa số cư ngụ tại Thành phố Hồ Chí Minh 92,6% (151/163), các tỉnh 7,4% (12/163). Quận 12, Hóc môn và Bình Chánh là 3 quận chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các bệnh nhân cư ngụ tại Thành phố Hồ Chí Minh với tỷ lệ lần lượt là 37,1% (56/151), 27,2% (41/151), và 7,9% (12/151). Các đặc tính nhân khẩu học được trình bày trong Bảng 1.

**Bảng 1:** Các đặc tính dịch tễ học trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc tính	Trị số trung bình (+/- độ lệch chuẩn hay tứ phân vị) hay N (%)
<b>Tuổi</b>	39,6 (+/- 12,3)
<b>Giới nữ</b>	89 (54,6%)
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	22,4 (+/- 3,1)
<b>Hút thuốc</b>	32 (19,6)
<b>Bệnh đi kèm</b>	28 (17,2)
<b>Thở Oxy trong giai đoạn COVID-19</b>	7 (4,3)
<b>Nghề nghiệp</b>	
Lao động chân tay	94 (57,7%)
Lao động trí óc	27 (16,6%)
Về hưu / nội trợ	29 (17,8%)
Không nghề nghiệp	13 (7,9%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>163 (100%)</b>
<b>Địa chỉ</b>	
Tỉnh	12 (7,4%)
TP. Hồ Chí Minh	151 (92,6%)
Q12	56 (37,1%)
Hóc Môn	41 (27,2%)
Bình Chánh	12 (7,9%)
Các quận khác	42 (27,8%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>163 (100%)</b>

Thời gian trung bình từ khi bị COVID-19 đến khi khám bệnh là 83 ngày, thời gian bệnh trung bình là 44 ngày. Bệnh nhân có các bệnh lý đi kèm như sau: tăng huyết áp (12,3%), đái tháo đường (4,9%), bệnh thận mạn (4,3%), hen phế quản (1,2%). Tỷ lệ hút thuốc lá chiếm 19,6% số bệnh nhân nghiên cứu. Số bệnh nhân phải thở oxy trong thời gian bị COVID-19 là 7 chiếm tỷ lệ 4,3%. Có khoảng 25 triệu chứng than phiền từ các bệnh nhân trong đó các triệu chứng thường gặp nhất là mệt (74,8%), khó thở (55,2%), đau ngực (49,7%), ho khan (47,2%) và rối loạn tập trung (43,6%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp được trình bày chi tiết trong bảng 2. Ngoài ra còn có các triệu

chứng khác như: đau lưng, nghẹt mũi, tê lưỡi, chán ăn, khàn giọng, run tay chân, chóng mặt, khô khè, đau đầu, mất mùi vị, hôi hóp và ù tai.

**Bảng 2:** Các triệu chứng lâm sàng hậu COVID-19 của các bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	Số lượng	Phần trăm (%)
Ho khan	77	47,2
Ho đàm	42	25,8
Khó thở	90	55,2
Đau ngực	81	49,7
Mệt	122	74,8
Sốt	13	7,9
Lo âu	50	30,7
Nhức đầu	66	40,5
Đau họng	43	26,4
Rối loạn tập trung	71	43,6
Rụng tóc	56	34,3
Đau khớp	62	38
Mất ngủ	67	41,1

Đặc điểm một số xét nghiệm máu của bệnh nhân nghiên cứu được trình bày trong Bảng 3.

**Bảng 3:** Giá trị một số xét nghiệm máu của bệnh nhân nghiên cứu

Xét nghiệm	Số ca (N)	Trị số trung bình (+/- độ lệch chuẩn hay tứ phân vị)
Bạch cầu	110	8,9 +/- 2,8
Hb	110	13,8 +/- 1,6
Tiểu cầu	110	249,1 +/- 75,7
Glucose	107	5,4 [4,2-11,5]
SGOT	105	19,5 [12-50,3]
SGPT	105	18,1 [7,3-75,5]
Bilirubin TP	105	7,8 [3,9-14,5]
Creatinin	104	64,3 [45,1-98,4]
CRP	47	1,2 [0,4-11,8]

Về X-quang ngực thẳng, 163 ca nghiên cứu đều có chụp X-quang ngực thẳng. Tổn thương trên phim được chia làm 2 nhóm. Nhóm 1 không thấy tổn thương (0 điểm) hay bình thường và có những tổn thương mà không liên quan đến những tổn thương (mờ mờ kẽ/phế nang) liên quan với SARS-CoV-2 như tràn dịch màng phổi, xơ sẹo cũ do lao, dày dính màng phổi. Nhóm 2 bao gồm những bệnh nhân có tổn thương trên phim nghi do hậu COVID-19 như mờ mờ kẽ/phế nang ( $\geq 1$  điểm). Số liệu ghi nhận được trình bày trong bảng 4. Chỉ

có 11 ca được chụp CT scan ngực thẳng.

**Bảng 4:** Tổn thương nghi do hậu COVID-19 trên X-quang ngực thẳng

Kết quả	Số ca	Phần trăm (%)
Nhóm 1 (bình thường)	148	90,8
Nhóm 2 (có tổn thương nghi do hậu COVID-19)	15	9,2
Tổng cộng	163	100

Mối liên quan giữa các yếu tố như tuổi, giới, BMI, điều trị oxy trong giai đoạn COVID-19, các bệnh đồng mắc, tiền căn hút thuốc, giá trị CRP với tổn thương trên phim X-quang ngực nghi do hậu COVID đã được phân tích (bảng 5) trong đó nhóm có tổn thương trên X-quang ngực nghi do hậu COVID-19 có tuổi cao hơn (47 so với 39 với  $p=0,0065$ ) và giá trị CRP cao hơn (22,8 so với 2,8 với  $p=0,01$ ).

**Bảng 5:** Mối liên quan giữa một số yếu tố và tổn thương trên X-quang ngực thẳng nghi do hậu COVID-19

Yếu tố	Nhóm 2: có tổn thương trên X-quang ngực nghi do hậu COVID-19	Nhóm 1: không có tổn thương trên X-quang ngực nghi do hậu COVID-19	Trị số p
<b>Tuổi</b> (giá trị trung bình +/- độ lệch chuẩn)	47 +/- 12,6	38,8 +/- 11,9	0,0065*
<b>Giới (nữ/nam)</b>	9/6	80/68	0,65
<b>BMI</b>	22,7 +/- 2,7	22,3 +/- 3,2	0,67
<b>Điều trị Oxy trong giai đoạn COVID-19</b> (có / không)	2/13	5/143	0,13
<b>Các bệnh đồng mắc (có/không)</b>			
<b>Tăng huyết áp</b>	4/11	16/132	0,09
<b>Đái tháo đường</b>	0/15	8/140	0,45
<b>Bệnh thận mạn</b>	2/13	5/143	0,13
<b>Hen phế quản</b>	0/15	2/146	0,82
<b>Hút thuốc lá (có/ không)</b>	4/11	29/119	0,36
<b>Giá trị CRP</b>	22,8 [2,8-37,9]	2,8 [0,4-7,76]	0,01*

\*  $p < 0,05$

## BÀN LUẬN

Trong thời gian 6 tháng, có 237 bệnh nhân đến khám tại phòng khám liên quan đến hậu COVID19, trong đó có 163 trường hợp có đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu (68,8%) với tỷ lệ nam/nữ là 1,2. Một số nghiên cứu cho thấy nữ sau hồi phục COVID-19 dễ phát triển các triệu chứng hậu COVID-19 hơn nam<sup>[12]</sup>. Ngoài ra các yếu tố như tuổi già, béo phì, bệnh phổi tiềm ẩn, bệnh nặng trong giai đoạn COVID-19 cũng liên quan mạnh mẽ với hậu COVID-19<sup>[13]</sup>.

Có khoảng 25 triệu chứng ghi nhận được ở bệnh nhân trong đó mệt chiếm tỷ lệ cao nhất (74,8%). Điều này cũng phù hợp với một số nghiên cứu ở nước ngoài như của Salamanna và cộng sự cho

thấy mệt mãn tính rõ ràng là triệu chứng kéo dài thường gặp nhất<sup>[14]</sup>. Các nghiên cứu khác cho thấy mệt chiếm 46%<sup>[15]</sup>, 53,1%<sup>[16]</sup>. Nguyên nhân của mệt thì chưa rõ, nhiều nghiên cứu cho thấy virus làm thay đổi hệ miễn dịch, kích hoạt đáp ứng miễn dịch viêm. Do đó, có lẽ cần thiết nghiên cứu về hệ cytokin ở những người sống sót sau COVID-19 để xem liệu “cơn bão cytokine” xảy ra trong lúc bệnh vẫn còn và gây nên những bất thường kéo dài này<sup>[14,17]</sup>.

Khó thở là triệu chứng thường gặp thứ hai chiếm tỷ lệ 55,2%. Khó thở là triệu chứng hô hấp được báo cáo thường nhất. Các nghiên cứu cho thấy tần xuất khó thở thay đổi từ 5-81% sau nhập viện do

COVID-19<sup>[18,19]</sup> và 14% ở bệnh nhân không nhập viện do COVID-19 nhẹ<sup>[20]</sup>. Khó thở ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống<sup>[21]</sup> và tình trạng kinh tế xã hội, bởi vì nhiều bệnh nhân với hậu COVID-19 không thể trở lại làm việc sau 6 tháng bị COVID-19<sup>[22]</sup>. Cơ chế của khó thở sau COVID-19 do nhiều yếu tố, bao gồm di chứng nhu mô, khó thở chức năng, rối loạn tim mạch và suy giảm chức năng hệ cơ<sup>[19,23,24]</sup>. Khó thở cải thiện dần theo thời gian cho dù một số bệnh nhân có thể có khó thở dai dẳng kéo dài đến 1 năm<sup>[18]</sup>. Khó thở chức năng là một danh từ mô tả một nhóm rối loạn thở đưa đến khó thở và thường cùng với các triệu chứng không hô hấp mà không có bệnh cơ quan hô hấp<sup>[25]</sup>. Hội chứng tăng thông khí được nghiên cứu thường nhất từ rối loạn chức năng thở và hội chứng này ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống<sup>[26]</sup>. Sinh lý bệnh của khó thở chức năng sau COVID-19 không được hiểu biết rõ. Lo âu và trầm cảm thường gặp ở bệnh nhân này<sup>[27]</sup>. Một vài tác giả nhấn mạnh vai trò của chấn thương tâm lý. Những tác động tiêu cực của dịch lên kinh tế xã hội có ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và có thể khởi phát những rối loạn hô hấp chức năng. Ngoài ra, bởi vì các ACE2 (angiotensin-converting enzym 2) receptor của virus có trong nhân cuống não có liên quan đến điều hòa thông khí và cản trở trương lực hô hấp. Các dữ liệu liên quan với điều trị chưa đầy đủ. Điều trị khó thở chức năng bao gồm tập thở với chuyên gia vật lý trị liệu<sup>[28,29]</sup>.

Đau ngực chiếm tỷ lệ 49,7% trong nghiên cứu và là triệu chứng thường gặp thứ ba. Đau ngực cần phải loại trừ các nguyên nhân nguy hiểm như viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim, bệnh mạch vành, nhồi máu phổi, tràn khí màng phổi ở bệnh nhân sau COVID-19. Ngoài ra đau ngực do lo âu và đau cơ cũng có thể xảy ra. Theo các nghiên cứu nước ngoài đau ngực chiếm tỷ lệ 22% bệnh nhân sau 2 tháng bị COVID-19<sup>[30]</sup>. Đau ngực cũng được báo cáo trong 5% bệnh nhân sau 6 tháng trong một nghiên cứu ở Trung Quốc nhưng không đặc hiệu cho bất kỳ tổn thương nào<sup>[12]</sup>. Trong một nghiên cứu đoàn hệ 100 bệnh nhân, trong đó 17% bệnh nhân có đau ngực không điển hình 2-3 tháng sau nhiễm COVID-19 với hình ảnh học cho thấy ảnh hưởng tim tiếp diễn trong 78% bệnh nhân và dấu hiệu viêm cơ tim trong 60% bệnh nhân<sup>[31]</sup>. Nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu nhỏ báo cáo đánh giá MRI

tim của cơ tim ở bệnh nhân sau COVID-19 cho thấy có hiện tượng phù cơ tim, hoại tử và xơ có lẽ do viêm cơ tim trước đó. Gần 40% bất thường này không liên quan với thiếu máu cơ tim<sup>[32]</sup>.

Ho khan cũng là một triệu chứng thường gặp chiếm tỷ lệ 47,2% trong nghiên cứu của chúng tôi. Ho có thể kéo dài nhiều tuần hay nhiều tháng sau COVID-19 và được báo cáo từ 2-42% bệnh nhân<sup>[21,22,34,35,36]</sup>. Như khó thở, ho cũng làm thay đổi chất lượng cuộc sống<sup>[21]</sup>. Ho sau COVID-19 được giả thiết là do hoạt hóa thần kinh cảm giác phế vị (thần kinh số X) dẫn đến tình trạng tăng nhạy cảm ho và hiện tượng viêm thần kinh trong não<sup>[35]</sup>.

Trong giai đoạn hậu COVID-19, vấn đề di chứng thần kinh đã được chú ý. Ngoài việc suy yếu hệ thần kinh trung ương dai dẳng ở bệnh nhân với choáng hay bệnh não trong giai đoạn cấp, bằng chứng rối loạn nhận thức ở bệnh nhân không có bệnh lý thần kinh trong giai đoạn cấp và/hay với hình ảnh học não bình thường đang tăng lên. Thật sự, những phân nân về nhận thức đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu 4-5 tháng sau nhiễm COVID-19 với việc dùng những bộ câu hỏi. Khi đánh giá về rối loạn nhận thức khách quan, suy giảm về thực hiện các động tác gặp trong 15-40% bệnh nhân. Các triệu chứng thần kinh và rối loạn nhận thức có thể do tổn thương thần kinh trung ương do virus hay/và biểu hiện hệ thống không ở hệ thần kinh trung ương như thiếu oxy hay viêm<sup>[37-41]</sup>. Triệu chứng rối loạn tập trung hay quên chiếm 43,6% trong nghiên cứu này.

Trong 163 bệnh nhân nghiên cứu có chụp X-quang ngực thẳng, chúng ta thấy có 15 bệnh nhân có tổn thương trên phim chiếm tỷ lệ 9,2%. Chỉ có 11 ca được chụp CT scan ngực trong nghiên cứu này. Nhiều tác giả đã đồng ý dùng X-quang ngực theo dõi bệnh nhân sau COVID-19 vì X-quang ngực là phương pháp nhanh, dùng rộng rãi và ít tia. Nó là phương pháp hữu hiệu khách quan đầu tiên để quyết định có tiến hành phương pháp chẩn đoán cao hơn như CT scan hay không và bệnh nhân nào cần theo dõi sát hơn<sup>[11,42]</sup>. Tuy nhiên rõ ràng là CT scan ngực độ phân giải cao là thăm khám được ưa chuộng dùng để chẩn đoán và phân loại những di chứng hậu COVID trên X-quang ngực<sup>[43]</sup>.

Các yếu tố như tuổi, giới, chỉ số BMI, bệnh đi kèm, thở oxy trong lúc bệnh COVID-19, giá trị



CRP được so sánh trong hai nhóm có tổn thương và không tổn thương trên X-quang ngực trong nghiên cứu này và kết quả cho thấy tuổi và giá trị CRP trong nhóm có tổn thương cao hơn trong nhóm không có tổn thương trên phim X-quang ngực thẳng với chỉ số p lần lượt là 0,0065 và 0,01 (Bảng 5).

Giả thiết rằng bệnh nhân bị COVID-19 nặng cần nhiều thời gian hơn để hồi phục vì vậy trong giai đoạn hậu COVID-19 còn thấy tổn thương trên X-quang ngực. Tuổi già là một yếu tố độc lập cho nhiễm COVID-19 nặng. Theo Del Sole và cộng sự, bệnh nhân nhiễm SARS-CoV-2 nặng/ phức tạp có tuổi trung bình cao hơn so với những người bị COVID-19 nhẹ<sup>[44]</sup>. Ngoài ra tuổi già có thể giảm sự hồi phục sinh lý phổi và trì hoãn những can thiệp phục hồi chức năng đưa đến kết quả là còn tổn thương phổi sau nhiễm COVID-19<sup>[45]</sup>.

Các dấu hiệu gây viêm như CRP vẫn còn tăng dai dẳng sau COVID-19 cho thấy đáp ứng viêm hệ thống vẫn còn<sup>[9,46,47]</sup>. Viêm cấp tính thì mạnh, ngắn và đưa đến sửa chữa mô, còn viêm mức độ nhẹ (low- grade inflammation: LGI) thì dai dẳng, không mạnh và dẫn đến tổn thương đi kèm<sup>[48]</sup>. LGI điển hình bị kích hoạt bởi các phân tử liên quan với tổn thương (damage-associated molecular patterns: DAMPs) mà các phân tử này được phân giải từ các tế bào hay mô bị tổn thương như các tín hiệu gây nguy hại nội sinh, báo động

hệ miễn dịch về hiện tượng chết tế bào không theo chương trình, hiện tượng xâm lấn vi sinh vật gây bệnh và trong đáp ứng với stress<sup>[49]</sup>. Nhiễm COVID-19 có thể gây ra sự phân giải DAMPs và do đó có thể kích hoạt LGI, các triệu chứng của hậu COVID tương ứng với các triệu chứng của LGI và các nghiên cứu cho thấy giá trị CRP tăng trong bệnh nhân với hậu COVID-19<sup>[50,51]</sup>.

Giới hạn của đề tài này vì đây là nghiên cứu hồi cứu nên nhiều xét nghiệm cần thiết chưa đầy đủ. Số ca chụp CT scan ngực còn thấp nên không đánh giá và phân loại tổn thương trên X-quang ngực được. Một số đánh giá triệu chứng dựa vào chủ quan của bệnh nhân mà không dựa vào những bằng câu hỏi cụ thể.

### KẾT LUẬN

Một tỷ lệ đáng kể các triệu chứng xuất hiện ở bệnh nhân hậu COVID-19 trong đó các triệu chứng thường gặp nhất là mệt, khó thở, đau ngực, ho và rối loạn tập trung. Tổn thương còn trên X-quang ngực nghĩ do hậu COVID-19 chiếm tỷ lệ 9,2%. Tuổi lớn và giá trị CRP cao là hai yếu tố liên quan với tổn thương trên X-quang ngực sau COVID-19. Mặc dù còn nhiều hạn chế, nghiên cứu cũng cho chúng ta một cái nhìn tổng thể về bệnh nhân hậu COVID-19 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Tâm Trí Sài. Từ đó giúp hoạch định một chương trình điều trị, theo dõi và xử trí sớm những di chứng nặng ở các bệnh nhân hậu COVID-19.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020;382:727-33.
2. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19%2D%2D-11-march-2020> (Accessed August 2021).
3. WHO. Weekly epidemiological update on COVID-19-12 April 2022. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---12-april-2022>.
4. Quang Van Nguyen, Dung Anh Cao, Son Hong Nghiem. Spred of COVID-19 and policy responses in Vietnam: an overview. *International Journal of Infectious Diseases* 103 (2021) 157-161.
5. Wang X, Xu H, Jiang H, Wang L, Lu C, Wei X, Liu J, Xu S (2020). Clinical features and outcomes of discharged coronavirus disease 2019 patients: a prospective cohort study. *QJM Mon J Assoc Physicians* 113:657-665.
6. CDC. Evaluating and Caring for Patients with Post-COVID Conditions: Interim Guidance 2021. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-index.html>.
7. WHO. WHO releases first Official Long COVID Definition. <https://www.verywellhealth.com/who-long-covid-definition-5207010>.
8. Becker RC (2021). COVID-19 and its sequelae: a platform for optimal patient care, discovery, and training. *J Thromb Thrombolysis* 51(3): 587-594.
9. Sandra Lopez-Leon, Talia Wegman-Ostrosky, Carol Perelman, Rosalinda Sepulveda, Paulina A. Rebolledo, Angelica Cuapio & Sonia Villapol. More than 50 long- term effects of COVID-119: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports* (2021) 11: 16144.

<https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>.

10. Zarir F Udwadia, Parvaiz A Koul, Luca Richeldi. Post COVID lung fibrosis: The tsunami that will follow the earthquake. *Lung India* 2021 Mar, 38 (Supplement): S41-S47.
11. M. Fogante, E. Cavagna, G. Rinaldi. COVID-19 follow-up: Chest X-ray findings with clinical and radiological relationship three months after recovery. *Radiography* 28 (2022) 531-536.
12. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, Kang L, Guo L, Liu M, Zhou X, Luo J, Huang Z, Tu S, Zhao Y, Chen L, Xu D, Li Y, Li C, Peng L, Li Y, Xie W, Cui D, Shang L, Fan G, Xu J, Wang G, Wang Y, Zhong J, Wang C, Wang J, Zhang D, Cao B. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 2021 Jan 16;397(10270):220-232.
13. Halpin S, O'Connor R, Sivan M. Long COVID and chronic COVID syndromes. *J Med Virol*. 2021 Mar;93(3):1242-1243.
14. Salamanna F, Veronesi F, Martini L, Landini MP, Fini M (2021) Post COVID-19 syndrome: the persistent symptoms at the post-viral stage of the disease. A Systematic Review of the Current Data. *Front Med (Lausanne)* 4(8):653516.
15. Mahmud R, Rahman M, Rassel MA, Monayem FB, Sayeed SJB, Islam MS, Islam MM (2021) Post COVID syndrome among symptomatic COVID-19 patients: a prospective study in a Tertiary Care Center in Bangladesh. *PLoS One* 16(4):e0249644.
16. Carfi A, Bernabei R, Landi F (2020). Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA*. 324(6):603–660 pmid:32644129.
17. Moldofsky H, Patcai J (2011). Chronic widespread musculoskeletal pain, fatigue, depression and disordered sleep in chronic post-SARS syndrome: a case-controlled study. *BMC Neurol* 11:1–7 Pmid: 21208452.
18. Wu X, Liu X, Zhou Y, et al. 3-month, 6-month, 9-month, and 12-month respiratory outcomes in patients following COVID-19-related hospitalisation: a prospective study. *Lancet Respir Med* 2021; 9: 747–754.
19. Bellan M, Soddu D, Balbo PE, et al. Respiratory and psychophysical sequelae among patients with COVID-19 four months after hospital discharge. *JAMA Netw Open* 2021; 4: e2036142.
20. Augustin M, Schommers P, Stecher M, et al. Post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. *Lancet Reg Health Eur* 2021; 6: 100122.
21. Jacobs LG, Gourna Paleoudis E, Lesky-Di Bari D, et al. Persistence of symptoms and quality of life at 35 days after hospitalization for COVID-19 infection. *PLoS One* 2020; 15: e0243882.
22. Ghosn J, Piroth L, Epaulard O, et al. Persistent COVID-19 symptoms are highly prevalent 6 months after hospitalization: results from a large prospective cohort. *Clin Microbiol Infect* 2021; 27: 1041.e1–1041.e4.
23. Debeaumont D, Boujibar F, Ferrand-Devouge E, et al. Cardiopulmonary exercise testing to assess persistent symptoms at 6 months in people with COVID-19 who survived hospitalization: a pilot study. *Phys Ther* 2021; 101: pzab099.
24. Mohr A, Dannerbeck L, Lange TJ, et al. Cardiopulmonary exercise pattern in patients with persistent dyspnoea after recovery from COVID-19. *Multidiscip Respir Med* 2021; 16: 732.
25. Boulding R, Stacey R, Niven R, et al. Dysfunctional breathing: a review of the literature and proposal for classification. *Eur Respir Rev* 2016; 25: 287–294.
26. Chenivesse C, Similowski T, Bautin N, et al. Severely impaired health-related quality of life in chronic hyperventilation patients: exploratory data. *Respir Med* 2014; 108: 517–523
27. Howell JB. The hyperventilation syndrome: a syndrome under threat? *Thorax* 1997; 52: Suppl. 3, S30–S34.
28. Baig AM, Khaleeq A, Ali U, et al. Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS: tissue distribution, host–virus interaction, and proposed neurotropic mechanisms. *ACS Chem Neurosci* 2020; 11: 995–998.
29. Jones M, Harvey A, Marston L, et al. Breathing exercises for dysfunctional breathing/hyperventilation syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 5: CD009041.
30. A. Pavli, M. Theodoridou and H. Maltezou, “Post-COVID syndrome: Incidence, clinical spectrum, and challenges for primary healthcare professionals,” *Vols. S0188-4409*, no. 21, 2021.
31. V. Puntmann, M. Careri, I. Wieters, M. Fahim, C. Arendt, J. Hoffmann, A. Shchendrygina, F. Escher, M. Vasa-Nicotera, A. Zeiher, M. Vehreschild and E. Nagel, “Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID -19),” *JAMA Cardiology*, vol. 1:5, no. 11, pp. 1265-1273, 2020.
32. Knight DS, Kotecha T, Razvi Y, et al. COVID-19: myocardial injury in survivors. *Circulation* 2020; 142: 1120–1122.
33. Zhao Y-M, Shang Y-M, Song W-B, et al. Follow-up study of the pulmonary function and related physiological characteristics of COVID-19 survivors three months after recovery. *EClinicalMedicine* 2020; 25: 100463.
34. Shah AS, Wong AW, Hague CJ, et al. A prospective study of 12-week respiratory outcomes in COVID-19-related hospitalisations. *Thorax* 2021; 76: 402–404
35. Song W-J, Hui CKM, Hull JH, et al. Confronting COVID-19-associated cough and the post-COVID syndrome: role of viral neurotropism, neuroinflammation, and neuroimmune responses. *Lancet Respir Med* 2021; 9: 533–544.

36. Fernández-de-Las-Peñas C, Guijarro C, Plaza-Canteli S, et al. Prevalence of post-COVID-19 cough one year after SARS-CoV-2 infection: a multicenter study. *Lung* 2021; 199: 249–253.
37. Van den Borst B, Peters JB, Brink M, et al. Comprehensive health assessment three months after recovery from acute COVID-19. *Clin Infect Dis* 2020; 73: e1089–e1098.
38. Woo MS, Malsy J, Pöttgen J, et al. Frequent neurocognitive deficits after recovery from mild COVID-19. *Brain Commun* 2020; 2: fcaa205.
39. Almeria M, Cejudo JC, Sotoca J, et al. Cognitive profile following COVID-19 infection: clinical predictors leading to neuropsychological impairment. *Brain Behav Immun Health* 2020; 9: 100163.
40. Soldati AB, Almeida C, Lima M, et al. Telephone Screening of Cognitive Status (TICS) in severe COVID-19 patients: utility in the era of social isolation. *eNeurologicalSci* 2021; 22: 100322.
41. Zhou J, Liu C, Sun Y, et al. Cognitive disorders associated with hospitalization of COVID-19: results from an observational cohort study. *Brain Behav Immun* 2021; 91: 383–392.
42. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Brozek J, Crothers K, Cooley L, et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. An official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Disease Society of America. *Am J Respir Crit Care Med* 2019;200:e45-67.
43. Rubin GD, Ryerson CJ, Haramati LB, et al. The role of chest imaging in patient management during the COVID-19 pandemic: a multinational consensus statement from the Fleischner Society. *Radiology* 2020; 296: 172–180.
44. Del Sole F, Farcomeni A, Loffredo L, Carnevale R, Menichelli D, Vicario T, et al. Features of severe COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Invest* 2020 Aug 9:e13378. <https://doi.org/10.1111/eci.13378>.
45. Belli S, Balbi B, Prince I, Cattaneo D, Masocco F, Zaccaria S, et al. Low physical functioning and impaired performance of activities of daily life in COVID-19 patients who survived the hospitalisation. *Eur Respir J* 2020 Aug 6:2002096. <https://doi.org/10.1183/13993003.02096-2020>.
46. Mandal S, Barnett J, Brill SE, et al.(2020) 'Long-COVID': a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalisation for COVID-19. *Thorax*. Nov: thoraxjnl-2020-215818. Published online 2020 Nov 10. doi: <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-215818>
47. Mohammed Ali Gameil, Rehab Elsayed Marzouk, Ahmed Hassan Elsebaie, Salah Eldeen Rozaik. Long-term clinical and biochemical residue after COVID-19 recovery. *Egyptian Liver Journal* (2021) 11:74.
48. Furman D, Campisi J, Verdin E, et al. . Chronic inflammation in the etiology of disease across the life span. *Nat Med*. 2019;25(12):1822–1832.
49. Tang D, Kang R, Coyne CB, et al. . PAMPs and DAMPs: signals that spur autophagy and immunity. *Immunol Rev*. 2012;249(1):158–175.
50. Shenoy S. Coronavirus (covid-19) sepsis: revisiting mitochondrial dysfunction in pathogenesis, aging, inflammation, and mortality. *Inflamm Res*. 2020;69(11):1077–1085.
51. Cicco S, Cicco G, Racanelli V, et al. . Neutrophil Extracellular Traps (NETs) and Damage-Associated Molecular Patterns (DAMPs): two potential targets for COVID-19 treatment. *Mediators Inflamm*. 2020;2020:7527953.

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM DỊ HÌNH VÁCH NGĂN Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC KHÁM NỘI SOI TAI MŨI HỌNG TẠI BỆNH VIỆN TÂM TRÍ ĐÀ NẴNG

BS Lê Phú Trà My\*, BS Hà Thúc Trinh\*

\*Bệnh viện Tâm Trí Đà Nẵng

**Đặt vấn đề:** Đề tài nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng của dị hình vách ngăn và mối liên quan giữa dị hình vách ngăn với viêm mũi xoang mạn tính ở bệnh nhân được phát hiện dị hình vách ngăn qua nội soi.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 122 bệnh nhân được chẩn đoán dị hình vách ngăn qua nội soi tai mũi họng tại Bệnh viện Tâm Trí Đà Nẵng, bằng phương pháp nghiên cứu cắt ngang, mô tả.

**Kết quả:** Nam chiếm tỷ lệ 54,9%, nữ 45,1%. Độ tuổi trung bình là  $39,9 \pm 14,6$ . Nghẹt mũi là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,7%. Vị trí của dị hình vách ngăn chủ yếu ở phần thấp chiếm 86,9%. Vị trí dị hình theo phân loại Cottle chủ yếu là vùng IV, tỷ lệ 70,5%. Hình thái dị hình thường gặp nhất là mào 27%, gai 26,2% và vẹo chữ C 23,0%. Nội soi cho thấy điểm tiếp xúc ở 18% bệnh nhân dị hình vách ngăn và phát hiện 22% bệnh nhân dị hình vách ngăn có bất thường vách mũi xoang khác. Vị trí dị hình vách ngăn có liên quan đến mức độ viêm mũi xoang mạn tính với  $p < 0,05$ .

**Kết luận:** Nội soi mũi không những khảo sát tốt hình thái, vị trí của dị hình vách ngăn, mà còn khảo sát tốt các đặc điểm về bất thường vách mũi xoang, cung cấp nhiều dữ kiện cho phẫu thuật viên trong phẫu thuật mũi xoang nói chung và chỉnh hình vách ngăn nói riêng.

**Từ khóa:** Nội soi, dị hình vách ngăn.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi đóng một vai trò hết sức quan trọng trong quá trình hô hấp, đó không chỉ là cửa ngõ giúp đưa không khí vào phổi, mà còn là hàng rào bảo vệ đầu tiên của cơ thể với chức năng làm ẩm, làm ấm và lọc sạch không khí. Ngoài ra, thông qua phản xạ hắt hơi, mũi bảo vệ cơ thể bằng cách ngăn cản vật lạ xâm nhập đường hô hấp<sup>[2]</sup>.

Dị hình vách ngăn là phổ biến, nhưng thường không có triệu chứng<sup>[8]</sup>. Nếu dị hình vách ngăn mà không có triệu chứng chức năng như nghẹt mũi hay nhức đầu thì không cần điều trị<sup>[4]</sup>. Chỉ khi dị hình vách ngăn ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, khứ giác, dẫn lưu xoang, biểu hiện trên lâm sàng như đau đầu, nghẹt mũi, chảy mũi, ngủ kém... thì mới xem là dị hình vách ngăn cần điều trị.

Tỷ lệ dị hình vách ngăn dao động từ 18,8% đến 75,1% tùy theo nghiên cứu<sup>[7]</sup>. Nguyên nhân của dị hình vách ngăn là đa dạng và có thể tóm tắt bởi 2 nguyên nhân chính là bẩm sinh hoặc do chấn thương. Nhiều nghiên cứu đã được thực hiện để giải thích căn nguyên của dị hình vách ngăn ở

những bệnh nhân không có tiền sử chấn thương mũi và nhiều giả thuyết được đề xuất.

Nội soi mũi xoang hiện tại đang ngày càng được sử dụng nhiều trong khảo sát các bệnh lý mũi xoang, tác động lớn đến khảo sát hình ảnh và gia tăng năng lực chẩn đoán của thầy thuốc về tình trạng cấu trúc của các thành phần trong hốc mũi, trong đó có dị hình vách ngăn.

Bệnh viện Tâm Trí Đà Nẵng đã áp dụng kỹ thuật nội soi trong khám mũi xoang trong thời gian dài, đem lại nhiều chẩn đoán chính xác, nhất là việc xác định rõ dị hình vách ngăn. Tuy nhiên đến nay chưa có nghiên cứu nào được thực hiện về dị hình vách ngăn tại bệnh viện. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm dị hình vách ngăn ở bệnh nhân được khám nội soi tai mũi họng tại Bệnh viện Tâm Trí Đà Nẵng” với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có dị hình vách ngăn
2. Khảo sát mối liên quan giữa dị hình vách ngăn với viêm mũi xoang mạn tính

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 122 bệnh nhân được chẩn đoán dị hình vách ngăn qua nội soi tai mũi họng tại Bệnh viện Tâm Trí Đà Nẵng, từ 01/02/2022 đến 30/04/2022.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu cắt ngang, mô tả.

cứ cắt ngang, mô tả.

**2.2.2. Phương tiện nghiên cứu:** Bộ dụng cụ khám TMH, bộ dụng cụ nội soi mũi xoang.

### 2.2.3. Các chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Giới, tuổi, nghề nghiệp, địa dư, lý do chính đến khám

- Đặc điểm lâm sàng: Nghẹt mũi, đau nhức đầu mắt, chảy mũi, hắt hơi, ngửi kém, các biến chứng có thể có của dị hình vách ngăn bao gồm đau họng, ù tai, chảy máu mũi, suy nhược thần kinh.

- Triệu chứng thực thể của dị hình vách ngăn: Hình thái dị hình, vị trí dị hình, phân vùng dị hình theo Cottle, mức độ dị hình vách ngăn, điểm tiếp xúc giữa phần vách ngăn dị hình và cuốn mũi, bất thường vách mũi xoang nếu có, phân độ viêm mũi xoang mạn tính qua nội soi.

**2.2.4. Xử lý số liệu:** Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm toán thống kê Epidata 4.6.0.2. SPSS 20.0, Excel 2007.

**3. KẾT QUẢ**

Qua nghiên cứu 122 bệnh nhân được chẩn đoán dị hình vách ngăn qua nội soi tai mũi họng tại Bệnh viện Tâm Trí Đà Nẵng, chúng tôi thu được một số kết quả như sau:

**3.1. Đặc điểm lâm sàng của dị hình vách ngăn**

**3.1.1. Đặc điểm chung**

**3.1.1.1. Giới**

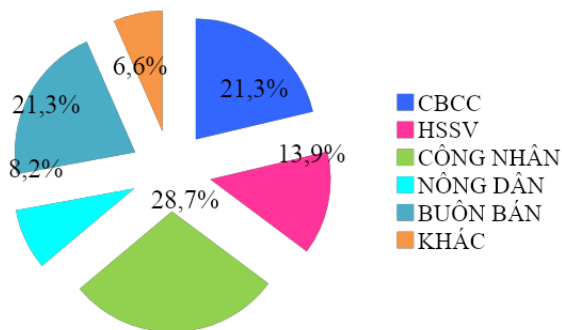
Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 54,9% (67/122), nữ chiếm tỷ lệ 45,1% (55/122).

**3.1.1.2. Tuổi**

- Nhóm tuổi từ 31 – 45 chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,5% (47/122).

- Tuổi trung bình là 39,9 ± 14,6, nhỏ nhất 16 tuổi, cao nhất 93 tuổi.

**3.1.1.3. Nghề nghiệp**



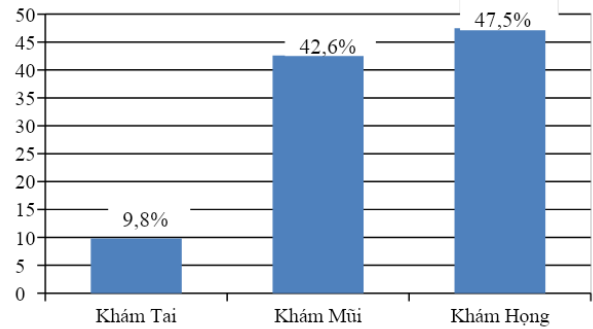
**Biểu đồ 3.1:** Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Công nhân là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất với 28,7% (35/122).

**3.1.1.4. Địa dư**

Bệnh nhân từ nông thôn chiếm tỷ lệ 30,3% (37/122), thành phố chiếm tỷ lệ 69,7% (85/122).

**3.1.1.5. Lý do chính đến khám**



**Biểu đồ 3.2:** Lý do chính đến khám tại phòng khám Tai Mũi Họng

Bệnh nhân đến khám tại phòng khám Tai Mũi Họng chủ yếu là khám họng 47,5% (58/122) và khám mũi 42,6% (52/122), khám tai chiếm tỷ lệ 9,8% (12/122).

**3.1.2. Triệu chứng cơ năng của dị hình vách ngăn**

**3.1.2.1. Tần suất triệu chứng lâm sàng và biến chứng của dị hình vách ngăn**

**Bảng 3.1:** Triệu chứng lâm sàng và biến chứng của dị hình vách ngăn

Triệu chứng lâm sàng và biến chứng	n	%
Nghẹt mũi	68	55,7%
Đau nhức đầu mắt	32	26,2%
Chảy mũi	44	36,1%
Hắt hơi	36	29,5%
Ngửi kém	22	18,0%
Viêm họng	6	4,9%
Ù tai	6	4,9%
Chảy máu mũi	5	4,1%
Suy nhược thần kinh	4	3,3%

Nghẹt mũi là triệu chứng thường gặp nhất với 44,3% (54/122), tiếp đến là chảy mũi 36,1% (44/122) và hắt hơi 29,5% (36/122), đau nhức đầu mắt 26,2% (32/122).

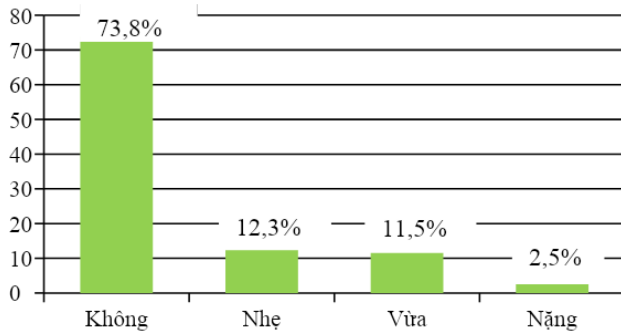
**3.1.2.2. Đặc điểm triệu chứng nghẹt mũi**

**Bảng 3.2:** Mức độ nghẹt mũi

Mức độ	Bên dị hình		Bên không dị hình/ dị hình ít	
	n	%	n	%
Không	54	44,3%	87	71,3%
Nhẹ	26	21,3%	26	21,3%
Vừa	36	29,5%	8	6,6%
Nặng	6	4,9%	1	0,8%
<b>Tổng</b>	<b>122</b>	<b>100,0%</b>	<b>122</b>	<b>100,0%</b>

Bên hốc mũi có dị hình, nghẹt mũi chủ yếu mức độ vừa chiếm tỷ lệ 29,5% (36/122) và nhẹ 21,3% (26/122). Ở hốc mũi không có dị hình/ dị hình ít, nghẹt mũi chủ yếu mức độ nhẹ 21,3% (26/122) và vừa 6,6% (8/122).

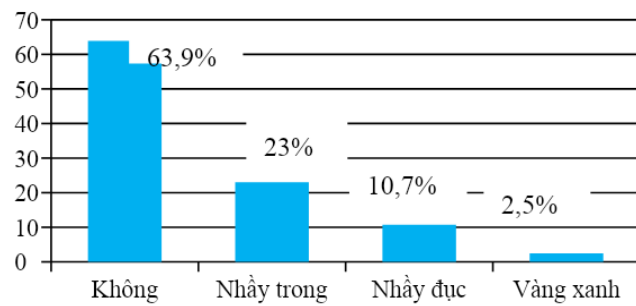
**3.1.2.3. Đặc điểm triệu chứng đau nhức đầu mặt**



**Biểu đồ 3.3:** Đặc điểm triệu chứng đau nhức đầu mặt

Đau nhức đầu mặt nhẹ chiếm tỷ lệ 12,3% (15/122), vừa 11,5% (14/122) và nặng 2,5% (3/122).

**3.1.2.4. Tính chất dịch mũi**



**Biểu đồ 3.4:** Đặc điểm triệu chứng chảy mũi

Bệnh nhân không chảy mũi chiếm tỷ lệ 63,9% (78/122), chảy mũi nhầy trong là 23% (28/122), nhầy đục là 10,7% (13/122), vàng xanh 2,5% (3/122).

**3.1.2.5. Đặc điểm triệu chứng hắt hơi**

**Bảng 3.3:** Đặc điểm triệu chứng hắt hơi

Mức độ	n	%
Không hắt hơi	86	70,5%
Nhẹ	14	11,5%
Vừa	21	17,2%
Nặng	1	0,8%
<b>Tổng</b>	<b>122</b>	<b>100,0%</b>

Hắt hơi chủ yếu mức độ vừa chiếm tỷ lệ 17,2% (21/122) và nhẹ 11,5% (14/122).

**3.1.2.6. Mức độ người kém**

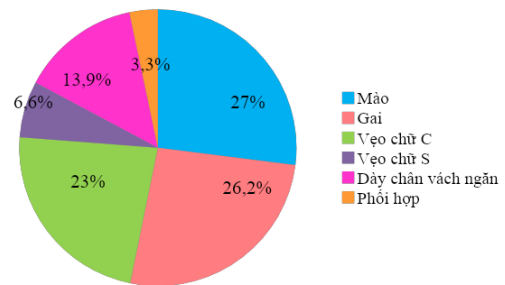
**Bảng 3.4:** Đặc điểm triệu chứng người kém

Mức độ	n	%
Không	100	82,0%
Nhẹ	14	11,5%
Vừa	6	4,9%
Nặng	2	1,6%
<b>Tổng</b>	<b>122</b>	<b>100,0%</b>

Người kém nhẹ chiếm 11,5% (14/122), vừa 4,9% (6/122), nặng 1,6% (2/122).

**3.1.3. Triệu chứng thực thể của dị hình vách ngăn**

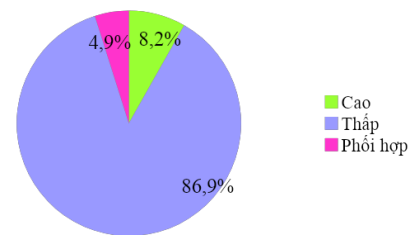
**3.1.3.1. Hình thái của dị hình vách ngăn**



**Biểu đồ 3.5:** Hình thái dị hình vách ngăn

Hình thái dị hình thường gặp nhất là mào vách ngăn với 27% (33/122), gai 26,2% (32/122), vẹo chữ C 23% (28/122).

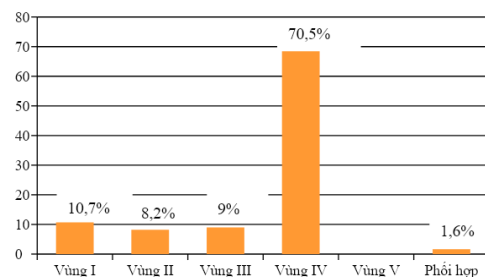
**3.1.3.2. Vị trí dị hình vách ngăn**



**Biểu đồ 3.6:** Vị trí dị hình vách ngăn

Dị hình vách ngăn ở phần thấp chiếm đa số với 86,9% (106/122), cao 8,2% (10/122) và phối hợp 4,9% (6/122).

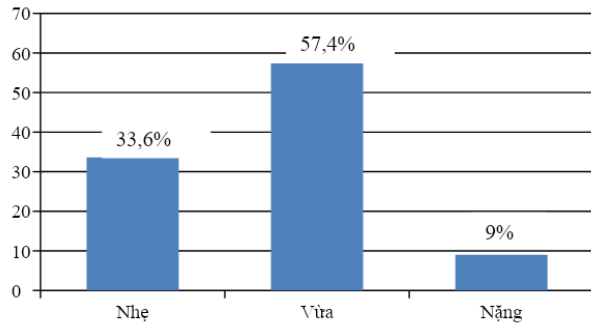
**3.1.3.3. Phân vùng dị hình vách ngăn theo Cottle**



**Biểu đồ 3.6:** Phân vùng dị hình vách ngăn theo Cottle

Phân vùng dị hình vách ngăn theo Cottle chủ yếu thuộc vùng IV với tỷ lệ 70,5% (86/122), kể đến là vùng I với 10,7% (13/122), vùng III 9% (11/122), vùng II 8,2% (10/122), phối hợp 1,6% (2/122), không có dị hình ở vùng V.

**3.1.3.4. Mức độ vẹo của dị hình vách ngăn**



**Biểu đồ 3.8:** Mức độ vẹo của dị hình vách ngăn

Vẹo vách ngăn chủ yếu ở mức độ vừa 57,4% (70/122) và nhẹ 33,6% (41/122), nặng 9% (11/122).

**3.1.3.5. Hình ảnh thực thể qua nội soi**

Hình ảnh	n	%
Dị hình vách ngăn	100	100%
Điểm tiếp xúc	22	18,0%
Bất thường vách mũi xoang	20	16,4%

**Bảng 3.5:** Hình ảnh thực thể của dị hình vách ngăn qua nội soi  
Điểm tiếp xúc được phát hiện ở 18,0% bệnh nhân (22/122), bất thường mũi xoang 16,4% (20/122).

**3.1.3.6. Các bất thường vách mũi xoang**

Bất thường vách mũi xoang	n	%
Không	102	83,6%
Quá phát mồm mồm	4	3,3%
Quá phát bóng sàng	1	0,8%
Polyp mũi	4	3,3%
Gờ Kauffman	1	0,8%
Khác	10	8,2%
<b>Tổng</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>

**Bảng 3.6:** Hình ảnh bất thường vách mũi xoang

Các bất thường vách mũi xoang thường gặp là quá phát mồm mồm 3,3% (4/122), polyp mũi 3,3% (4/122), các bất thường khác gồm tắc phức hợp lỗ ngách, các cuốn mũi phù nề thoái hóa ... chiếm tỷ

**4. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng của dị hình vách ngăn**

**4.1.1. Đặc điểm chung**

lệ 8,2% (10/122).

**3.1.3.7. Phân độ viêm mũi xoang mạn tính qua nội soi**

Phân độ	n	%
Không viêm mũi xoang mạn tính	79	64,8%
Độ I	31	25,4%
Độ II	10	8,2%
Độ III	1	0,8%
Độ IV	1	0,8%
<b>Tổng</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>

**Bảng 3.7:** Phân độ viêm mũi xoang mạn tính qua nội soi  
Mức độ viêm mũi xoang mạn tính chủ yếu là không viêm mũi xoang mạn tính 64,8% (79/122), độ I ở 25,4% (31/122).

**3.2. Khảo sát một số mối liên quan**

Vị trí dị hình	Phân độ VMX						Tổng
	Không VMX	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
Phần cao	n	4	5	0	0	1	10
	%	40%	50,0%	0	0	10,0%	100%
Phần thấp	n	74	22	9	1	0	106
	%	69,8%	20,8%	8,5%	0,9%	0	100%
Phối hợp	n	1	4	1	0	0	6
	%	16,7%	66,7%	16,7%	0	0	100%

**p < 0,05**

**Bảng 3.8:** Liên quan giữa vị trí dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang mạn tính

Vị trí dị hình có liên quan đến mức độ viêm mũi xoang mạn tính với  $p < 0,05$ .

Mức độ dị hình VN	Mức độ VMX						Tổng
	Không	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
Nhẹ	n	30	8	2	0	1	41
	%	73,2%	19,5%	4,9%	0%	2,4%	100%
Vừa	n	42	20	7	1	0	70
	%	60,0%	28,6%	10,0%	1,4%	0%	100%
Nặng	n	7	3	1	0	0	11
	%	63,6%	27,3%	9,1%	0%	0%	100%

**p > 0,05**

**Bảng 3.9:** Liên quan giữa mức độ dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang mạn tính

Mức độ vẹo của dị hình vách ngăn không có liên quan với mức độ viêm mũi xoang, với  $p > 0,05$ .

**4.1.1.1. Giới và tuổi**

- Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 54,9% (67/122), nữ

chiếm tỷ lệ 45,1% (55/122). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trương Kim Tri cho thấy nam chiếm đa số với tỷ lệ nam là 75,7%, nữ là 24,3%, Kumar cũng có kết quả tương tự, với nam chiếm 60% và nữ chiếm 40%<sup>[6,9]</sup>.

- Nhóm tuổi từ 31 – 45 chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,5% (47/122), tuổi trung bình là  $39,9 \pm 14,6$ . Tác giả Trương Kim Tri cho thấy độ tuổi phẫu thuật chính hình vách ngăn chủ yếu từ 18 – 30 tuổi, tỷ lệ 43,2%. Với nghiên cứu của Kumar, thì độ tuổi trung bình là  $40,13 \pm 11,67$ <sup>[6,9]</sup>. Sự khác biệt này là do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, bên cạnh những bệnh nhân đến khám vì mũi xoang, cũng có những bệnh nhân đến khám vì vấn đề tai hoặc họng và được nội soi kiểm tra mũi rồi phát hiện dị hình vách ngăn, còn các nghiên cứu khác lại chọn bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn.

#### 4.1.1.2. Nghề nghiệp và địa dư

- Công nhân là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất với 28,7% (35/122), trong khi đó nghiên cứu của Đinh Thị Lan Anh thì cán bộ công chức chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 25,5%<sup>[1]</sup>. Có thể thấy sự chuyển biến trong nhận thức về chăm sóc sức khỏe của người dân trong thời gian gần đây, khi nhu cầu có được một sức khỏe toàn diện được tăng cao.

- Bệnh nhân từ nông thôn chiếm tỷ lệ 30,3% (37/122), thành phố chiếm tỷ lệ 69,7% (85/122), điều này là hợp lý vì nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện với phần đông bệnh nhân đến từ thành phố Đà Nẵng.

#### 4.1.1.3. Lý do chính đến khám

Bệnh nhân đến khám tại phòng khám Tai Mũi Họng chủ yếu là khám họng 47,5% (58/122) và khám mũi 42,6% (52/122), khám tai chiếm tỷ lệ 9,8% (12/122). Qua đây có thể thấy rằng việc phát hiện dị hình vách ngăn ở bệnh nhân có một lượng lớn trường hợp là tình cờ.

#### 4.1.2. Triệu chứng cơ năng của dị hình vách ngăn

- Triệu chứng lâm sàng và biến chứng của dị hình vách ngăn: Nghẹt mũi là triệu chứng thường gặp nhất với 55,7% (68/122), tiếp đến là chảy mũi 36,1% (44/122) và hắt hơi 29,5% (36/122), đau nhức đầu mặt 26,2% (32/122). Các tác giả Đinh Thị Lan Anh, Poorey cũng cho thấy đây chính là 4 triệu chứng thường gặp nhất của dị hình vách

ngăn<sup>[1,10]</sup>.

- Nghẹt mũi: Bên hốc mũi có dị hình, nghẹt mũi chủ yếu mức độ vừa chiếm tỷ lệ 29,5% (36/122) và nhẹ 21,3% (26/122). Ở hốc mũi không dị hình/ dị hình ít, nghẹt mũi chủ yếu mức độ nhẹ 21,3% (26/122) và vừa 6,6% (8/122). So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dũng, nghẹt mũi bên dị hình nhiều mức độ vừa 41%, nhẹ 37,7%<sup>[3]</sup>.

- Đau nhức đầu mặt: Đau nhức đầu mặt nhẹ chiếm tỷ lệ 12,3% (15/122), vừa 11,5% (14/122) và nặng 2,5% (3/122). Tổng tỷ lệ đau nhức đầu mặt là 26,2%, thấp hơn nghiên cứu của Kumar với tỷ lệ bệnh nhân đau đầu là 33,8%<sup>[9]</sup>.

- Hắt hơi: Hắt hơi chủ yếu mức độ vừa chiếm tỷ lệ 17,2% (21/122) và nhẹ 11,5% (14/122), thấp hơn tỷ lệ hắt hơi của bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Thái với tỷ lệ hắt hơi là 60,1%<sup>[5]</sup>.

- Người kém: Người kém nhẹ chiếm 11,5% (14/122), vừa 4,9% (6/122), nặng 1,6% (2/122), tỷ lệ người kém chung là 18%, cao hơn nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Lan Anh, với tỷ lệ người kém là 5,9%<sup>[1]</sup>.

#### 4.1.3. Triệu chứng thực thể của dị hình vách ngăn

- Hình thái dị hình thường gặp nhất là mào vách ngăn với 27% (33/122), gai 26,2% (32/122), vị trí thấp chiếm đa số với 86,9% (106/122), phân vùng dị hình vách ngăn theo Cottle chủ yếu thuộc vùng IV với tỷ lệ 70,5% (86/122). Các kết quả này là tương tự các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Dũng, mào vách ngăn chiếm tỷ lệ cao với 39,3%, dị hình phần thấp chiếm tỷ lệ 54,1%, phân vùng dị hình vách ngăn vùng IV, V theo Cottle với tỷ lệ 77,1%<sup>[3]</sup>.

- Hình ảnh thực thể của dị hình vách ngăn qua nội soi: Điểm tiếp xúc được phát hiện ở 18,0% bệnh nhân (22/122), bất thường vách mũi xoang 16,4% (20/122). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Dũng cho tỷ lệ điểm tiếp xúc cao hơn với 70,5%, và bất thường vách mũi xoang thấp hơn với 8,2%. Sự khác biệt do cách chọn mẫu của hai nghiên cứu<sup>[3]</sup>.

#### 4.2. Khảo sát một số mối liên quan

Vị trí của dị hình vách ngăn có liên quan với mức độ viêm mũi xoang mạn tính với  $p < 0,05$ , trong khi mức độ vẹo của dị hình vách ngăn không liên quan với mức độ viêm mũi xoang mạn tính với  $p > 0,05$ . Nghiên cứu của tác giả Taghiloo cho thấy có



sự liên quan đáng kể giữa dị hình vách ngăn với độ dày xoang hàm<sup>[11]</sup>. Các kết quả này cho thấy có

## 5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 122 bệnh nhân được chẩn đoán dị hình vách ngăn qua nội soi tai mũi họng tại Bệnh viện Tâm Trí Đà Nẵng, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

### 5.1 Đặc điểm lâm sàng của dị hình vách ngăn

- Nam 54,9%, nữ 45,1%, nhóm tuổi từ 31 – 45 chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,5%.
- Công nhân là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất với 28,7% (35/122), bệnh nhân đến từ thành phố chiếm tỷ lệ cao hơn với 69,7%.
- Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất: nghẹt mũi 55,7%, chảy mũi 36,1%, hắt hơi 29,5%, đau

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Thị Lan Anh (2020), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật dị hình vách ngăn mũi*, Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. Lê Văn Đào (2013), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật gai, mào vách ngăn qua nội soi*, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Nguyễn Quốc Dũng (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật dị hình vách ngăn mũi bằng nội soi*, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. Võ Tấn (2006), "Bệnh của vách ngăn mũi", *Tai Mũi Họng thực hành*, I (4), tr. 63-67.
5. Lê Thanh Thái (2017), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị dị hình vách ngăn mũi ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế", *Tạp chí Tai Mũi Họng*, (62-36), tr. 19-30.
6. Trương Kim Tri (2020), "Đánh giá hiệu quả khâu xuyên vách ngăn mũi không nhét bấc sau chỉnh hình vách ngăn", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 24 (3), tr. 176 - 181.
7. Akay H G, Muluk N B, Inal M, Simsek G, et al (2019), "Evaluation of olfactory sensation, acoustic rhinometry, and quality of life of the patients with nasal septal deviation", *Journal of Craniofacial Surgery*, 30 (4), pp. 1221-1227.
8. Hsu D W, Suh J D (2018), "Anatomy and physiology of nasal obstruction", *Otolaryngologic Clinics of North America*, 51 (5), pp. 853-865.
9. Kumar S, Ambastha R, Thakur R (2020), "Endoscopic septoplasty verses conventional septoplasty in management of deviated nasal septum: a comparative evaluation", *International Journal of Health and Clinical Research*, 3 (12 (S)), pp. 284-287.
10. Poorey V, Gupta N (2014), "Endoscopic and computed tomographic evaluation of influence of nasal septal deviation on lateral wall of nose and its relation to sinus diseases", *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 66 (3), pp. 330-335.
11. Taghiloo H, Halimi Z (2019), "The frequencies of different types of nasal septum deviation and their effect on increasing the thickness of maxillary sinus mucosa", *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 13 (3), pp. 208.

sự liên quan giữa dị hình vách ngăn với mức độ viêm mũi xoang mạn tính.

nhức đầu mặt 26,2%.

- Hình thái dị hình thường gặp nhất là mào vách ngăn với 27%, gai 26,2%, vị trí thấp chiếm đa số với 86,9%, phần vùng dị hình vách ngăn theo Cottle chủ yếu thuộc vùng IV với tỷ lệ 70,5%.

- Nội soi phát hiện điểm tiếp xúc ở 18,0% bệnh nhân, bất thường mũi xoang 16,4%.

### 5.2. Khảo sát mối liên quan giữa dị hình vách ngăn và viêm mũi xoang mạn tính

Vị trí của dị hình vách ngăn có liên quan với mức độ viêm mũi xoang mạn tính với  $p < 0,05$ .

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ NỘI SOI CAN THIỆP DỊ VẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN TÂM TRÍ ĐỒNG THÁP

H.T Nguyệt\*, T.V.Chinh\*, N.T.H. Dung\*, L.N. Rạng\*

\*Bệnh viện Tâm Trí Đồng Tháp

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Dị vật đường tiêu hóa thường xảy ra trong đời sống sinh hoạt hằng ngày và có thể ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh. Nếu không cấp cứu (lấy dị vật) kịp thời, có thể gây một số biến chứng nặng nề, thậm chí gây tử vong.

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi, đặc điểm, biến chứng dị vật đường tiêu hóa; 2) Tỷ lệ thành công, tỷ lệ tai biến của nội soi can thiệp lấy dị vật đường tiêu hóa.

**Phương pháp & Đối tượng:** Hồi cứu mô tả cắt ngang. Các trường hợp dị vật đường tiêu hóa được điều trị bằng phương pháp nội soi ống mềm tại bệnh viện Tâm trí Đồng Tháp từ tháng 03 năm 2020 đến tháng 04 năm 2022.

**Kết quả:** Có 41 trường hợp bị dị vật đường tiêu hóa, tuổi trung bình:  $47,82 \pm 17,94$ ; tỷ lệ nữ/nam  $\approx 1.2$ ; Triệu chứng thường gặp nhất là nuốt vướng (87,8%), nuốt khó không ăn được (61,0%), nóng sau xương ức (48,7%), đau ngực (34,1%). Nguyên nhân thường gặp: Nuốt phải (63,4%), dị vật lẫn trong thức ăn (22,0%). Vị trí dị vật tiêu hóa trên thường mắc nhất (95,1%) gồm thực quản (73,2%), dạ dày (14,6%), dị vật tiêu hóa dưới (4,9%). Thời gian trung bình từ lúc dị vật đến lúc khám  $23,59 \pm 12,9$  giờ. Thời gian đến lúc khám càng trễ càng dễ gây biến chứng. Dị vật xương động vật (58,5%), thuốc nguyên vỏ (24,4%), bã thức ăn (7,3%), dị vật có nhiều góc cạnh (34,1%), que mảnh nhọn (22,0%); sắc nhọn (22,0%). Kích thước trung bình dị vật:  $32,80 \pm 11,940$ . Biến chứng hay gặp: Ứ đọng bã thức ăn & tắc nghẽn; (33,3%). Lấy dị vật thành công qua nội soi ống mềm (95,1%) & phẫu thuật lấy dị vật khi có biến chứng hoặc thất bại (2,45%); điều trị nội (2,45%). Tai biến hay gặp khi can thiệp chảy máu ít và trầy xước nhẹ (4,9%).

**Kết luận:** Dị vật đường tiêu hóa vị trí thường gặp nhất là dị vật thực quản. Tùy vị trí mắc dị vật biểu hiện lâm sàng khác nhau; Thời gian đến lúc khám càng trễ càng dễ gây biến chứng; Phương pháp điều trị tối ưu là lấy dị vật ra bằng nội soi ống mềm càng sớm càng tốt; Cần tuyên truyền cho người dân tính chất nguy hiểm của dị vật thực quản, khuyến cáo các loại dị vật hay gặp như: xương động vật, thuốc còn vỏ... để chủ động phòng tránh.

### ABSTRACTS

**Background:** A foreign body in the gastrointestinal tract is an emergency in daily life that can often affect the patient's. If the foreign body is not removed timely, some serious complications, even death, occur.

**Objectives:** The study aims to: 1) Describe clinical features and endoscopic images, characteristics, complications of gastrointestinal foreign bodies; 2) Success rate, endoscopic accident rate of endoscopic intervention to remove gastrointestinal foreign bodies.

**Methods:** A cross-sectional retrospective study. Cases of gastrointestinal foreign body treated by flexible endoscopic method at Dong Thap Tam Tri Hospital from March 2020 to April 2022.

**Results:** There were 41 cases of gastrointestinal foreign body, Mean age:  $47.82 \pm 17.94$ ; female/male ratio  $\approx 1.2$ ; The most common symptom is the throat caught in the throat (87.8%) Swallowing hard to eat (61.0%) hot after breastbone (48.7%), chest pain (34.1%); Common causes: swallowing (63.4%), foreign objects mixed in food (22.0%) The most common upper gastrointestinal foreign bodies (95.1%) include esophagus (73.2%) stomach (14.6%); Lower gastrointestinal foreign body (4.9%); Mean time of gastrointestinal foreign  $23.59 \pm 12.9$  hours; The later the time to the examination, the more likely it is to cause complications; Animal bone foreign body (58.5%) medicine with shell (24.4%), gastric bezoar (7.3%), Foreign body with many edges (34.1%), Sharp stick (22, 0%); Sharp (22.0 %) Average size of foreign body:  $32.80 \pm 11.940$ ; Common complications: Stagnation of bezoar & Obstruction; (33.3%). Successful foreign body removal through flexible bronchoscopy (95.1%) & surgery is the solution when endoscopic foreign body fails (2.45%), medical treatment (2.45%); endoscopic accident are common with minimal bleeding and minor scratches (4.9%).

**Conclusion:** The most common gastrointestinal foreign body is esophageal foreign body. Depending on the location of the foreign body, the clinical manifestations are different; The later the time to the examination, the more likely it is to cause complications; The optimal treatment is to remove the foreign body by flexible bronchoscopy as soon as possible; It is necessary to propagate to the people the dangerous nature of esophageal foreign bodies, recommend common foreign bodies such as animal bones, drugs with shells, etc. to actively prevent them.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường tiêu hóa là một cấp cứu trong đời sống sinh hoạt thường xảy ra ở trẻ nhỏ và cả ở người lớn. Tai nạn sinh hoạt này có thể ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh. Nếu không lấy dị vật

kịp thời, một số biến chứng có thể xảy ra như thủng nội tạng chảy máu, áp xe tại chỗ, nhiễm trùng máu, thậm chí gây tử vong. Nhiều loại dị vật có thể đi vào đường tiêu hóa vô tình hoặc cố ý do dị vật lẫn trong thức ăn như: xương cá, xương gà,

tăm xia răng, răng giả... hay xảy ra ở bệnh nhân uống rượu bia, có răng giả, bệnh tâm thần... có sự giảm nhạy cảm vùng hầu họng với vật lạ khi nuốt phải. Đa số dị vật được tống ra ngoài theo đường tự nhiên (80%), 20% được can thiệp nội soi lấy dị vật, 1% có biến chứng thủng cần phẫu thuật can thiệp, tùy thuộc vào kích thước, hình dạng sắc bén của dị vật đường tiêu hóa để lại nhiều biến chứng nguy hiểm. Việc chẩn đoán và điều trị biến chứng của dị vật đường tiêu hóa còn nhiều khó khăn, cần có sự cảnh báo về mức độ nguy hiểm của dị vật trong cộng đồng nhằm giảm thiểu tỷ lệ dị vật đường tiêu hóa. Ngày nay, mặc dù đời sống kinh tế xã hội đã được nâng cao, nhận thức về y tế của người dân đã được cải thiện, trang thiết bị y tế hiện đại hơn trước, tuy vậy vẫn có nhiều trường hợp dị vật thực quản đến muộn, thậm chí khi đã có biến chứng. Điều này chứng tỏ dị vật thực quản vẫn là bệnh lý cần được quan tâm đặc biệt của các bác sĩ chuyên khoa.

Trong những năm gần đây, bệnh viện Tâm Trí Đồng Tháp đã tiếp nhận nhiều trường hợp dị vật tiêu hóa nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá về tỉ lệ thành công cũng như thất bại, tai biến, biến chứng... Nhằm cải tiến chất lượng khám chữa bệnh phục vụ người dân ngày càng tốt hơn chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và đánh giá kết quả nội soi can thiệp dị vật tiêu hóa tại bệnh viện Tâm Trí Đồng Tháp** với mục tiêu như sau:

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

### Mục tiêu chung

Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi & đánh giá kết quả nội soi can thiệp dị vật tiêu hóa tại bệnh viện Tâm Trí Đồng Tháp.

### Mục tiêu cụ thể

Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi, đặc điểm, biến chứng dị vật đường tiêu hóa.

Tỷ lệ thành công, tỷ lệ tai biến của nội soi can thiệp lấy dị vật đường tiêu hóa.

## PHƯƠNG PHÁP - ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

### Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang – hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng cỡ mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân bị dị vật đường tiêu hóa được điều trị tại bệnh viện Tâm Trí Đồng Tháp từ tháng 03 năm 2020 đến tháng 04 năm 2022.

**Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân bị dị vật đường tiêu hóa tuổi lớn hơn 10 tuổi có chẩn đoán dị vật đường tiêu hóa được chỉ định nội soi dạ dày can thiệp gấp dị vật từ tháng 03 năm 2020 đến tháng 04 năm 2022.

### Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả bệnh nhân bị dị vật đường tiêu hóa tuổi lớn hơn 10 tuổi có chẩn đoán dị vật đường tiêu hóa được chỉ định nội soi dạ dày can thiệp gấp dị vật từ tháng 03 năm 2020 đến tháng 04 năm 2022.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có biểu hiện dị vật đường tiêu hóa nhưng nội soi không tìm thấy dị vật, hồ sơ bệnh án không đầy đủ dữ liệu.

### Phương tiện nghiên cứu

- Sử dụng bộ nội soi ống mềm bao gồm hệ thống máy nội soi Fujinon, màn hình nối camera, nguồn sáng Halogen, dụng cụ gấp là kim sinh thiết, thông lộng, rọ và mũ chụp. Ống nội soi mềm có bộ phận điều khiển bên ngoài, kênh bơm rửa, kênh thủ thuật để xử trí dị vật.

- Các bước tiến hành theo Quy trình kỹ thuật theo “*hướng dẫn qui trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa*” của BHYT số 3805-QĐ-BYT ban hành ngày 25/09/2014. Bao gồm:

(1) Khám bệnh nhân trước soi: Ghi nhận tiền sử, bệnh sử, triệu chứng lâm sàng, chỉ định nội soi ống soi mềm.

(2) Giải thích tính chất bệnh.

(3) Đánh giá vị trí mắc dị vật, loại dị vật, kích thước dị vật và tiên lượng lựa chọn phương pháp lấy dị vật, chuyển bệnh nhân nội soi ống mềm lấy dị vật.

(4) Soi bằng ống mềm: Bệnh nhân được xịt họng bằng Lidocain 10% (có thể, nằm nghiêng trái, miệng ngậm ống nhựa rỗng. Ống soi được đưa qua miệng, quan sát hạ họng, đi qua miệng thực quản xuống thực quản. Khi phát hiện dị vật người phụ sẽ đưa kim gấp dị vật theo dẫn đường của ống nội soi và lấy dị vật ra cùng ống nội soi.

(5) Nội soi gây tê tại chỗ hoặc có dùng thuốc tiền mê.

**Các dữ kiện thu thập**

Giới, tuổi, tiền căn mắc bệnh, thói quen ăn uống  
 Triệu chứng lâm sàng  
 Cận lâm sàng, XQ bụng, CT bụng  
 Phương pháp điều trị: nội soi lấy dị vật, phương pháp phẫu thuật...  
 Tỷ lệ thất bại, biến chứng

**Nhập dữ liệu, xử lý và phân tích thống kê**

Các dữ liệu thu thập sẽ được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16,0.  
 Các số trung bình ± độ lệch chuẩn sẽ được tính cho số liệu định lượng. Dùng phép kiểm T, X<sup>2</sup>, Anova hoặc Fisher's Exact, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 3/2020 đến tháng 4/2022, thực hiện nghiên cứu bằng phương pháp nội soi uống mềm trên 45 bệnh nhân lớn hơn 10 tuổi có tiền sử nuốt phải dị vật; trong đó có 41 bệnh nhân nội soi có dị vật đường tiêu hóa (tỉ lệ 91,3%). Trong 41 bệnh nhân đến khám được nội soi có dị vật đường tiêu hóa có các đặc điểm sau:

**1. Đặc điểm chung của nhóm nội soi có dị vật N= 41**

**1.1. Tuổi:** Trong 41 bệnh nhân được khảo sát, kết quả ghi nhận:

**Bảng 3.1:** Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

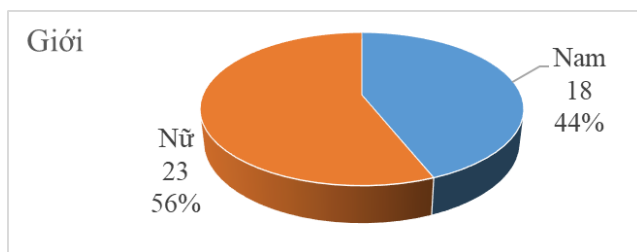
Nhóm tuổi	N	Tỷ lệ (%)	Cộng dồn
10- 17	2	4,9	4,9
18- 40	19	46,3	51,2
41- 60	11	26,8	78,0
≥ 60	9	22,0	100,0
Tuổi trung bình		47,82 ± 17,94 ; Min: 10 – Max 95	

Nhận xét: Tuổi trung bình: 47,82 ± 17,94; Tuổi thấp nhất: 10; Tuổi cao nhất: 95

Tuổi trung bình nữ là 52,30 ± 17,16; tuổi trung bình Nam là 42,11 ± 17,74;

Nhóm Thanh niên (18t- 40 t) chiếm tỉ lệ 46,3 %, tuổi trung niên (41- 60 t) và người cao tuổi (>60t) chiếm tỉ lệ 26,8 % và 22,0 % ; Trẻ em chiếm 4,9 %, không có sự khác biệt về nhóm tuổi giữa nam và nữ với mức ý nghĩa p > 0,05

**1.2. Giới**



**Biểu đồ 3.1:** Phân bố theo giới

Nhận xét: 18 Nam giới chiếm 43,9%; 23 nữ chiếm 56,1%; tỷ lệ Nữ /nam ≈ 1.2

**1.3. Các đối tượng đặc biệt**

**Bảng 3.2:** Tỷ lệ Các đối tượng đặc biệt

Đối tượng đặc biệt	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sử dụng chất kích thích	01	2,4
Trẻ em	2	4,9
Người già	9	22,0
Có tổn thương trước (ung thư hep...)	0	0
<b>Đối tượng bình thường</b>	<b>29</b>	<b>70,3</b>

Nhận xét: Các đối tượng đặc biệt người già chiếm 22,0%; trẻ em > 10 tuổi chiếm 4,9%, có 01 trường hợp ngáo đá tự ý nhét ly vào hậu môn trực tràng chiếm 2,4%.

**2. Đặc điểm lâm sàng**

**2.1. Lý do khám bệnh (n=41)**

**Bảng 3.3:** Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ mắc BPTNMT

Lý do khám bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cảm giác vướng ở họng sau ức	6	14,6
Nuốt dị vật	17	41,5
Đau họng	5	12,2
Đau ngực, nóng rát sau ức	12	29,3
Đau hậu môn	1	2,4

Nhận xét: Bệnh nhân đến vì biết nuốt dị vật 16 bệnh nhân chiếm 41,5 %; đau ngực, nóng rát sau ức chiếm 29,3%; cảm giác vướng ở họng sau ức chiếm 14,6%, đau họng 12,2%; lý do khác chiếm 2,4%.

**2.2. Thời gian nuốt dị vật đến lúc khám**

**Bảng 3.4:** Thời gian từ bắt đầu nuốt dị vật đến lúc khám

Thời gian	<24 giờ	24 – 48 giờ	>48 giờ
N =41	33	5	3
%	80,5	12,2	7,3
Trung bình	23,59 ± 12,9 Min : 6 Max : 72		

Nhận xét: Thời gian từ bắt đầu nuốt dị vật đến lúc khám trung bình 23,59 ± 12,9 giờ; Nhóm bệnh nhân đến trước 24h chiếm tỉ lệ cao nhất 80,5%; có 03 trường hợp đến trễ > 48 giờ chiếm 7,3%

**2.3. Nơi tiếp nhận ban đầu**

**Bảng 3.5:** Nơi tiếp nhận ban đầu

Nơi tiếp nhận ban đầu	N=41	Tỉ lệ	Cộng dồn
Khoa khám bệnh 28 (68,3%)	PKTMH	22 (78,6)	52,5
	PK Nội	5 (17,9%)	65,0
	PK Ngoại	1 (3,6%)	67,5
Cấp cứu 12 (29,3%)	Cấp cứu	12	97,5
Nội Trú: 1 (2,4%)	Nội TH	1	100,0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đến khám khoa khám bệnh chiếm tỉ lệ 68,3%, trong đó phòng khám Tai Mũi Họng chiếm tỉ lệ cao nhất 78,6%); bệnh nhân đến cấp cứu 29,3 %, thấp nhất khoa nội trú tỉnh cơ phát hiện 2,4 % bả thức ăn.

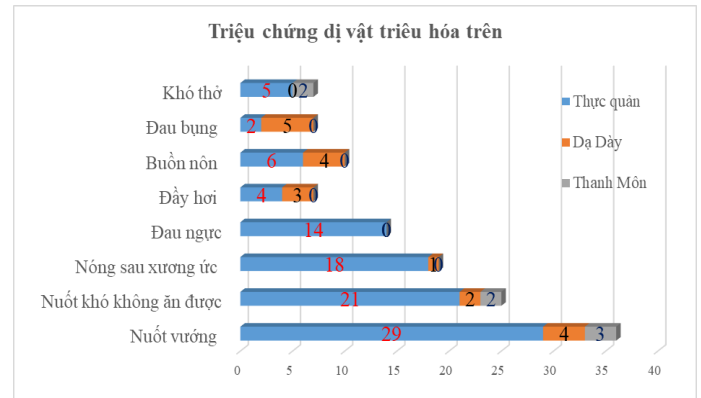
**2.4. Triệu chứng lâm sàng**

**Bảng 3.6:** Các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	N = 41	%
Nuốt vướng	36	87,8
Nuốt khó không ăn được	25	61,0
Nóng sau xương ức	19	48,7
Đau ngực	14	34,1
Buồn nôn	11	26,8
Đau bụng	9	22,0
Đầy hơi	8	19,5
Khó thở	7	17,1
Tắc ruột	1	2,4
Lơ mơ (Ngáo đá)	1	2,4

Nhận xét: Bệnh nhân thường có triệu chứng chiếm tỉ lệ cao gồm: Cảm giác vướng ở họng sau ức (87,8%); nuốt khó không ăn được (61,0%); nóng sau xương ức (48,7%), đau ngực (34,1%); triệu chứng ít gặp hơn là buồn nôn (26,8%); đau bụng (22,0%); đầy hơi (19,5%), có 17,1% bệnh nhân khó thở; ít gặp nhất là tắc ruột và ngáo đá (2,4%).

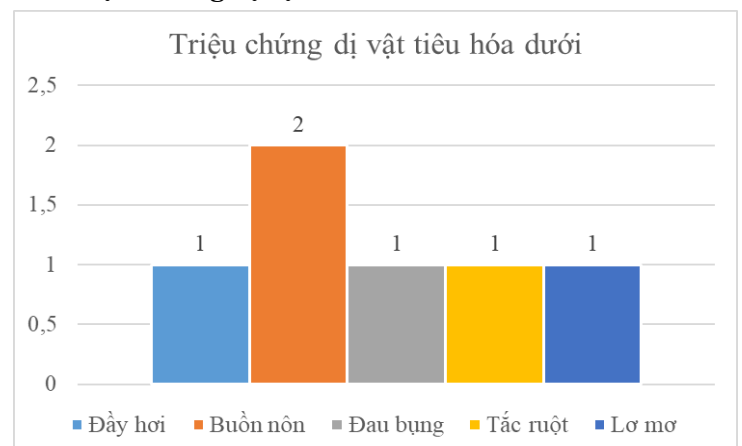
**• Triệu chứng Dị vật tiêu hóa trên**



**Biểu đồ 3.2:** Triệu chứng dị vật tiêu hóa trên

Nhận xét: Bệnh nhân mắc dị vật tiêu hóa trên tùy theo vị trí có triệu chứng khác nhau gồm: nuốt vướng (92,3%), nuốt khó không ăn được (64,1%) hay gặp dị vật thực quản, dạ dày, thanh môn; nóng sau xương ức (48,7%), buồn nôn (26,8%), đau bụng (22,0%); đầy hơi (19,5%) thì hay gặp dị vật thực quản, dạ dày; đau ngực (34,1%) gặp dị vật thực quản; khó thở (17,1%); gặp dị vật thực quản & thanh môn.

**• Triệu chứng dị vật tiêu hóa dưới**



**Biểu đồ 3.3:** Triệu chứng Dị vật tiêu hóa dưới

Nhận xét: Triệu chứng dị vật tiêu hóa dưới có hai trường hợp triệu chứng thường gặp nhất là buồn nôn, còn lại đầy hơi, đau bụng tắc ruột và lơ mơ.

## 2.5. Chẩn đoán lâm sàng bệnh nhân khi đến khám

**Bảng 3.6:** Chẩn đoán lâm sàng bệnh nhân khi đến khám

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Dị vật tiêu hóa	27	65,9
Hóc xương	5	12,2
Viêm họng	4	9,8
Trào ngược dạ dày thực quản	2	4,9
Nuốt vướng	2	4,9
Bệnh tiêu hóa	1	2,4

Nhận xét: Có 88,1% bệnh nhân được chẩn đoán trước nội soi là dị vật đường tiêu hóa, 11,9 % chỉ có triệu chứng nghi dị vật và nội soi tình cờ phát hiện.

## 3. Hình ảnh nội soi & Đặc điểm dị vật đường tiêu hóa:

### 3.1. Vị trí dị vật đường tiêu hóa

**Bảng 3.7:** Vị trí dị vật đường tiêu hóa

Vị trí dị vật		N =41	Tỷ lệ %
<b>Tiêu hóa trên</b> n= 39 (95,1%)	Thực quản	30	73,2
	Dạ dày	06	14,6
	Thanh môn	03	7,3
<b>Tiêu hóa dưới</b> n= 02 (4,9%)	Trực Tràng	1	2,4
	Hậu môn	1	2,4

Nhận xét: Nơi dị vật đường tiêu hóa thường mắc nhất hầu hết là tiêu hóa trên chiếm 95,1%, trong đó nhiều nhất là thực quản chiếm (73,2%) kể đến là dạ dày (14,6%) và có 03 trường hợp nằm vị trí thanh môn chiếm 7,3%; dị vật đường tiêu hóa dưới thấp nhất chiếm (4,9%) trong đó 01 trường hợp (2,4%) vị trí tại trực tràng và 01 trường hợp (2,4%) vị trí tại hậu môn.

### 3.2. Đặc điểm dị vật tiêu hóa

#### • Đặc điểm dị vật tiêu hóa

**Bảng 3.8:** Đặc điểm dị vật tiêu hóa

Đặc điểm dị vật	N=41	%	Loại dị vật	N	%
<b>Dị vật cứng</b>	38	94,7%	Xương gia súc, gia cầm	13	31,7
			Xương cá	11	26,8
			Thuốc nguyên vỏ	10	24,4
			Răng giả	2	4,9

<b>Dị vật mềm</b>	3	7,3%	Ly thủy tinh	1	2,4
			Vòng nhẫn	1	2,4
			Bả thức ăn	3	7,3

Nhận xét: Các loại dị vật cứng có tỉ lệ cao nhất chiếm tỉ lệ 94.7% trong đó gặp nhiều là: xương gia súc, gia cầm (31,7%), xương cá (26,8%), thuốc nguyên vỏ (24,4%), ít gặp hơn gồm: răng giả (4,9%), ly thủy tinh (2,4%), vòng nhẫn (2,4%). Các loại dị vật mềm chiếm tỉ lệ thấp hơn (7,3%), hầu hết là bả thức ăn.

### Loại dị vật liên quan vị trí đường tiêu hóa

**Bảng 3.9:** Loại dị vật liên quan vị trí đường tiêu hóa

Vị trí dị vật	N=41	%	Loại dị vật	N	%
<b>Tiêu hóa trên</b>	39	94,7%	Xương gia súc, gia cầm	13	33,3
			Xương cá	10	25,6
			Thuốc nguyên vỏ	10	25,6
			Bả thức ăn	3	7,7
			Răng giả	2	5,1
			Vòng nhẫn	1	2,6
<b>Tiêu hóa dưới</b>	2	7,3%	Xương cá	1	50,0
			Ly thủy tinh	1	50,0

Nhận xét: Loại dị vật liên quan đường tiêu hóa trên là xương gia súc, gia cầm (33,3%), xương cá (25,6%), thuốc nguyên vỏ (25,6%), ít gặp hơn gồm: bả thức ăn (7,7%), răng giả (5,1%), vòng nhẫn (2,4%).

Loại dị vật liên quan đường tiêu hóa dưới là: 01 trường hợp xương cá tại trực tràng (50%) và 01 bệnh nhân ngáo đá nhét ly thủy tinh vào hậu môn trực tràng (50%).

### 3.3. Hình dạng dị vật

**Bảng 3.10:** Hình dạng dị vật

Hình dạng dị vật	N = 41	Tỷ lệ %
Nhiều góc cạnh	14	34,1
Que mảnh nhọn	9	22,0
Sắc nhọn	9	22,0
Tròn	5	12,2
Có móc	4	9,8

Nhận xét: Hình dạng dị vật nhiều góc cạnh chiếm

tỉ lệ cao nhất 34,1% kể đến là loại que mảnh nhọn (22,0%); sắc nhọn (22,0 %); thấp hơn là dạng tròn chiếm 12,2% và thấp nhất là (9,8%).

### 3.4. Kích thước dị vật

**Bảng 3.11:** Kích thước dị vật

Thời gian	< 10 mm	10-40 mm	>40 mm
N =41	0	28	13
%	0%	68,3	31,7
Trung bình	32,80 ± 11,940 ; Nhỏ nhất: 10 mm; lớn nhất là 60 mm		

Nhận xét: Kích thước dị vật trung bình 32,80± 11,940 ; Nhỏ nhất: 10 mm lớn nhất là 60 mm; dị vật 10 - 40mm, tỉ lệ cao nhất 68,3% có 13 trường hợp dị vật > 40mm chiếm 31,7%.

### 3.5. Cơ chế mắc dị vật

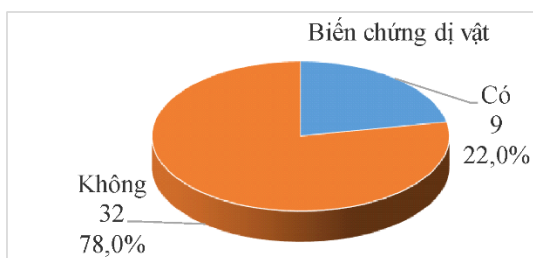
**Bảng 3.12:** Cơ chế mắc dị vật

Cơ chế mắc dị vật	N = 41	Tỷ lệ %
Nuốt phải	26	63,4
Lẫn trong thức ăn	9	22,0
Thói quen	3	7,3
Cố ý	3	7,3

Nhận xét: Có 63,4% trường hợp bệnh nhân nuốt phải, kể đến 22,0% bệnh nhân bị mắc do dị vật lẫn trong thức ăn, có 7,3% mắc do thói quen và 7,3% bệnh nhân cố ý mắc dị vật trong đó có 01 bệnh nhân ngáo đá nhét dị vật là ly thủy tinh vào hậu môn trực tràng.

## 4. Biến chứng dị vật

### 4.1. Tỉ lệ biến chứng & loại biến chứng



**Biểu đồ 3.3:** Biểu chứng dị vật

**Bảng 3.13:** Loại Biến chứng dị vật

LOẠI BIẾN CHỨNG	Ứ ĐỘNG BÀ THỨC ĂN	TẮC NGHẼN	TRẦY XUỐC	LOÉT	NHIỄM TRÙNG
N = 09	3	3	1	1	1
TỶ LỆ %	33,3%	33,3%	11,1%	11,1%	11,1%

Nhận xét: Trong 41 bệnh nhân mắc dị vật đường tiêu hóa có 22,0% có biến chứng, trong đó biến chứng thường gặp nhất là ứ đọng bã thức ăn (33,3%) và tắc nghẽn (33,3%); biến chứng ít gặp hơn là trầy xước (11,1%); loét (11,1%), nhiễm trùng (11,1%).

### 4.2. Mối liên quan giữa biến chứng và thời gian BN đến bệnh viện

**Bảng 3.14:** Thời gian trung bình đến bệnh viện

Biến chứng	Thời gian trung bình đến bệnh viện		p
	N	Thời gian trung bình	
Không	32	21,38±9,269	0,001
Có	9	31,44 ±20,537	

Nhận xét: Thời gian trung bình nhóm có biến chứng là 31,44 ± 20,537; so sánh thời gian trung bình giữa hai nhóm có biến chứng và không biến chứng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001 < 0,05$  Nhóm có thời gian trung bình đến trễ có nguy cơ biến chứng nhiều hơn.

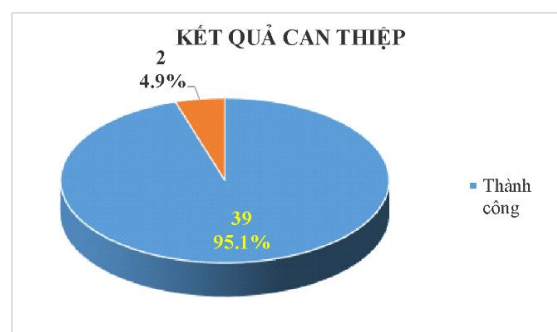
**Bảng 3.15:** Mối liên quan giữa biến chứng và thời gian bệnh nhân đến bệnh viện >48 giờ

Mối liên quan giữa biến chứng và thời gian BN đến bệnh viện		Biến chứng		p
		Có	Không	
Thời gian đến bệnh viện	< 48 giờ	n 31 % 81,6%	n 7 % 18,4%	0,471
	> 48 giờ	n 1 % 33,3%	n 2 % 66,7%	

Nhận xét: Mối liên quan giữa biến chứng và thời gian bệnh nhân đến bệnh viện sau và trước 48 giờ trong nghiên cứu chúng tôi sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,471 > 0,05$

## 5. Kết quả can thiệp nội soi gấp dị vật

### 5.1. Tỉ lệ thành công nội soi gấp dị vật



**Biểu đồ 3.2:** Kết quả can thiệp

Nhận xét: Tỷ lệ lấy dị vật thành công của nội soi mềm là 95,1%, thất bại 2 trường hợp 4,9%:

- 01 trường hợp trẻ em 10 tuổi hóc xương vịt nhiều góc cạnh kích thước 20 mm dị vật rơi xuống dạ dày, trong khi soi bệnh nhân không hợp tác thủ thuật gấp dị vật ngưng lại cho bệnh nhân hẹn tái khám nội soi lần hai.

- 01 trường hợp thứ hai dị vật trực tràng là 01 ly thủy tinh do bệnh nhân ngáo đá nhét vào hậu môn trực tràng - Hình ảnh ly thủy tinh bể nứt 01 phần kích thước đáy ly 60x40 mm, miệng ly 50mm cạnh bén nhọn làm bít tắc hậu môn không qua máy soi được tạm ngưng hội chẩn bác sỹ ngoại khoa chuyển bệnh nhân nhập viện phẫu thuật gây tê tùy sống dùng kẹp và Farabeuf cố định miệng ly cắt cơ thắt xoay chuyển & kéo dị vật ra ngoài an toàn.

### 5.2. Mối liên quan giữa vị trí dị vật và kết quả can thiệp

**Bảng 3.16:** Mối liên quan giữa vị trí dị vật và kết quả can thiệp

Mối liên quan giữa vị trí dị vật và kết quả can thiệp		Kết quả can thiệp		p
		Thành công	Thất bại	
Vị trí dị vật	Tiêu hóa trên	n = 38	1	0,096
		% = 97,4%	2,6%	
	Tiêu hóa dưới	n = 1	1	
	% = 50,0%	50,0%		

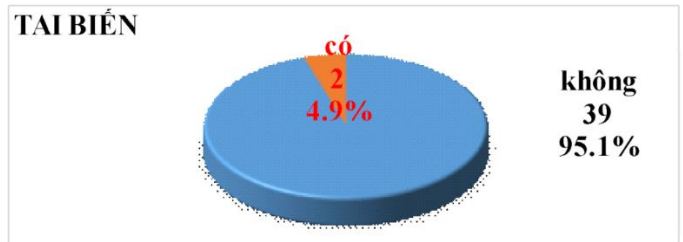
Nhận xét: Mối liên quan giữa vị trí dị vật và kết quả can thiệp trong nghiên cứu chúng tôi sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,096 > 0,05$

**Bảng 3.17:** Mối liên quan giữa kích thước dị vật và kết quả can thiệp

Mối liên quan giữa kích thước dị vật và kết quả can thiệp		Kết quả can thiệp		p
		Thành công	Thất bại	
Kích thước dị vật	<40 mm	n = 27	1	0,529
		% = 96,4%	3,6%	
	>40 mm	n = 12	1	
	% = 92,3%	7,7%		

Nhận xét: Mối liên quan giữa kích thước dị vật và kết quả can thiệp trong nghiên cứu chúng tôi sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,529 > 0,05$

### 6. Tỷ lệ tai biến khi can thiệp gấp dị vật



**Biểu đồ 3.3:** Tỷ lệ tai biến khi can thiệp gấp dị vật

Nhận xét: Trong 41 bệnh nhân can thiệp gấp dị vật có 02 trường hợp có tai biến nhẹ do xương cá và 01 thuộc còn nguyên vỏ chiếm tỷ lệ 4,9%.

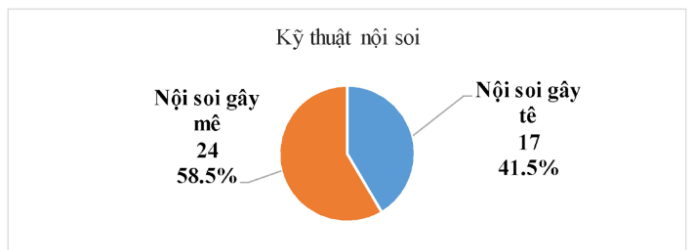
**Bảng 3.18:** Loại tai biến

Loại tai biến khi can thiệp	N = 41	Tỷ lệ %
Không tai biến	39	95,10%
Chảy máu	1	2,45 %
Trầy xước	1	2,45%

- 01 trường hợp dị vật viên thuốc còn nguyên vỏ kẹt ở tá tràng được gấp ra ngoài an toàn. Sau gấp, soi kiểm tra thấy nhiều vết xước nông của thực quản - tá tràng

- 01 trường hợp dị vật xương cá cắm vào ống hậu môn, lấy dị vật ra ngoài, sau lấy vết loét chỗ xương cắm vào chảy máu.

### 7. Kỹ thuật nội soi



**Biểu đồ 3.4:** Kỹ thuật nội soi

Nhận xét: Kỹ thuật nội soi gây mê chiếm 58,5%, nội soi gây tê là 4,9 %.

### Mối liên quan giữa kỹ thuật nội soi và tỷ lệ thất bại

**Bảng 3.19:** Mối liên quan giữa kỹ thuật nội soi và tỷ lệ thất bại

Nội Dung	Kết quả can thiệp		
	Thành công	Thất bại	
Kỹ thuật nội soi	Gây mê	n = 15	2
		% = 88,2%	11,8%
	Gây tê	n = 24	0
		% = 100%	0,0%

Nhận xét: Tất cả các trường hợp dị vật có tiền mê



đều thành công 100% ,không có trường hợp nào thất bại; có 2 trường hợp nội soi thất bại rơi vào nội soi gây tê. Tuy nhiên do cỡ mẫu nhỏ nên chưa tìm được mối liên quan.

**Mối liên quan giữa kỹ thuật nội soi và tỉ lệ tai biến**

**Bảng 3.20:** Mối liên quan giữa kỹ thuật nội soi và tỉ lệ tai biến

Mối liên quan giữa kỹ thuật nội soi và tai biến		TAI BIẾN		P
		Không	Có	
Kỹ thuật nội soi	Gây	n	16	Fisher's Exact 1,000
	Tê	%	94.1%	
	Gây	n	23	
	mê	%	95.8%	

**BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Kết quả 41 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn mẫu nghiên cứu, bệnh nhân nam chiếm 43,9%; nữ chiếm 56,1%. Độ tuổi trung bình: 47,82 ± 17,94 (42,11 ± 17,74 nam, 52,30 ± 17,16 nữ). Tuổi thấp nhất: 10; tuổi cao nhất: 95. Nhóm thanh niên (18tuổi – 40 tuổi) chiếm tỉ lệ 46,3 %, tuổi trung niên (41 tuổi - 60 tuổi) và người cao tuổi (>60tuổi) chiếm tỉ lệ lần lượt 26,8 % và 22,0 %. Trẻ em chiếm 4,9 %. Sự khác biệt về nhóm tuổi giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với mức p > 0,05; Kết quả nghiên cứu phù hợp với y văn và nhận định của TCYTTG và một số tác giả khác<sup>[3,6]</sup>. Đối tượng đặc biệt người già chiếm 22,0%; trẻ em >10 tuổi chiếm 4,9%, có 01 trường hợp sử dụng ma túy tổng hợp (ngáo đá) tự ý nhét ly vào hậu môn trực tràng.

**2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi, đặc điểm, biến chứng dị vật đường tiêu hóa**

**2.1. Đặc điểm lâm sàng**

- Lý do bệnh nhân đến vì biết nuốt dị vật: 16 bệnh nhân chiếm 41,5 %; đau ngực, nóng rát sau ức chiếm 29,3%; cảm giác vướng ở họng sau ức chiếm 14,6%, đau họng 12,2%; lý do khác chiếm 2,4%. Trong đó có 98,8% bệnh nhân vào viện có tiền sử hóc dị vật cho thấy yếu tố khai thác tiền sử bệnh vẫn có ý nghĩa quan trọng giúp chẩn đoán.  
- Thời gian từ hóc dị vật đến lúc khám trung bình 23,59 ± 12,9 giờ; Nhóm bệnh nhân đến trước 24h chiếm tỉ lệ cao nhất 80,5%, tỉ lệ viêm nhiễm chưa có cho thấy phần lớn bệnh nhân có nhận thức tốt về bệnh cảnh dị vật. Tuy nhiên vẫn có tới có 03 trường hợp đến trễ > 48 giờ chiếm

*Nhận xét:* Mối liên quan giữa kỹ thuật nội soi và tai biến trong nghiên cứu chúng tôi sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p =1,000> 0,05

**8. Kết cục sau điều trị gấp dị vật**

**Bảng 3.21:** Kết cục sau điều trị gấp dị vật

Kết cục sau điều trị gấp dị vật	N = 41	Tỷ lệ %
Tốt	39	95,10%
Không tốt	2	4,9 %

*Nhận xét:* Kết quả tốt chiếm 95,10%, kết quả không tốt chiếm 4,9 %, không có trường hợp nào có biến chứng nặng phải chuyển khoa, chuyển viện hay tử vong.

7,3% bệnh nhân vào viện muộn khi đã có biến chứng. Thời gian từ hóc dị vật đến lúc khám càng lâu càng dễ gây biến chứng. Do đó cần tuyên truyền cho người dân hóc dị vật cần phải đến cơ sở y tế trong vòng 24 giờ.

- Khi so sánh với các nghiên cứu khác;

Tương đương NC *Võ Hoàng Cường*<sup>[2]</sup> -Tỷ lệ bệnh nhân đến bệnh viện trong ngày đầu là 78,1%,

*Trần Việt Hồng* 76,8 % cho thấy phần lớn bệnh nhân có nhận thức tốt về bệnh cảnh dị vật<sup>[3]</sup>. So sánh với các tác giả nước ngoài cũng cho tỉ lệ bệnh nhân nhập viện trong 24 giờ đầu khá cao:

Theo *Dereci* (2015) có 94% bệnh nhân nhập viện sau 24-48 giờ<sup>[14]</sup>, theo *Balci* có 83,2% bệnh nhân đến viện trong 12 giờ đầu, 9,1% từ 12-24 giờ<sup>[12]</sup>. Nhìn chung phần lớn bệnh nhân nhận thức về nguy hiểm hóc dị vật đường ăn ngày càng cao.

**Nơi tiếp nhận ban đầu:** đa số bệnh nhân đến khám khoa khám bệnh chiếm tỉ lệ 68,3% trong đó phòng khám Tai Mũi Họng chiếm tỉ lệ cao nhất 78,6%); bệnh nhân đến cấp cứu 29,3%, thấp nhất khoa nội trú tình cờ phát hiện 2,4 % – Dị vật thực quản là cấp cứu thường gặp trong Tai Mũi Họng ở Việt Nam cũng như trên thế giới, là tai nạn nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời do vậy bệnh thường đến khám vì triệu chứng ngành TMH hoặc cấp cứu. Ở Mỹ mỗi năm có hơn 100000 trường hợp dị vật đường ăn được ghi nhận<sup>[15]</sup>. Nguyễn Đức Phú, Nguyễn Tư Thế<sup>[7]</sup> từ năm 2007 đến năm 2009 nghiên cứu dị vật đường ăn tại tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện TW Huế và Khoa

Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế ghi nhận có 147 trường hợp đến khám và điều trị.

**Về triệu chứng lâm sàng:** Kết quả nghiên cứu chúng tôi bệnh nhân thường có triệu chứng chiếm tỉ lệ cao gồm: Cảm giác vướng ở họng sau ức (87,8%); Nuốt khó không ăn được (61,0%); nóng sau xương ức (48,7%), đau ngực (34,1%); bệnh nhân mắc dị vật tiêu hóa trên tùy theo vị trí có triệu chứng khác nhau gồm: nuốt vướng (92,3%); nuốt khó không ăn được (64,1%) hay gặp dị vật thực quản, dạ dày, thanh môn; Nóng sau xương ức (48,7%), buồn nôn (26,8%); đau bụng (22,0%); đầy hơi (19,5%) thì hay gặp dị vật thực quản, dạ dày; đau ngực (34,1%) gặp dị vật thực quản; khó thở (17,1%); gặp dị vật thực quản & thanh môn;

Theo Trần Minh Trường<sup>[10]</sup>, những triệu chứng xuất hiện muộn hoặc đi kèm khác cũng có những giá trị riêng. Ví dụ nếu dị vật nằm ở miệng thực quản có thể kèm theo triệu chứng khó thở, xương đâm vào thực quản ngực người bệnh có triệu chứng đau tức và hướng ra sau lưng, hoặc nếu sốt kèm theo đau và bạch cầu trong máu tăng thì phải nghĩ đến khả năng đã có biến chứng cần được quan tâm theo dõi đặc biệt; Điều này cũng đồng thuận với các tác giả trong và ngoài nước<sup>[2,3,4,12]</sup>.

Theo sinh lý bệnh học giai đoạn đầu: sau khi mắc dị vật, bệnh nhân hay có cảm giác vướng do dị vật, nuốt thức ăn hoặc nuốt nước bọt rất đau, thường không ăn được nữa mà phải bỏ dở bữa ăn và đau ngày càng tăng. Nếu dị vật ở đoạn ngực, bệnh nhân sẽ đau sau xương ức, đau xuyên ra sau lưng, lan lên cả vai.

Giai đoạn viêm nhiễm: dị vật gây ra xây xát niêm mạc thực quản hoặc thủng thành thực quản. Nếu dị vật là xương lẫn thịt thì nhiễm khuẩn càng nhanh. Sau 1-2 ngày, các triệu chứng nuốt đau, đau cổ, đau ngực tăng dần đến nổi nước bệnh nhân cũng không nuốt được, ứ đọng nước bọt, đờm dãi, hơi thở hôi.

Dị vật tiêu hóa dưới có hai trường hợp triệu chứng thường gặp nhất là buồn nôn, còn lại đầy hơi, đau bụng, tắc ruột và lơ mơ, tắc ruột và ngáo đá (2,4%), theo y văn dị vật đường tiêu hóa dưới đôi khi có thể gây thủng trong khi chèn vào trực tràng. Một số dị vật bị mắc kẹt ngay tại vị trí phía trên cơ thắt hậu môn. Một trong những điều gây khó khăn cho

quá trình phát hiện, chẩn đoán sớm tình trạng dị vật trực tràng đó là hiện tượng này đôi khi không có biểu hiện triệu chứng cụ thể, rõ ràng nào. Hơn nữa, tình trạng mắc dị vật trong trực tràng thường phổ biến ở người có nhận thức kém nên càng có nhiều trở ngại hơn. Trong những trường hợp dị vật để lâu trong trực tràng và gây ra biến chứng

*Chẩn đoán lâm sàng bệnh nhân khi đến khám:* Có 88,1 % bệnh nhân được chẩn đoán khi đến khám là dị vật đường tiêu hóa, 11,9 % chỉ có triệu chứng nghi dị vật và nội soi tình cờ phát hiện; Việc chẩn đoán dị vật tiêu hóa ở thực quản và dạ dày thường đơn giản, đa số bệnh nhân có triệu chứng nuốt đau, đau tức sau xương ức đối với dị vật thực quản, đau thượng vị đối với dị vật dạ dày tá tràng và được chẩn đoán chính xác qua nội soi dạ dày tá tràng. Nhưng đối với dị vật đã xuống ruột non, đại trực tràng thì chẩn đoán gặp nhiều khó khăn do triệu chứng không điển hình và thường nhầm lẫn với các bệnh lý khác trong ổ bụng.

## 2.2. Hình ảnh nội soi và đặc điểm dị vật đường tiêu hóa

Vị trí dị vật đường tiêu hóa thường mắc nhất là tiêu hóa trên chiếm 95,1%, trong đó nhiều nhất là thực quản chiếm (73,2%), kế đến là dạ dày (14,6 %) và có 03 trường hợp nằm vị trí thanh môn chiếm 7,3%: dị vật đường tiêu hóa dưới thấp nhất chiếm (4,9%) trong đó 01 trường hợp (2,4%) vị trí tại trực tràng và 01 trường hợp (2,4%) vị trí tại hậu môn; Về giải phẫu đây là cửa ngõ đầu tiên của đường tiêu hóa, các dị vật sắc nhọn thường mắc lại tại đây, ở nước ta phần lớn dị vật đường ăn là xương cá nên tỉ lệ dị vật ở thực quản chiếm đa số là phù hợp do các đoạn hẹp tự nhiên của thực quản: Thực quản có 5 đoạn hẹp tự nhiên và đây chính là chỗ thức ăn hay mắc lại. Theo y văn dị vật thường mắc lại nhiều nhất ở vùng cổ 74%. Đoạn ngực là 22% còn đoạn dưới ngực là 4%. Kết quả này phù hợp với những nghiên cứu trước đây của Nguyễn Tư Thế<sup>[9]</sup>, Trần Phương Nam<sup>[5]</sup>, càng đi xuống tỉ lệ mắc dị vật càng thấp. Tùy thuộc vào vị trí kích thước, hình dạng, độ sắc, vật liệu của dị vật và kích thước, độ gấp góc của ống tiêu hóa mà dị vật có thể thoát qua được hay không, biến chứng thủng thường xảy ra ở những nơi hẹp hay gấp góc như thực quản, môn vị, tá tràng, valve hồi manh tràng và đại tràng (T) thì dị vật khó thoát qua và dễ đâm xuyên thành gây thủng; Theo Võ Xuân

Quang<sup>[11]</sup>, bệnh viện Quân Y 110 di vật thực quản 69,6%, dạ dày 30,4%

*Đặc điểm dị vật tiêu hóa*

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: loại dị vật cứng có tỉ lệ cao nhất chiếm tỉ lệ 94,7% trong đó gặp nhiều là: Xương động vật chiếm 58,5% (Xương gia súc, gia cầm 31,7%, xương cá 26,8%), tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tư Thế<sup>[13]</sup> và Ngô Vương Mỹ Nhân<sup>[4]</sup> chủ yếu gặp là dị vật là xương động vật.

Dị vật nhiều góc cạnh chiếm tỉ lệ cao nhất 34,1% kể đến là loại que mảnh nhọn (22,0%); sắc nhọn (22,0%); những dị vật nguy hiểm chúng tôi hay gặp như thuốc nguyên vỏ (24,4%). Đa số dị vật sắc nhọn, nhiều góc cạnh nên khi khám lâm sàng ấn vùng cổ hoặc nuốt nước bọt dị vật tác động lên cấu trúc xung quanh tạo cảm giác đau lên tại một điểm trên vùng cổ, sau xương ức. Đây là triệu chứng có chẩn đoán dị vật thực quản.

Kết quả nghiên cứu chúng tôi dị vật dạng tròn chiếm 12,2% và thấp nhất là (9,8%); có cạnh sắc nhọn, hàm răng giả (4,9%) có móc, cọng kềm, ít gặp hơn gồm: thủy tinh (2,4%), vòng nhẫn (2,4%). Các loại dị vật mềm chiếm tỉ lệ thấp hơn (7,3%), hầu hết hóc xương cá, xương động vật hoặc hóc đồ ăn. Ngoài ra, hóc dị vật cũng có thể do nuốt những vật dụng nguy hiểm phục vụ mục đích riêng.

**Kích thước dị vật:** Trung bình 32,80± 11,940; Kích thước dị vật trung bình của dị vật 10-40mm chiếm tỉ lệ cao nhất 68,3% có 13 trường hợp dị vật >40mm chiếm 31,7% không có sự tương quan giữakích thước, hình dạng của dị vật và vị trí dị vật trên đường tiêu hoá (P> 0,005). Kết quả nghiên cứu chúng tôi lớn hơn của tác giả Kyong Hee la 26,2 ± 16,7 mm<sup>[17]</sup>, Kim la 2,51 ± 0,81 cm<sup>[18]</sup>. Dang Quoc Thai 2,59 ± 0,93 cm, Sự khác biệt do thói quen chế biến thức ăn của từng quốc gia khác nhau. Hình dạng và kích thước của dị vật cũng là yếu tố nguy cơ gây biến chứng thủng ống tiêu hóa, dị vật sắc nhọn và dài có nguy cơ gây biến chứng thủng đường tiêu hóa. Một số tác giả cho rằng dị vật dài hơn 6cm và đường kính trên 2,5cm thì khả năng tống qua tá tràng khó khăn<sup>[9,14]</sup>

**Cơ chế mắc dị vật:** Có 63,4% trường hợp bệnh nhân nuốt phải, kể đến 22,0% bệnh nhân bị mắc do dị vật lẫn trong thức ăn, có 7,3% mắc do thói

quen và 7,3% bệnh nhân cố ý mắc dị vật trong đó có 01 bệnh nhân ngáo đá nhét dị vật là ly thủy tinh vào hậu môn trực tràng.

**Biến chứng dị vật:** Trong 41 bệnh nhân mắc dị vật đường tiêu hóa có 22,0% có biến chứng, trong đó biến chứng thường gặp nhất là ứ đọng bã thức ăn (33,3%) và gây tắc nghẽn (33,3%) và gặp thành công dị vật bã thức ăn.Theo y văn Cục bã thức ăn (Bezoas) là dị vật hình thành do kết tụ thức ăn và các chất không tiêu hóa được trong ống tiêu hóa thường tìm thấy ở dạng khối rắn trong dạ dày; Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu bệnh nhân có đau âm ỉ thượng vị, ăn khó tiêu, buồn nôn hoặc biểu hiện một bệnh cảnh tắc ruột... Tán cục bã thức ăn qua nội soi dạ dày bằng cơ học hay thủy lực – các trường hợp này chúng tôi gặp thành công – sau đó bệnh nhân ổn định hết triệu chứng tắc nghẽn chậm tiêu.

Kết quả nghiên cứu chúng tôi biến chứng ít gặp hơn là trầy xước (11,1%), loét và nhiễm trùng (11,1%) các trường hợp này đều rơi vào việc đến muộn sau 24 giờ; Những bệnh nhân hóc dị vật như xương động vật, răng giả, viên thuốc còn nguyên vỏ bọc đều là những dị vật có cạnh sắc nhọn, dễ gây tổn thương thành thực quản trong quá trình lấy ra, niêm mạc có thể xước, rách; Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào thủng thực quản. Thời gian trung bình nhóm có biến chứng là 31,44 ± 20,537. Khi so sánh thời gian trung bình giữa hai nhóm có biến chứng và không biến chứng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p =0,001<0,05. Nhóm có thời gian trung bình đến trễ có nguy cơ biến chứng nhiều hơn. Tuy nhiên khi tìm mối liên quan giữa biến chứng và thời gian bệnh nhân đến bệnh viện trong nghiên cứu chúng tôi sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p =0,471>0,05, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chúng tôi chưa đủ lớn cần có nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn.

**3. Tỷ lệ thành công, tỷ lệ tai biến của nội soi can thiệp lấy dị vật đường tiêu hóa**

Khám, chẩn đoán sớm: nếu dị vật chưa chọc thực quản thì soi gấp dị vật là biện pháp tốt nhất. Trước khi soi cần khám kỹ toàn thân bệnh nhân, hỏi sức tốt, tiền mê và giảm đau chu đáo.

**3.1. Tỷ lệ thành công:** Nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ lấy dị vật thành công của nội soi mềm là 95,1% trong đó thất bại 2 trường hợp 4,9%. Khi so sánh kết quả các tác giả khác,

Tác giả	Võ Xuân Quang	Trần Việt Hồng	Đặng Quốc Thái	Chúng tôi
Nơi NC	BV 110	BVNDGD	BVTMHCT	BVTĐT
n/N	44/46	70/74	88/ 90	39/41
%	95,5%	94,6%	97,78%	95,1%

Kết quả nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ thành công tương đồng các tác giả Võ Xuân Quang, cao hơn BVNDGD, Tuy nhiên thấp hơn nghiên cứu BVTMHCT (97,78%) và BV 110 (100%). Theo tác giả Benito Navaro người Tây Ban Nha, sau nghiên cứu của mình, ông đã khuyên, do ống nội soi mềm có giá thành trên bệnh nhân rất thấp mà lại an toàn, nên được chọn đầu tiên để xử trí dị vật thực quản.

Việc điều trị dị vật tiêu hóa ngày nay khá đơn giản nhờ có sự tiến bộ của nội soi tiêu hóa, đa số lấy dị vật thành công qua nội soi đối với dị vật tiêu hóa trên hay đại trực tràng nếu phát hiện sớm chưa có biến chứng thủng viêm phúc mạc hay abscess ổ bụng. Đối với dị vật thực quản thì nội soi lấy dị vật cần có kỹ năng tốt tránh rách thủng thực quản do thao tác thô bạo gây hậu quả nặng nề như apxe trung thất hay apxe vùng cổ, việc can thiệp phẫu thuật giải quyết biến chứng này khó khăn và có biến chứng sau mổ cao.

### 3.2. Tỷ lệ thất bại

Kết quả nghiên cứu chúng tôi thất bại 2 trường hợp (4,9%) , Tìm hiểu mối liên quan giữa vị trí dị vật và kết quả can thiệp trong nghiên cứu chúng tôi sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,471 > 0,05$ . Mối liên quan giữa kích thước dị vật và kết quả can thiệp trong nghiên cứu chúng tôi sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,529 > 0,05$

Trường hợp thứ nhất dị vật tiêu hóa trên (Thực quản): trẻ 10 tuổi đến trễ sau 48 giờ, mắc xương vẹt nhiều góc cạnh kích thước 20 mm, trong quá trình gấp rơi vào dạ dày và do phương pháp gây tê bé không đồng ý gây mê, trong quá trình thực hiện thủ thuật bé không hợp tác, dùng nội soi và hẹn nhập viện tiền mê thực hiện lần hai; Một số tác giả khuyên cáo đẩy dị vật từ thực quản xuống dạ dày đối với dị vật < 2,5 cm, nó sẽ đi ra ngoài qua đường tiêu hóa tự nhiên, tuy nhiên khuyến cáo này cũng

bị phản đối bởi một số tác giả vì nó có nguy cơ tắc ruột, thủng tạng rỗng<sup>[7]</sup>. Do đó đối với các trường hợp dị vật vô tình rơi vào dạ dày cần phải được theo dõi sát ít nhất 48 giờ, đảm bảo dị vật đi qua đường tiêu hóa.

Trường hợp thứ hai dị vật trực tràng là 01 ly thủy tinh do bệnh nhân ngáo đá nhét vào hậu môn trực tràng - là 01 ly thủy tinh bể nứt 01 phần kích thước 50 mm làm bít tắc hậu môn không qua máy soi được. Do kích thước dị vật quá lớn, tiên hành gấp qua nội soi thất bại, bác sỹ nội soi đã hội chẩn với bác sỹ khoa Ngoại, tạm ngưng chuyển bệnh nhân nhập viện nhanh chóng được chuyển đến khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức. Quá trình phẫu thuật, hình ảnh ly thủy tinh bể nứt 01 phần kích thước đáy ly 60x40 mm, miệng ly 50mm cạnh bên nhọn làm bít tắc hậu môn các bác sỹ đã cắt cơ thắt hậu môn, dùng kẹp có móc, kẹp chặt nhẹ nhàng, xoay vòng. Kéo dị vật ra ngoài an toàn; sau đó sức khỏe của bệnh nhân đã ổn định, xuất viện và hẹn tái khám. Trên thực tế lâm sàng dị vật trực tràng có thể được đưa vào trực tràng như năm 2022 Bệnh viện Nguyễn Tri Phương (TP.HCM) phẫu thuật dị vật quả dưa leo dài hơn 10cm do bệnh nhân tỉnh táo, tự nhét vào. Nội soi trực tràng không gấp ra được và lấy bỏ dị vật trực tràng được thực hiện phẫu thuật bởi các phẫu thuật viên hoặc chuyên gia tiêu hóa có kinh nghiệm lấy bỏ dị vật.

### 3.3. Tỷ lệ tai biến khi can thiệp gấp dị vật

Trong 2 năm qua, nội soi lấy dị vật đường ăn bằng ống mềm không có tai biến nghiêm trọng gì xảy ra, chỉ có 2 ca (4,9%); 01 trường hợp dị vật viên thuốc còn nguyên vỏ kẹt ở tá tràng được gấp ra ngoài an toàn. Sau gấp, soi kiểm tra thấy nhiều vết xước nông, của thực quản - tá tràng; 01 trường hợp dị vật xương cá cắm vào ống hậu môn, lấy dị vật ra ngoài, sau lấy vết loét chỗ xương cắm vào chảy máu ít bị trầy sướt do dị vật dài - góc cạnh. Đây cũng là 2 ca đến trễ có biến chứng.

Tương đồng với các nghiên cứu khác: Theo tác giả Tỷ lệ tai biến khi can thiệp gấp dị vật Võ Xuân Quang tỉ lệ tai biến 4,44% chảy máu ít<sup>[11]</sup>; Theo Trần công Khanh, chảy máu là 2,4%; thủng thực quản là 1,2 % và áp xe là 1,2% nhiều hơn kết quả của chúng tôi.

### 4. Mối liên quan giữa vị trí dị vật và kết quả can thiệp

Mối liên quan giữa vị trí dị vật và kết quả can thiệp trong nghiên cứu chúng tôi sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,471 > 0,05$ .

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều ăn uống bình thường sau khi xuất viện. Theo kinh nghiệm của các phẫu thuật viên đối với dị vật sắc nhọn, nhiều góc cạnh, dị vật kích thước to chúng ta cần kéo nhẹ nhàng dị vật vào lòng ống soi đưa ra ngoài không làm tổn thương cấu trúc xung quanh, từ đó giảm biến chứng phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi về dị vật tiêu hóa cho kết quả tốt chiếm 94,44%, kết quả không tốt chiếm 5,56%, không có trường hợp nào có biến chứng nặng phải chuyển khoa, chuyển viện hay tử vong. Có 5,56% chúng tôi đánh giá không tốt do bệnh nhân sau khi soi, triệu chứng đau vẫn còn nhiều, thất bại khi nội soi gấp dị vật thời gian điều trị kéo dài. Tuy nhiên kết quả khi xuất viện của nghiên cứu thì tất cả trường hợp khỏi hoàn toàn, ăn uống bình thường, triệu chứng lâm sàng không còn đáng kể.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 41 bệnh nhân nội soi can thiệp ống mềm gấp dị vật đường tiêu hóa, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Tuổi trung bình:  $47,82 \pm 17,94$ . Tỷ lệ nữ/nam  $\approx 1.2$ . Triệu chứng thường gặp nhất là nuốt vướng ở họng (87,8%); nuốt khó không ăn được (61,0%); nóng sau xương ức (48,7%); đau ngực (34,1%). Nguyên nhân mắc có 63,4% nuốt phải; 22,0% do dị vật lẫn trong thức ăn. Vị trí dị vật tiêu hóa trên thường mắc nhất (95,1%) gồm thực quản (73,2%); dạ dày (14,6 %); dị vật tiêu hóa dưới (4,9%). Thời gian trung bình từ hóc dị vật đến lúc khám  $23,59 \pm 12,9$  giờ. Thời gian đến lúc khám càng trễ càng dễ gây biến chứng.

Dị vật xương đồng vật (58,5%); thuốc nguyên vỏ (24,4%); bã thức ăn (7,3%); hình dạng dị vật loại nhiều góc cạnh cao nhất 34,1%; que mảnh nhọn (22,0%); sắc nhọn (22,0%). Kích thước trung bình dị vật:  $32,80 \pm 11,940$ . Biến chứng dị vật đường tiêu hóa: Ứ đọng bã thức ăn và tắc nghẽn (33.3%). Đa số lấy dị vật thành công qua nội soi ống mềm 95,1% và phẫu thuật lấy dị vật khi có biến chứng hoặc thất bại (2,45%), điều trị nội (2,45%). Tai biến hay gặp khi can thiệp chảy máu ít và trầy xước nhẹ (4,9%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014) “*Hướng dẫn qui trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa*” của BYT số 3805-QĐ-BYT ban hành ngày 25/09/2014
2. Võ Hoàng Cường (2016) “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị dị vật đường ăn*” Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 6, số 4 - tháng 8/2016
3. Trần Việt Hồng (2013) “*Nhận xét tình hình dị vật thực quản và kết quả điều trị tại Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định*” Y học TP. Hồ Chí Minh \* Tập 17 \* Số 6 \* 2013
4. Lương Thị Minh Hương (2009). “*Dị vật thực quản*”, Tai Mũi Họng. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội: tr. 128-134
5. Trần Phương Nam (2006), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị dị vật thực quản tại bệnh viện Trung Ương Huế*”, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại Học Y dược Huế.
6. Ngô Vương Mỹ Nhân (2009) “*Đánh giá kết quả lấy dị vật đường ăn bằng ống nội soi cứng và ống nội soi mềm*”, Tạp Chí Y Học thành phố Hồ Chí Minh.
7. Nguyễn Đức Phú, Nguyễn Tư Thế (2009), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị dị vật đường ăn tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế*”, “*Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế*”.
8. Đặng Quốc Thái (2018) “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị dị vật thực quản tại Bệnh Viện Tai Mũi Họng Cần Thơ*”, tạp chí Y dược đại học Cần Thơ - S6 11-12/2018
9. Nguyễn Tư Thế (2005), “*Đánh giá dịch tễ và đặc điểm lâm sàng dị vật đường ăn vào khám và điều trị tại khoa Tai mũi họng Bệnh viện Trung ương Huế*”, Tạp chí y khoa Đại học Huế 29, TT. 5-2.
10. Trần Minh Trường (2009), “*Đánh giá lâm sàng và kết quả lấy dị vật thực quản bằng ống nội soi cứng tại Bệnh Viện Chợ Rẫy*”, Tạp chí Y học thực hành, 5(622), Tr 116-118.
11. Võ Xuân Quang “*Nghiên cứu hiệu quả lấy dị vật đường tiêu hóa trên bằng nội soi ống mềm tại khoa tiêu hóa - BV Quân Y 110*”, Tạp chí Y Dược học quân sự số 6-2014

12. Balci AE, Eren S, Eren MN (2004), "*Esophageal foreign bodies under cricopharyngeal level in children: an analysis of 1116 cases*", Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery, 3, pp. 14-18
13. Benito Navarro JR, del Cuavillo Bernal A, Porrás Alonso E. "*Esophageal foreign bodies. Our ten years of experience*" Acta Otorrinolaringol Esp. 2003 Apr;54(4):281-5. Spanish.
14. Dereci S, Koca T, Serdaroglu F, Akcam M (2015), "*Foreign body ingestion in children*", Turkish Archives of Pediatrics, 50, pp. 234-250.
15. Wahid F, Rehman HU, Khan IA (2011), "*Management of foreign bodies of upper digestive tract*", Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, Springer, pp. 1-4.
16. Yan Xiu-e, et al (2014), "*Analysis for 171 cases of esophageal foreign bodies impacted in upper esophagus with endoscopic treatment*". Journal of peking university shealth sciences, 46(1), pp. 160-165.
17. Mesina C, Vasile I, Valcea DI, Pasalega M, Calota F, Paranesu H, Dumitrescu T, Mirea C, Mogoanta S. Problems of diagnosis and treatment caused by ingested foreign bodies. Chirurgia (Bucur) 2013;108:400–406
18. Yao CC, Yang CC, Liew SC, Lin CS. Small bowel perforation caused by a sharp bone: laparoscopic diagnosis and treatment. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 1999;9:226–227.

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BÀNG QUANG KHÔNG CHUYỂN LƯU TẠI BỆNH VIỆN KHÁNH HOÀ (1990 – 2004)

BS. Nguyễn Ngọc Hiền\*

\*Bệnh viện tỉnh Khánh Hòa

## TÓM TẮT

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Bệnh viện Khánh Hòa, phẫu thuật tạo hình bàng quang không chuyển lưu nước tiểu bao gồm phẫu thuật Camey và các phương pháp cải tiến khác đã được thực hiện từ năm 1990 cho các bệnh nhân nam giới bị ung thư bàng quang xâm lấn, có chỉ định cắt bỏ bàng quang triệt căn.

**MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:** Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình bàng quang không chuyển lưu nước tiểu sử dụng trong điều trị ung thư bàng quang xâm lấn

### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

- Tỷ lệ sống trên 5 năm sau mổ 88%. Không có tử vong chu phẫu. Biến chứng ít và nhẹ nhàng có thể dễ dàng khắc phục được.
- Kết quả chung: 19/24 bệnh nhân có điểm chất lượng cuộc sống sau mổ bằng hoặc dưới 2 điểm (thoả mãn với kết quả phẫu thuật), thời gian tiểu không chủ động sau mổ ngắn (són tiểu ban ngày:  $3,83 \pm 1,03$  tháng, són tiểu ban đêm:  $4,96 \pm 1,07$  tháng), đại đa số ( $22/24 = 91,6\%$ ) bệnh nhân có thể đi tiểu chủ động gần bình thường (bằng hoặc dưới 6 lần/ngày).
- Các thông số niệu dòng đồ trong phạm vi bình thường (tồn lưu nước tiểu:  $40 \pm 11,87$  ml, lưu lượng dòng tiểu tối đa:  $11,40 \pm 1,20$  ml/giây) cho thấy bệnh nhân có thể đi tiểu chủ động gần như người bình thường, giúp cho bệnh nhân có thể hoà nhập với cộng đồng, lao động và sinh hoạt như những người bình thường khác.
- Giữa hai nhóm bệnh nhân được mổ tạo hình bàng quang không chuyển lưu, có và không có tạo bàng quang áp lực thấp: sự khác biệt về các thông số niệu dòng đồ không có ý nghĩa thống kê (tồn lưu nước tiểu:  $35,45 \pm 12,34$  ml so với  $44,17 \pm 10,19$  ml –  $p=0,087$ ; lưu lượng dòng tiểu tối đa:  $11,91 \pm 1,15$  ml/giây so với  $10,97 \pm 1,10$  ml/giây –  $p=0,079$ ), nhưng thời gian són tiểu ban ngày cũng như ban đêm trung bình của nhóm bệnh nhân được tạo bàng quang áp lực thấp ngắn hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (són tiểu ban ngày:  $4,55 \pm 0,69$  tháng so với  $3,17 \pm 0,83$  tháng –  $p=0,001$ ; són tiểu ban đêm:  $5,55 \pm 0,69$  tháng so với  $4,42 \pm 1,08$  tháng –  $p=0,006$ ). Như vậy kỹ thuật tạo bàng quang áp lực thấp cho kết quả tốt hơn.

### KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình bàng quang không chuyển lưu nước tiểu - bao gồm phẫu thuật Camey và các phương pháp cải tiến - đã mang lại kết quả tốt hơn (so với các phương pháp khác) cho bệnh nhân, giúp họ tăng thời gian sống sau mổ và tăng chất lượng cuộc sống.

### SUMMARY

#### **THE RESULTS OF RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE BLADDER WITHOUT TRANSFERRING URINE AT KHANH HOA HOSPITAL (1990-2004)**

### INTRODUCTION

Reconstructive surgery of the bladder without transferring urine including Camey surgery and other improved methods has been used at Khanh Hoa Hospital since 1990 for male patients with invasive bladder cancers requiring radical ablation of bladder.

**STUDY OBJECTIVE:** to evaluate the results of the surgery used in the treatment of invasive bladder cancers at Khanh Hoa Hospital in a 15 year period (1990-2004).

### RESULTS AND DISCUSSIONS

- 5-year survival rate was 88%. No perioperative deaths. Minimal complications could be restored.
- Results: 19 of 24 patients had postoperative quality of life equal to or less than 2 points (satisfied with surgical results), short post-operative uncontrolled urination time (daytime urinary incontinence time was  $3,83 \pm 1.03$  months, nocturnal urinary incontinence time was  $4.96 \pm 1.07$  months), the majority ( $22/24 = 91,6\%$ ) of patients could nearly urinate normally (equal to or less than 6 times a day)
- The urinary flow parameters within normal limit (residual urine was  $40 \pm 11.87$  ml, the maximum flow was  $11.40 \pm 1.20$  ml per sec). This showed that patients could have active urinary function as non-patients (equal to or less than 6 times

daily). Patient could reintegrate into the community, work and live as others.

- Of the two groups of patients who had reconstructive surgeries of the bladders with or without forming of low pressure bladders, there was no statistical significant differences between urinary flow parameters (residual urine :  $35.45 \pm 12.34$  ml as compared to  $44.17 \pm 10.19$  mL -  $p = 0.087$ ; primary maximum flow:  $11.91 \pm 1.15$  ml / sec as compared to  $10.97 \pm 1.10$  ml / sec -  $p = 0.079$ ). However, there was statistical significant differences in daytime and nocturnal urinary incontinence between the two groups (daytime urinary incontinence was  $4.55 \pm 0.69$  months as compared to  $3.17 \pm 0.83$  months -  $p = 0.001$ ; nocturnal urinary incontinence was  $5.55 \pm 0.69$  months as compared to  $4.42 \pm 1.08$  months -  $p = 0.006$ ). This showed that techniques with formation of low pressure bladders gave a better result.

## CONCLUSIONS

Reconstructive Surgery of bladder without transferring urine including Camey and improved methods have shown better results (as compared to other methods), increased post-operative survival time and quality of life of patients. However, the procedure of this surgery is complicated and requires a long operation time. A well trained surgical team and careful preparation of patients are required to ensure safeness for patients and optimum results.

## MỞ ĐẦU

Sử dụng một đoạn hồi tràng làm trung gian để chuyển lưu nước tiểu từ niệu quản ra ngoài trong trường hợp cắt bỏ toàn bộ bàng quang do ung thư hay do các nguyên nhân khác đã được Marion đề xướng từ năm 1909. Năm 1950 Bricker đưa ra phương pháp hoàn chỉnh hơn, mang tên tác giả<sup>[12]</sup>. Đây là phương pháp tương đối tốt, đã được nhiều phẫu thuật viên áp dụng. Tuy nhiên, sau khi được làm phẫu thuật Bricker bệnh nhân phải luôn luôn mang bên mình một túi hứng nước tiểu rất bất tiện, mất vệ sinh, làm ảnh hưởng đến tâm lý và sinh hoạt. Từ đó đến nay đã có nhiều tác giả nghiên cứu cải tiến các kiểu bàng quang thay thế hầu giúp bệnh nhân sau mổ được thuận tiện hơn, dễ hòa nhập với cuộc sống hằng ngày, tránh được mặc cảm.

Năm 1958 Maurice Camey thực hiện phương pháp tạo hình bàng quang sau khi cắt toàn bộ bàng quang và tuyến tiền liệt do ung thư, nối bàng quang tân tạo vào niệu đạo sau, áp dụng cho bệnh nhân nam. Năm 1979 Camey và Le Duc báo cáo 90 ca đầu tiên, kết quả rất khả quan về chức năng và chất lượng cuộc sống<sup>[13,14,16]</sup>.

Dần dần phương pháp này được cải tiến thêm nhằm khắc phục các nhược điểm, tạo thêm thuận lợi trong phẫu thuật cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân sau phẫu thuật. Những phương pháp này được gọi chung là “phẫu thuật tạo hình bàng quang không chuyển lưu nước tiểu” (*undivertion bladder substitution*)<sup>[7,18,23]</sup>.

Tại bệnh viện Khánh Hoà các phẫu thuật tạo hình bàng quang không chuyển lưu nước tiểu - bao gồm phẫu thuật Camey và các phương pháp cải tiến -

đã được sử dụng từ năm 1990 cho các bệnh nhân nam bị ung thư bàng quang xâm lấn có chỉ định cắt bỏ bàng quang triệt căn.

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả của các phẫu thuật tạo hình bàng quang không chuyển lưu nước tiểu sử dụng trong điều trị ung thư bàng quang xâm lấn tại bệnh viện Khánh Hoà, trong thời gian 15 năm (1990 - 2004) qua đó rút ra một số kinh nghiệm.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tất cả hồ sơ của các bệnh nhân bị ung thư bàng quang xâm lấn đã được mổ cắt bỏ bàng quang triệt để, tạo hình bàng quang theo phương pháp không chuyển lưu nước tiểu tại bệnh viện Khánh Hoà trong thời gian từ tháng 1-1990 đến tháng 12-2004.

### PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

*Nghiên cứu hồi cứu mô tả, cắt ngang*

- Chẩn đoán dựa vào lâm sàng phối hợp với siêu âm, X-quang, soi bàng quang sinh thiết, GPB. Một số trường hợp có làm cell bloc.

- Ghi nhận: Tuổi, giới, GPB, SA, X.Quang, nước tiểu, đo tồn lưu nước tiểu, niệu dòng đồ, số lần đi tiểu / ngày, chất lượng cuộc sống, thời gian sống sau mổ.

- Đánh giá kết quả dựa vào: Thời gian phục hồi chức năng đi tiểu, niệu dòng đồ, số lần đi tiểu trong ngày, các biến chứng, chất lượng cuộc sống (Kiểm



tra định kỳ các bệnh nhân trên (SA, X.Quang, nước tiểu, đo tồn lưu nước tiểu, niệu dòng đồ, số lần đi tiểu/ngày, chất lượng cuộc sống) sau 3 tháng, 6 tháng, 1 năm và sau mỗi năm kế tiếp).

- Xử lý thống kê: Kiểm định sự liên quan giữa các biến định tính bằng test Fisher's exact, giữa các biến định tính và biến định lượng bằng test Man Whitney. Sử dụng chương trình SPSS for Windows 11.5

**Chỉ định mổ:**

- Ung thư bàng quang xâm lấn, từ T2-G2 trở lên.
- Ung thư bàng quang ở giai đoạn sớm hơn nhưng có nguy cơ cao: thâm nhiễm khắp niệu mạc bàng quang, nhiều ổ tái phát liên tục, không đáp ứng với điều trị bổ sung chống tái phát sau cắt đốt nội soi.
- Ung thư bàng quang thâm nhiễm vùng tam giác

**KẾT QUẢ**

**Tuổi:** Có 24 bệnh nhân được theo dõi

Tuổi trung bình: 57,5 ± 12,2 tuổi. Lớn nhất: 78 tuổi, nhỏ nhất: 30 tuổi

Độ tuổi thường gặp: 50-70 tuổi.

**Kết quả giải phẫu bệnh**

Giải phẫu bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
T3-GR 3	18	75%
T4-GR 3	6	25%

- 75% bệnh nhân vào giai đoạn T3, Grade 3.
- 25% bệnh nhân vào giai đoạn T4, Grade 3.

**Phương pháp mổ**

	PHƯƠNG PHÁP MỔ		
	CAMEY I	CAMEY II	STUDER
T3-GR 3	7	2	9
GPB			
T4-GR 3	4	2	0
TỔNG CỘNG	11	4	9

- Nhóm 1 (Camey I - Không tạo BQ áp lực thấp): 11 ca
- Nhóm 2 Camey 2 và Studer – Tạo BQ áp lực thấp: 13 ca

niệu và cổ bàng quang.

**Kỹ thuật mổ:**

- Cắt bỏ bàng quang, tuyến tiền liệt đến sát mỡ tuyến. Cắt ngang niệu đạo bên trên cơ vòng vân 3-5 mm, tránh không làm tổn thương cơ vòng. Đặt 4 mũi chỉ chờ ở 4 góc của miệng niệu đạo.
- Cắt rời một đoạn hồi tràng # 60 cm, cách góc hồi manh tràng # 20 cm. Nối lại hồi tràng tận tận.
- Bơm rửa sạch đoạn ruột. Tạo túi chứa nước tiểu: có thể để nguyên đoạn ruột (Camey I – không tạo bàng quang áp lực thấp), khâu lại thành túi tròn (Camey II), hoặc tạo túi theo kiểu Studer hoặc Studer cải tiến (tạo bàng quang áp lực thấp).
- Cắm 2 niệu quản vào bàng quang tân tạo. Nối bàng quang tân tạo vào niệu đạo sau. Dẫn lưu.

**Kết quả kiểm tra**

Thời gian són tiểu ban ngày sau mổ:

PP MỔ		THỜI GIAN SÓN TIỂU BAN NGÀY (tháng)
CAMEY 1	TB	4,55
	ĐỘ LỆCH	0,69
CAMEY CẢI TIẾN (CAMEY 2 & STUDER)	TB	3,17
	ĐỘ LỆCH	0,83
TỔNG CỘNG	TB	3,83
	ĐỘ LỆCH	1,03
p (test Man Whitney)		0,001

- Thời gian bệnh nhân đi tiểu không kiểm soát ban ngày trung bình chung là 3,83 ± 1,03 tháng sau mổ. Sự khác biệt về thời gian són tiểu ban ngày giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p=0,001$ ).

Thời gian són tiểu ban đêm sau mổ:

PP MỔ		THỜI GIAN SÓN TIỂU BAN ĐÊM (tháng)
CAMEY 1	TB	5,55
	ĐỘ LỆCH	0,69

CAMEY CẢI TIẾN (CAMEY 2 & STUDER)	TB ĐỘ LỆCH	4,42 1,08
TỔNG CỘNG	TB ĐỘ LỆCH	4,96 1,07
p (test Man Whitney)		0,006

- Thời gian bệnh nhân són tiểu ban đêm trung bình chung là  $4,96 \pm 1,07$  tháng sau mổ. Sự khác biệt về thời gian són tiểu ban đêm giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p=0,006$ ).

**Tồn lưu nước tiểu**

PHƯƠNG PHÁP MỔ		TỒN LƯU (ml)
CAMEY 1	TB	35,45
	ĐỘ LỆCH	12,34
CAMEY CẢI TIẾN (CAMEY 2 & STUDER)	TB	44,17
	ĐỘ LỆCH	10,19
TỔNG CỘNG	TB	40,00
	ĐỘ LỆCH	11,87
p (test Man Whitney)		0,087

- Tồn lưu nước tiểu trung bình chung sau mổ là  $40 \pm 11,78$  ml. Sự khác biệt về Tồn lưu nước tiểu giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,087$ ).

**Lưu lượng dòng tiểu tối đa**

PHƯƠNG PHÁP MỔ		LLDT TB (ml/g)
CAMEY 1	TB	11,91
	ĐỘ LỆCH	1,15
CAMEY CẢI TIẾN (CAMEY 2 & STUDER)	TB	10,97
	ĐỘ LỆCH	1,10
TỔNG CỘNG	TB	11,40
	ĐỘ LỆCH	1,20
p (test Man Whitney)		0,079

- Lưu lượng dòng tiểu tối đa trung bình chung là

$11,40 \pm 1,20$  ml/giây. Sự khác biệt về Lưu lượng dòng tiểu tối đa giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,079$ ).

**Số lần đi tiểu/ngày**

SỐ LẦN	SỐ BN	TỶ LỆ %
5 lần	12	50,0
6 lần	10	41,7
7 lần	2	8,3

- Hầu hết bệnh nhân (22/24) sau mổ có số lần đi tiểu như một người bình thường ( $\geq 6$  lần/24 giờ).

**Điểm chất lượng cuộc sống**

ĐIỂM CLCS	SỐ BN	%
0 điểm	0	0
1 điểm	5	20,8
2 điểm	14	58,3
3 điểm	4	16,7
4 điểm	1	4,2
5 điểm	0	0
6 điểm	0	0

*Ghi chú: 0đ: Rất tốt; 1đ: Tốt; 2đ: Thoả mãn; 3đ: Tạm được; 4đ: Không thoả mãn; 5đ: Bất hạnh; 6đ: Không thể chịu được*

- 18/24 bệnh nhân có điểm chất lượng  $\geq 2$  điểm (thoả mãn với kết quả phẫu thuật).

**Biến chứng**

**Thận chương nước**

SIÊU ÂM THẬN	SỐ BỆNH NHÂN	TỶ LỆ %
BÌNH THƯỜNG	1	4,2
THẬN CN ĐỘ I	14	58,3
THẬN CN ĐỘ II	9	37,5

Có 37,5% bệnh nhân có biến chứng thận chương nước độ II sau 1 năm.

**Xơ hẹp miệng nói bàng quang-niệu đạo**

HỆP MIỆNG NÓI	SỐ BỆNH NHÂN	TỶ LỆ %
KHÔNG	22	91,7
CÓ	2	8,3

- Có 2/24 bệnh nhân bị hẹp miệng nói bàng quang-niệu đạo gây tiểu khó. Sau khi được nội soi cắt sẹo, bệnh nhân đi tiểu bình thường.

**Nhiễm trùng nước tiểu**

NHIỄM TRÙNG NIỆU	SỐ BỆNH NHÂN	TỶ LỆ %
KHÔNG	20	83,3
CÓ	4	16,7

- Có 4/24 bệnh nhân bị nhiễm trùng niệu tái phát nhiều lần ( $\epsilon$  2 lần) phải dùng kháng sinh điều trị.

**Tắc ruột**

TẮC RUỘT	SỐ BỆNH NHÂN	TỶ LỆ %
KHÔNG	22	91,7
CÓ	2	8,3

- Có 2 bệnh nhân bị tắc ruột do dính. Một bệnh nhân bị tắc ruột sau 3 tháng do bị dò miệng nối hồi tràng, được phát hiện trễ. Bệnh nhân bị suy kiệt sau mổ, tử vong.

**Thời gian sống sau mổ**

Đến nay có 8 bệnh nhân chết, trong đó có 3 BN chết trước 5 năm:

- 1 bệnh nhân chết sau 3 tháng do tắc ruột.
- 1 bệnh nhân chết sau 11 tháng do ung thư di căn.
- 1 bệnh nhân chết sau 3 năm 10 tháng.
- 1 bệnh nhân chết sau 5 năm, 7 tháng.
- 1 bệnh nhân chết sau 6 năm, 6 tháng.
- 1 bệnh nhân chết sau 8 năm, 6 tháng.
- 1 bệnh nhân chết sau 8 năm, 9 tháng.
- 1 bệnh nhân chết sau 8 năm, 11 tháng.

Trong 17 bệnh nhân còn sống sau phẫu thuật có: 9 bệnh nhân được mổ dưới 5 năm, 1 bệnh nhân đã mổ trên 5 năm, 1 bệnh nhân trên 6 năm, 1 bệnh nhân trên 7 năm, 2 bệnh nhân trên 8 năm, 2 bệnh nhân trên 9 năm, 1 bệnh nhân trên 10 năm.

**BÀN LUẬN**

Tại Bệnh viện tỉnh Khánh Hoà, trong 15 năm đã có 48 bệnh nhân ung thư BQ xâm lấn ở giai đoạn từ T3.GIII trở lên được điều trị phẫu thuật theo các phương pháp:

- Phương pháp Bricker : 16 bệnh nhân
- Phương pháp Snyder : 1 bệnh nhân
- Phương pháp Coffey : 1 bệnh nhân
- Phương pháp Sulivanchrist : 6 bệnh nhân

- Phương pháp Camey và Studer (tạo hình BQ không chuyên lưu): 25 bệnh nhân.

- 1 BN chết sau 3 tháng do tắc ruột.

Qua khảo sát 24 bệnh nhân được tạo hình theo các phương pháp không chuyên lưu nước tiểu, trong đó có 11 bệnh nhân theo phương pháp Camey I (không tạo bàng quang áp lực thấp) và 13 bệnh nhân theo các phương pháp Camey II và Studer (có tạo bàng quang áp lực thấp), chúng tôi nhận thấy:

Hầu hết các bệnh nhân lớn tuổi, tuổi trung bình:  $57,5 \pm 12,2$  tuổi, nhỏ nhất: 30 tuổi, lớn nhất: 78 tuổi, thường gặp ở độ tuổi từ 50-70 tuổi.

Theo Đào Quang Oánh và cs<sup>[6]</sup>: tuổi của bệnh nhân là từ 30-81 tuổi.

**Giải phẫu bệnh:** tất cả 24 bệnh nhân đều bị ung thư tế bào chuyển tiếp, xâm lấn gồm:

- T3-GR3: 18 bệnh nhân
- T4-GR3: 6 bệnh nhân

- Đa số bệnh nhân đến bệnh viện rất trễ, đã ở giai đoạn ung thư xâm lấn (T3-G3, T4-G3) và thường đã có di căn hạch. Một số bệnh nhân có đến khám sớm nhưng do không đúng chuyên khoa nên bác sĩ không phát hiện ra bệnh, hoặc sau một đợt kháng sinh, bệnh nhân tạm ổn, hết tiểu ra máu, tưởng là khỏi bệnh, đến khi bệnh nặng vào viện thì đã ở giai đoạn tiến triển xa do đó phải được giải quyết triệt để (cắt bỏ bàng quang-tuyến tiền liệt, nạo hạch), nên vấn đề tạo hình bàng quang là rất cần thiết (bảng 3.2).

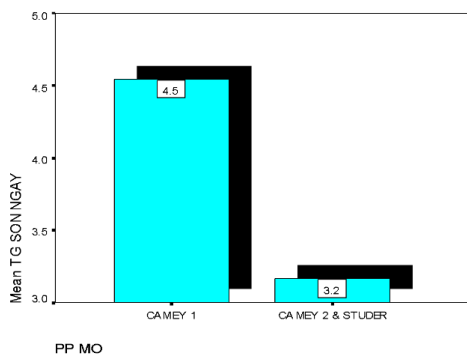
**Kết quả:** Ngoại trừ 1 bệnh nhân chết trong vòng 3 tháng do tắc ruột, thủng gây viêm phúc mạc (không đưa vào nghiên cứu), những bệnh nhân khác đều được kiểm tra định kỳ (ít nhất 2 lần). Để khảo sát các kết quả một cách tỉ mỉ hơn chúng tôi chia các bệnh nhân thành 2 nhóm: nhóm 11 bệnh nhân được tạo hình bàng quang theo phương pháp Camey I và nhóm 13 bệnh nhân được tạo hình bàng quang theo các phương pháp Camey II và Studer (có tạo bàng quang áp lực thấp), chúng tôi ghi nhận được những kết quả như sau:

*Thời gian bệnh nhân tiểu không chủ động (són tiểu) ban ngày sau mổ:*

Nhóm Camey I: trung bình  $4,55 \pm 0,69$  tháng.

Nhóm Camey II và Studer: trung bình  $3,17 \pm 0,83$  tháng.

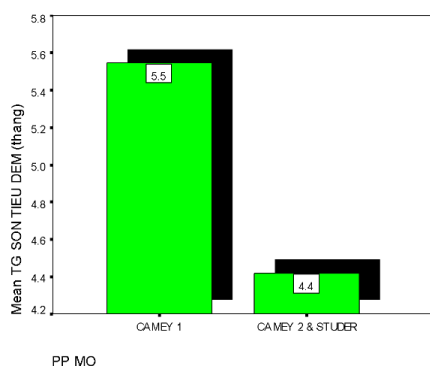
Tổng cộng, thời gian bệnh nhân tiểu không chủ động ban ngày trung bình chung là  $3,38 \pm 1,03$  tháng. Kết quả trên cũng cho thấy ở nhóm bệnh nhân được mổ theo phương pháp Camey cải tiến (có tạo bàng quang áp lực thấp) có thời gian tiểu không kiểm soát ban ngày ngắn hơn ở nhóm bệnh nhân được tạo hình bàng quang theo phương pháp Camey I (không tạo bàng quang áp lực thấp). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,001$ ) (Bảng 3.3.1).



*Thời gian bệnh nhân són tiểu ban đêm sau mổ*

Nhóm Camey I: trung bình  $5,55 \pm 0,69$  tháng  
 Nhóm Camey II và Studer: trung bình  $4,42 \pm 1,08$  tháng

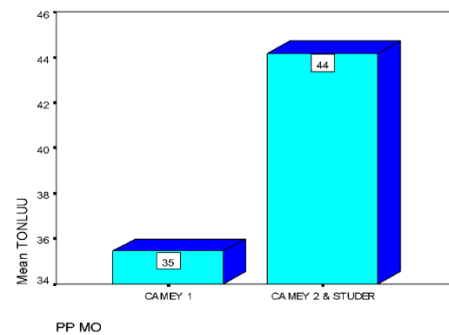
Tổng cộng, thời gian bệnh nhân són tiểu ban đêm trung bình là  $4,96 \pm 1,07$  tháng. Kết quả trên cũng cho thấy ở nhóm bệnh nhân được mổ theo phương pháp Camey cải tiến (có tạo bàng quang áp lực thấp) có thời gian tiểu không kiểm soát ban ngày ngắn hơn ở nhóm bệnh nhân được tạo hình bàng quang theo phương pháp Camey I (không tạo bàng quang áp lực thấp). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,006$ ) (bảng 3.3.2)



*Tồn lưu nước tiểu*

- Nhóm Camey I: trung bình  $35,45 \pm 12,34$  ml  
 - Nhóm Camey II và Studer: trung bình  $44,17 \pm 10,18$  ml

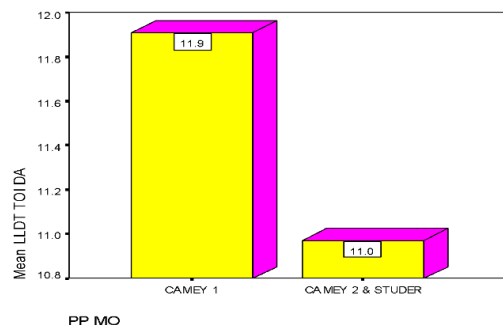
Tổng cộng, tồn lưu nước tiểu trung bình là  $40 \pm 11,87$  ml. Mức độ tồn lưu này có thể chấp nhận được đối với bàng quang được tạo hình bằng ruột để bệnh nhân có thể kiểm soát được việc đi tiểu. Kết quả trên cũng cho thấy ở nhóm bệnh nhân được mổ theo phương pháp Camey cải tiến (có tạo bàng quang áp lực thấp) có tồn lưu nước tiểu nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân được tạo hình bàng quang theo phương pháp Camey I (không tạo bàng quang áp lực thấp). Tuy nhiên sự khác biệt tồn lưu nước tiểu giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,087$ ) (bảng 3.3.3).



*Lưu lượng dòng tiểu tối đa*

- Nhóm Camey I: trung bình  $11,91 \pm 1,15$  ml/gi  
 - Nhóm Camey II và Studer: trung bình  $10,97 \pm 1,10$  ml/gi

Tổng cộng, lưu lượng dòng tiểu tối đa trung bình  $11,40 \pm 1,20$  ml/gi. Mức lưu lượng dòng tiểu tối đa này cho phép bệnh nhân có thể đi tiểu một lần khoảng 300 ml nước tiểu trong vòng 40 giây đến hơn 1 phút một cách thoải mái do đó có thể giữ nhịp độ đi tiểu ngày 4-6 lần như một người bình thường.



Đào Quang Oánh trong lô nghiên cứu của mình cho thấy bệnh nhân có lưu lượng dòng tiểu tối đa trung bình là 12 ml/gi<sup>[6]</sup>. Kết quả trên cũng cho thấy ở nhóm bệnh nhân được mổ theo phương pháp Camey cải tiến (có tạo bàng quang áp lực thấp) có lưu lượng dòng tiểu tối đa nhỏ hơn ở nhóm bệnh nhân được tạo hình bàng quang theo phương pháp Camey I (không tạo bàng quang áp lực thấp). Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,076$ ) (bảng 3.4.4).

Như vậy, phẫu thuật tạo bàng quang áp lực thấp không làm thay đổi tồn lưu nước tiểu và lưu lượng dòng tiểu tối đa, nghĩa là không ảnh hưởng đến số lần đi tiểu trong ngày của bệnh nhân nhưng có tác dụng rút ngắn thời gian bệnh nhân có thể đi tiểu chủ động ban ngày và thời gian còn sót tiểu ban đêm, góp phần làm tăng chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

*Số lần đi tiểu trong ngày*

Trong lô nghiên cứu này có 12 bệnh nhân đi tiểu 5 lần/24 giờ; 10 bệnh nhân: 6 lần/24 giờ; 2 bệnh nhân: 7 lần/24 giờ (1 bệnh nhân chết sau 3 tháng không kiểm tra). Như vậy đa số bệnh nhân (22/24 người) đi tiểu như một người bình thường (đ 6 lần/24 giờ), 2 bệnh nhân còn lại đi tiểu 7 lần/24 giờ cũng có thể chấp nhận được (bảng 3.5).

**Các biến chứng sau mổ**

So sánh nhóm các bệnh nhân được mổ tạo hình bàng quang theo phương pháp Bricker tại bệnh viện Khánh Hòa (thời gian theo dõi trung bình là 6 năm 9 tháng) với nhóm các bệnh nhân được mổ theo các phương pháp tạo hình bàng quang không chuyển lưu từ năm 1990 đến nay (thời gian theo dõi trung bình là 8 năm 4 tháng), kết quả như sau:

BIẾN CHỨNG	PT TẠO HÌNH BQ	
	PT BRICKER (16)	KHÔNG CHUYỂN LƯU (24)
NHIỄM TRÙNG NIỆU (thường xuyên)	12/14	4/24
CHƯÓNG NƯỚC THẬN & ĐỘ II	ĐỘ II: 7/14 ĐỘ III: 2/14	ĐỘ II: 9/24 ĐỘ III: 0/24
TEO HẸP MIỆNG NỔI (BÀNG QUANG-NIỆU ĐẠO)	2/14	2/24
TÁC RUỘT DO DÍNH (phải mổ lại)	0/14	1/24

Vũ Lê Chuyên<sup>[2]</sup> theo dõi 49 bệnh nhân bị ung thư bàng quang được mổ cắt bàng quang, tạo hình theo phương pháp Bricker từ 1956-1990 thấy: biến chứng dò nước tiểu 38%, suy thận 20,4%, liệt ruột 18,3%, bung vết mổ 10,2%, nhiễm trùng vết mổ 10,2%, viêm thận-bể thận 5,1%, viêm phổi sau mổ 5,1%.

Theo tài liệu các nước ngoài:

- Gieo rắc ung thư vào phẫu trường là một biến chứng đáng ngại nhất. Tỷ lệ này là từ 10% - 18% tùy tác giả<sup>[12-14,20,22]</sup> và phụ thuộc vào độ biệt hóa của ung thư. Ngày nay, với phương pháp cắt bàng quang “kín” như mô tả trên thì theo các tác giả, tỷ lệ gieo rắc ung thư là rất thấp<sup>[27-31]</sup>. Những biến chứng thường gặp là:

- Dò bàng quang âm đạo và bàng quang trực tràng: 5-7%
- Nhồi máu cơ tim: 2-3%
- Thuyên tắc mạch máu phổi: 1-5%
- Thận ứ nước sau cầm lại niệu quản: 10-20%
- Xi chõ cầm niệu quản: 5-10%

Lugagne và cộng sự<sup>[27]</sup> nghiên cứu trên 158 bệnh nhân bị ung thư bàng quang xâm lấn được điều trị bằng phẫu thuật triệt để và tạo hình bàng quang không chuyển lưu từ năm 1980-1989, kết quả có 4,9% bị teo hẹp miệng nối, 3,7% phải mổ cầm lại niệu quản, 2% phải mổ cắt thận.

**Chất lượng cuộc sống**

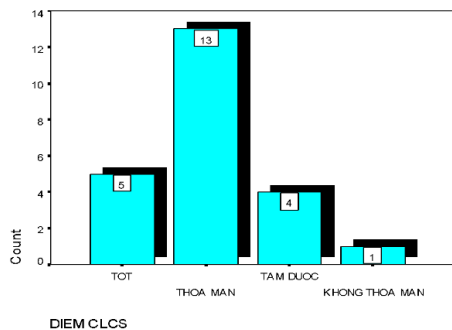
Qua kiểm tra các bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật tại bệnh viện Khánh Hòa trong 15 năm qua:

- Về cảm giác chủ quan: Các bệnh nhân được mổ chuyển lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker thường phàn nàn vì túi nước tiểu mang bên hông làm họ khó chịu, ban đêm nước tiểu thường chảy ra ngoài gây bẩn. Đa số không thấy thoải mái.

Các bệnh nhân được tạo hình bàng quang với phương pháp không chuyển lưu cảm thấy dễ chịu hơn, sinh hoạt thoải mái hơn vì họ vẫn có thể tiểu tiện theo đường tự nhiên và chủ động. Tuy có một số bệnh nhân có sót tiểu ban ngày kéo dài (11 bệnh nhân 4 tháng, 5 bệnh nhân 5 tháng, 1 bệnh nhân 6 tháng), thời gian bệnh nhân bị sót tiểu ban đêm trung bình là  $4,96 \pm 1,07$  tháng. Nhiều bệnh nhân 2, 3 năm sau có thể đi du lịch mà không thấy

có gì trở ngại như bệnh nhân Lê Bá Nh. (mở 1995), Kiều B. (mở 1996), Nguyễn L. (mở 1998), bệnh nhân Lương C., bệnh nhân Dương Thành S... Đa số bệnh nhân có thể trở lại công việc lao động, hòa nhập với cộng đồng, vui chơi giải trí như mọi người bình thường khác.

Kết quả kiểm tra các bệnh nhân trong lô nghiên cứu này cho thấy điểm chất lượng cuộc sống của 24 bệnh nhân như sau: 1 điểm có 5 bệnh nhân, 2 điểm có 14 bệnh nhân, 3 điểm có 4 bệnh nhân, 4 điểm có 1 bệnh nhân, không có bệnh nhân nào 5 và 6 điểm, cho thấy đại đa số bệnh nhân bằng lòng với kết quả phẫu thuật, không ai có phàn nàn hoặc thấy khó chịu hay không thể chấp nhận phẫu thuật (Bảng 3.6).



Theo Đào Quang Oánh, Vũ Văn Ty và cộng sự<sup>[5-7]</sup>, Hautmann<sup>[22]</sup> *chất lượng cuộc sống là ưu điểm lớn nhất của phẫu thuật tạo hình bàng quang không chuyển lưu: sau mổ bệnh nhân kiểm soát được đường tiểu, chủ động đi tiểu nên ít ảnh hưởng đến đời sống tâm-sinh lý và sinh hoạt xã hội, có thể hoà nhập với đời sống cộng đồng.*

Camey theo dõi 110 bệnh nhân ung thư bàng quang được chính ông mổ tạo hình theo phương pháp Camey I từ năm 1987-1991 thấy: 1 tử vong; 92,6% tiểu chủ động ban ngày; 74,3% không còn són tiểu ban đêm, số còn lại thỉnh thoảng bị són tiểu vào buổi sáng khi thức dậy.

Theo ông trong đêm bệnh nhân nên dậy đi tiểu 1 lần sẽ tránh được tình trạng này<sup>[21]</sup>.

### Thời gian sống sau mổ

Tại bệnh viện Khánh Hòa, trong 24 ca mổ theo phương pháp tạo hình bàng quang không chuyển lưu, cho đến nay có 8 bệnh nhân đã chết, trong đó 1 bệnh nhân chết do tắc ruột sau 3 tháng, 1 bệnh nhân chết do đi căn sau 11 tháng, có lẽ do trong

thời gian đầu phẫu thuật viên chưa có nhiều kinh nghiệm; 7 bệnh nhân còn lại: 1 bệnh nhân chết sau 3 năm 10 tháng, 1 bệnh nhân chết sau hơn 5 năm, 1 bệnh nhân chết sau hơn 6 năm, 2 bệnh nhân chết sau hơn 8 năm, 1 bệnh nhân chết sau 9 năm. Trong đó 3 bệnh nhân chết trước 5 năm. Như vậy có 22/25 bệnh nhân sống trên 5 năm sau mổ, tỷ lệ 88%.

Trong 16 bệnh nhân còn sống có 1 bệnh nhân đã mổ trên 5 năm, 1 bệnh nhân trên 6 năm, 1 bệnh nhân trên 7 năm, 2 bệnh nhân trên 8 năm, 1 bệnh nhân trên 9 năm, 1 bệnh nhân trên 10 năm. 9 bệnh nhân còn lại thời gian mổ dưới 5 năm. Đặc biệt các bệnh nhân Lê Bá Nh. (mở 1995), Kiều B. (mở 1996), Nguyễn L. (mở 1998)... hiện nay vẫn sống khỏe, thể trạng tốt, đi tiểu chủ động ngày 5-6 lần, lao động bình thường.

Về chức năng sinh lý chúng tôi không điều tra được vì hầu hết bệnh nhân ngại khi đề cập đến vấn đề này và họ né tránh không trả lời.

Theo y văn:

- Tỷ lệ di căn sau 5 năm:

+ Phương pháp Bricker: #15%<sup>[15]</sup>

+ Phương pháp Camey: 0%.<sup>[15-18]</sup>

- Tỷ lệ sống 5 năm sau mổ:

+ Phương pháp Bricker: 25-30%<sup>[14]</sup>

+ Phương pháp Camey: 70-80%<sup>[15-18]</sup>

- Tử vong chu phẫu: hiện nay hiếm gặp nhưng ngày trước (vào những thập niên 1950, 1960) tỷ lệ này là 10%.

Theo Đào Quang Oánh, Vũ Văn Ty và cộng sự<sup>[5-7]</sup>, tuy phẫu thuật tạo hình bàng quang không chuyển lưu không có ý nghĩa cải thiện thời gian sống của bệnh nhân sau phẫu thuật (so với các phương pháp tạo hình bàng quang khác) nhưng nếu được thực hiện đúng kỹ thuật, nạo hạch kỹ và tạo được bàng quang áp lực thấp, chống trào ngược để bảo vệ thận có ý nghĩa quan trọng có thể đưa đến kết quả làm tăng thời gian sống của bệnh nhân sau mổ. Hautmann<sup>[22]</sup> cũng có nhận định tương tự.

Theo một số tác giả nước ngoài<sup>[12-15]</sup>, kết quả sống 5 năm sau khi cắt toàn phần bàng quang phụ thuộc

vào giai đoạn ung thư lần độ biệt hóa: ở giai đoạn B2 hay C, tỷ lệ sống còn 5 năm chỉ có 3%, trong khi ở giai đoạn A, tỷ lệ này là hơn 70% khi không có di căn hạch.

NGUỒN	GIAI ĐOẠN	SỐ BỆNH NHÂN	TỶ LỆ SỐNG 5 NĂM (%)
Whitmore & Marshall (1962)	P3b	42	17
Richie (1975)	P3b	23	19,7
	P4a	9	0
Pearse (1978)	P3b	Không ghi nhận	20
Bredael (1980)	P3b	24	25
	P4	11	18
Giulani (1985)	P3	61	11
	P4	18	0
Pagano (1990)	P3b	Không ghi nhận	22
	P4	26	27
Whithmore & Tenney (1991)	P3b	48	58
	P4	21	49

Theo Skinder và cộng sự (1988)<sup>[32]</sup>, Shaaban và cộng sự (1991)<sup>[31]</sup>, Roth và cộng sự (1996)<sup>[30]</sup>: tỷ lệ biến chứng khoảng 35% còn tỷ lệ tử vong khoảng 20%.

Theo Peter Carroll (2000)<sup>[29]</sup> trước đây phẫu thuật cắt bàng quang triệt để kèm theo tạo hình bàng quang không chuyên lưu nước tiểu có nhiều biến chứng và tỷ lệ tử vong cao, ngày nay nhờ vào sự tiến bộ của gây mê hồi sức và những tiến bộ trong phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng chỉ còn ít hơn 10% và tỷ lệ tử vong dưới 2%. Camey có 1/110 (tỷ lệ #0,9%) bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật<sup>[21]</sup>.

Theo Boyd, Feinberg<sup>[13]</sup>: “đối với ung thư bàng quang giai đoạn III, nếu được phẫu thuật triệt để và dùng kỹ thuật, tỷ lệ sống trên 5 năm vào khoảng 30-45%”.

### KẾT LUẬN

Qua hồi cứu 24 bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn giai đoạn T3-G3 và T4-G3 được mổ cắt

bàng quang, tuyến tiền liệt, nạo hạch và tạo hình bàng quang theo các phương pháp không chuyên lưu nước tiểu, chúng tôi nhận thấy:

- Tỷ lệ sống trên 5 năm sau mổ 88%. Không có tử vong chu phẫu. Biến chứng ít và nhẹ nhàng có thể dễ dàng khắc phục được.

- Kết quả chung tốt: 19/24 (79,2%) bệnh nhân có điểm chất lượng cuộc sống sau mổ bằng hoặc dưới 2 điểm (thỏa mãn với kết quả phẫu thuật); thời gian tiểu không chủ động sau mổ ngắn (són tiểu ban ngày:  $3,83 \pm 1,03$  tháng, són tiểu ban đêm:  $4,96 \pm 1,07$  tháng); hầu hết (22/24 = 91,6%) bệnh nhân có thể đi tiểu chủ động gần bình thường (bằng hoặc dưới 6 lần/ngày). Nếu bệnh nhân chịu khó tập luyện thời gian này còn có thể rút ngắn hơn nữa.

- Các thông số niệu dòng đồ trong phạm vi bình thường (tồn lưu nước tiểu:  $40 \pm 11,87$  ml, lưu lượng dòng tiểu tối đa:  $11,40 \pm 1,20$  ml/giây) cho thấy bệnh nhân có thể đi tiểu chủ động gần như người bình thường, giúp cho bệnh nhân có thể hoà nhập với cộng đồng, lao động và sinh hoạt như những người bình thường khác.

- Giữa hai nhóm bệnh nhân được mổ tạo hình bàng quang không chuyên lưu - có và không có tạo bàng quang áp lực thấp - sự khác biệt về các thông số niệu dòng đồ không có ý nghĩa thống kê (tồn lưu nước tiểu:  $35,45 \pm 12,34$  ml so với  $44,17 \pm 10,19$  ml -  $p=0,087$ ; lưu lượng dòng tiểu tối đa:  $11,91 \pm 1,15$  ml/giây so với  $10,97 \pm 1,10$  ml/giây -  $p=0,079$ ), nhưng thời gian són tiểu ban ngày cũng như ban đêm trung bình của nhóm bệnh nhân được tạo bàng quang áp lực thấp ngắn hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (són tiểu ban ngày:  $4,55 \pm 0,69$  tháng so với  $3,17 \pm 0,83$  tháng -  $p=0,001$ ; són tiểu ban đêm:  $5,55 \pm 0,69$  tháng so với  $4,42 \pm 1,08$  tháng -  $p=0,006$ ). Như vậy kỹ thuật tạo bàng quang áp lực thấp cho kết quả tốt hơn.

Tuy nhiên phẫu thuật này khá phức tạp, thời gian mổ dài nên cần đào tạo một ekip mổ quen việc và chuẩn bị bệnh nhân thật tốt để có thể bảo đảm an toàn cho bệnh nhân và mang lại kết quả tốt.

Ngày nay, khi khoa học càng phát triển, cuộc sống càng văn minh thì vai trò của y học không chỉ đơn thuần là cứu sống người bệnh mà còn là cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân<sup>[6],[22]</sup>.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Phạm Văn Bùi, Nguyễn Tuấn Vinh, Nguyễn Ngọc Tiến. (1998). Nhận xét bước đầu về bọng đái nhân tạo bằng hồi manh tràng với cắt dải cơ dọc và hoá trị liệu bổ túc trong ung thư bọng đái. Tạp chí Y Học TP. HCM tập 2, số 4; tr. 207-211.
2. Vũ Lê Chuyên, Lê Hữu Sinh, Phạm Hữu Đương (1994). Biến chứng sớm của bọng đái hồi tràng chuyển lưu. Sinh hoạt khoa học kỹ thuật bệnh viện Bình Dân: 283-254.
3. Nguyễn Ngọc Hiền (2001). Một số nhận xét qua 13 ca tạo hình bàng quang theo phương pháp Camey. Tạp chí Y Học Việt Nam. Số 4,5,6; tr. 177 - 179. Tổng Hội Y Dược Học VN.
4. Ngô Gia Hy (1980). Ung thư bọng đái. Niệu học tập I. NXB Y Học. Tr. 210-243.
5. Nguyễn Kỳ, Nguyễn Bửu Triều (1993): Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư BQ trong 10 năm (1982-1991) tại BV Việt Đức. Ngoại Khoa tập 23, số 3 : 7-17.
6. Đào Quang Oánh, Vũ Văn Ty & cộng sự (2001). Tạo hình bọng đái bằng ruột. Tạp chí Y Học Việt Nam. Số 4,5,6; tr. 196 - 204. Tổng Hội Y Dược Học VN.
7. Đào Quang Oánh, Vũ Văn Ty, Phạm Văn Bùi, Nguyễn Văn Ân (2004). Phẫu thuật không chuyển lưu trong Niệu Khoa. Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh. Tập 8, phụ bản số 1, Đại Học Y Dược TP. HCM : 289-295; 2004.
8. Đào Quang Oánh, Phạm Văn Bùi, Nguyễn Văn Ân, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (1995). Tạo hình bọng đái bằng hồi tràng (kiểu áp lực thấp) trong phẫu thuật cắt bỏ toàn phần bọng đái. Thời sự Y Dược Học TP HCM. Số 3; tr. 17-19; tháng 6.
9. Đào Quang Oánh & cộng sự (1999). Tạo hình bọng đái bằng ruột. Tổng kết NCKH và cải tiến kỹ thuật 10 năm tại bệnh viện Bình Dân 1990-1999: 213-222.
10. Nguyễn Tuấn Vinh (1998). Các phẫu thuật trong điều trị ung thư bàng quang. Luận án tiến sĩ Y Học, mã số 03.01.27. tr. 14 - 29.
11. Hiệp Hội Quốc Tế Chống Ung Thư: (1995), Ung thư Bàng Quang, Cẩm nang Ung bướu học lâm sàng. Chương 29, tập 2:661-624.
12. Boyd, Feinberg (1987). Quality of life survey of urinary diversion patients: comparison of ileal conduits versus continent Kock ileal reservoirs. J Uro. n. 138 : 1386-1389.
13. H. Boto (1994) Remplacement de vessie in situ après prostatocystectomie totale. La Gazette Medicale. n.18: 13-15 Mai.
14. Bricker Em. (1979) Bladder substitution after pelvic evisceration. Surg. Clin. North Amer. n. 30: 1511-1512.
15. Camey M. (1990) Detubularized U-shaped cystoplasty (Camey 2). Curr Surg Tech Urol n. 3:1-5.
16. Camey M, Leduc A. (1979) L'enterocystoplastie avec cystoprostatectomie totale pour cancer de la vessie. Ann Urol n. 13:114-121.
17. Camey M. (1979) Bladder replacement by ileocystoplasty following radical cystectomy. Sem. Uro. n. 5: 8-14.
18. Camey m. And Botto h. (1991) Ileal Cystoplasty. Problems in Urology. Philadelphia: J. B. Lippincott, vol. 5: 307-315.
19. Coffey RC. (1911) Physiologic implantation severed uretere or common bile duct into the intestine. Jama n. 56: 397-403.
20. Cornud F., Lefebvre J. F., Chretien Y., Helenon O., Casanova J. M. and Moreau J. F. (1996) Percutaneous transrenal electro-incision of uretero-intestinal anastomotic strictures: long-term results and comparison of fluoroscopic and endoscopic guidance. J. Urol., n. 155: 1575-1584.
21. Frank Hinman (1998). Ileal bladder substitution. Atlas Urologic Surgery. 2<sup>nd</sup> Edit. Saunder company: 769-775.
22. Hautmann R. E., Miller K., Steiner U. and Wenderoth U. (1993) The ileal neobladder: 6 years of experience with more than 200 patients. J. Urol. n. 150: 40-47.
23. Hendren W. H. (1991) Urinary undivertion refunctionalization of the previously diverted urinary tract. Campbell's Urology, 6th Edition, vol. 3: 2721-2773.
24. Jean B. Dekernion, Joseph G. Trapasso (1995) Urinary Diversion and Continent Reservoir. Chapter 29, Adult and Pediatric Urology, Third Edition, Edited by Gillenwater. CD ROM
25. Koch NG. (1987) The development of the continent ileal reservoir (Kock pouch) and application in patients requiring urinary diversion. In King LR, Stone AR, Webster GD (eds): Bladder Reconstruction and Continent Urinary Diversion. Chicago, Year Book Medical Publishers: 269-283.
26. Le Duc A., Camey M. (1979) Un procedé d'implantation uretero-ileal antireflux dans l'enterocystoplastie. J. Uro. n.85: 449-453.
27. Le Duc A., Camey M. And Telilac P. (1987) An original antireflux ureteroileal implantation technique: long-term followup. J. Urol. n. 137: 1156-1164.
28. Lugagne Pierre Marie, Herve Jean Marie, Lebret Thierry, Barre Philippe, Mollier Serge, Botto Henry (1997): Ureteroileal Implantation in Orthotopic Neobladder With The Le Duc-Camey Mucosal-Through Technique: Risk of Stenosis and Long-Term Followup. Journal of Urology. n. 158(3):765-767, September.
29. Peter R. Carroll (2000) Bladder carcinomas. Smith's General Urology. Emil A. Tanagho, Jack W. Mc Aninch. Mc Graw-Hill, 15th Edition: 355-368.
30. Roth S., Van Ahlen H., Semjonow A., Oberpenning F. And Hertle L. (1996) Uretero-intestinal implantation in orthotopic bladder substitution: is the success dependent on surgeon's level of experience or choice of technique or both? J. Urol., part 2, 155: 397A, abstract: 347.
31. Shaaban A., Gaballah M. A., EL-diasty T. A. And Ghoneim M. A. (1991) Urethral controlled bladder substitution: a comparison between the intussuscepted nipple valve and the technique of Le Duc as antireflux procedures. J. Urol. n. 148: 1156-1161.
32. Skinner D., Lieskovky G. : Management of invasive and high grade bladder cancer. Diagnosis and management of genitourinary cancer. Philadelphia, W.B. Saunders: 295-312; 1988.
33. Stuart d. Boyd (1991) Kock pouch urinary diversion. Urologic Surgery. James F. Glenn. J. B. Lippincott Company, 14th Edition: 1013-1020.



## LẤY DỊ VẬT QUA NỘI SOI TIÊU HÓA: NHÂN 02 CA LÂM SÀNG

N. T. Bình\*

\*BS.CKI – Bệnh viện Tâm Trí Nha Trang

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lấy dị vật qua nội soi đường tiêu hóa là 01 thủ thuật can thiệp, mà không cần phải phẫu thuật. Nguyên nhân thường do nuốt, đây là vấn đề cần được quan tâm. Mặc dù hầu hết dị vật đều có thể đào thải tự nhiên qua đường tiêu hóa mà không gây ra vấn đề đặc biệt. Tuy nhiên vẫn có thể gặp biến chứng nặng, thậm chí tử vong tùy theo hình dạng, kích thước và bản chất của dị vật. Dị vật đường tiêu hóa khi qua thực quản thường gặp nhất, vì thực quản có 03 đoạn hẹp sinh lý: Đoạn cơ nhẫn hầu (1/3 trên), cơ thắt thực quản dưới và đoạn đờ vào của quai động mạch chủ. Các loại dị vật thường khác nhau tùy theo lứa tuổi: trẻ con hay gặp đồng xu, đồ chơi nhỏ, pin cúc áo, hòn bi, ghim giấy...v.v. Người lớn hay bị hóc xương động vật, bã thức ăn, tăm xỉa răng...

Chỉ 1% bệnh nhân nuốt dị vật có biến chứng đường tiêu hóa như thủng, hoại tử niêm mạc, tràn khí trung thất, áp xe....Dị vật mắc ở 1/3 dưới khó nhận biết trên lâm sàng vì vùng này ít dây thần kinh, chỉ dựa vào dấu hiệu đau, khó nuốt, chảy dãi và không kiểm soát việc tiết dịch ở miệng.

Chúng tôi xin trình bày 2 ca lâm sàng về lấy dị vật thành công: Pin cúc áo đoạn thực quản dưới ở trẻ 4 tuổi và tăm xỉa răng đâm thủng tá tràng ở người lớn tuổi.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân xác định chính xác dị vật dựa vào Xquang thường quy và CT Scanner.
2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu
3. Phương tiện nghiên cứu - Trình bày 02 ca lâm sàng:

Phương tiện nghiên cứu: Hệ thống máy Olympia 180cv. Kiểm và vọt gấp dị vật.

### III. TRÌNH BÀY 02 CA LÂM SÀNG

*Trường hợp thứ nhất:*

Bệnh nhi Đinh Quỳnh Chi 6 tuổi vào viện ngày

14/5/2021. Bệnh nhi mắc dị vật là viên pin cúc áo lúc 10h được người nhà đưa vào viện lúc 11h30p sau khi thăm khám và có kết quả chụp phim Xquang. Bệnh nhi được đưa lên phòng mổ đặt nội khí quản sau đó tiến hành mê. Dùng ống soi mềm đến 1/3 thực quản dưới thấy viên pin cúc áo. Niêm mạc xung quanh sưng nề. Dùng kiềm sinh thiết gấp viên pin kéo ra nhưng thất bại. Do trơn và dính chặt vào niêm mạc thực quản. Sau đó đẩy xuống dạ dày dùng vọt kéo ra thành công.

*Trường hợp thứ hai:*

Bệnh nhân Lê Hữu Duy 55 tuổi vào viện 26/11/2021. Bệnh sử: Bệnh nhân đau bụng khoảng 3-4 ngày. Sau đó nhập viện. CT scanner: Dị vật hình que xuyên thành đoạn D2 tá tràng, kèm ruột thừa viêm. Bệnh nhân mổ cắt ruột thừa, nhưng không tìm thấy dị vật. Sau 02 ngày vẫn còn đau vùng hạ sườn phải, tiến hành nội soi dạ dày – tá tràng mê. Bệnh nhân mê tĩnh mạch, dùng ống soi mềm đầu có lắp Cap đến tá tràng đoạn D2 thấy dị vật là cây tăm xỉa răng, 2 đầu đâm vào thành ống. Do lắp Cap nên khó quan sát và xoay trở dây soi. Tháo Cap, tiến hành dùng kiềm đẩy 01 đầu ra, bơm hơi căng lòng ruột kéo lên hành tá tràng, thả dị vật chỉnh gấp đầu gần cho cùng hướng dây soi. Kéo dị vật ra ngoài thành công. Theo dõi đến chiều bệnh nhân hết đau, bụng mềm cho xuất viện.

### IV. BÀN LUẬN

*Trường hợp thứ 1:* Bệnh nhi nhờ can thiệp sớm, nên chỉ mới gây tổn thương bỏng nhẹ niêm mạc thực quản. Không dùng thuốc, hướng dẫn bệnh nhi ăn uống, cho xuất viện trong ngày. Nếu can thiệp muộn sẽ gây biến chứng rò rỉ điện phân (Thường là oxit Kali hoặc Natri đậm đặc). Tổn thương trực tiếp lên niêm mạc do dòng điện và gây hoại tử do áp lực.

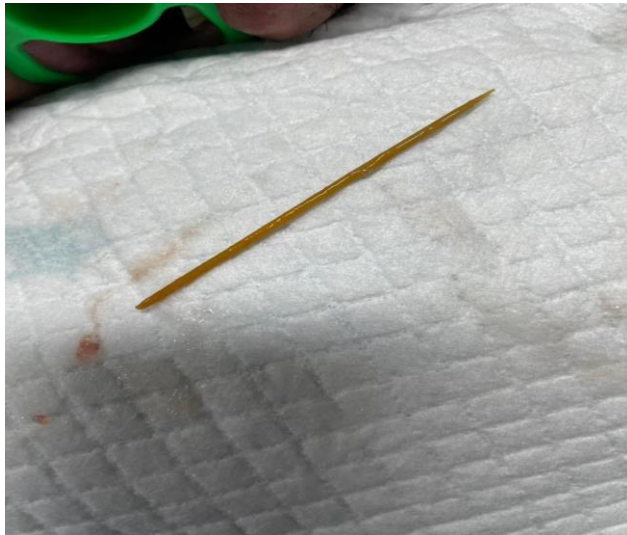
*Trường hợp thứ 2:* Bệnh nhân cơ chế đau không rõ ràng, đến viện muộn. Phát hiện tình cờ qua chụp CT Scanner. Vị trí nằm tận D2 tá tràng, hai đầu đâm xuyên qua thành, xoay trở khó khăn. Tuy nhiên vẫn gấp cây tăm ra ngoài thành công và được xuất viện trong ngày. Bệnh nhân không phải

can thiệp vào ổ bụng, giảm chi phí và thời gian lưu viện cho người bệnh.

**V. KẾT LUẬN**

- Lấy dị vật qua nội soi tiêu hóa là 01 thủ thuật tương đối đơn giản, tuy nhiên đôi lúc khó khăn vì còn tùy thuộc vào các yếu tố như: Hình dáng, cấu trúc dị vật, thời gian đến viện, vị trí mắc kẹt, kỹ năng người thực hiện và ekip hỗ trợ nhiều kinh nghiệm....

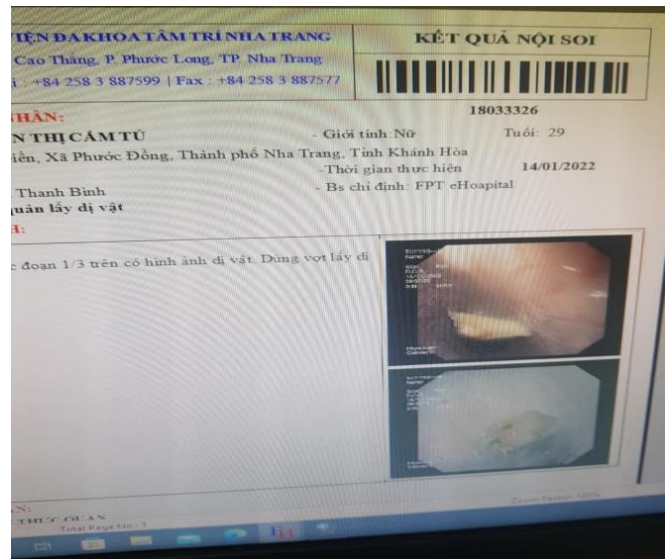
**VII. CÁC HÌNH ẢNH MỘT SỐ DỊ VẬT**

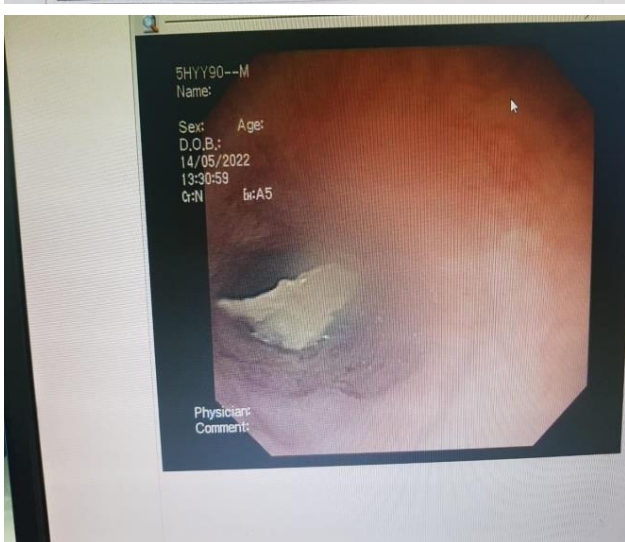
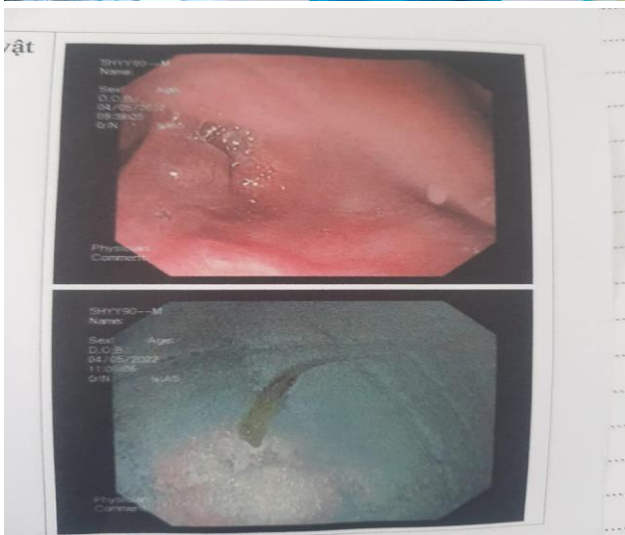


- Cần sự tuyên truyền rộng rãi các nguy cơ có thể xảy ra nuốt dị vật cho người dân được biết.

**VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Bài giảng nội soi tiêu hóa điều trị. Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nội soi tiêu hóa điều trị, Bác sỹ Kiều Văn Tuấn (Bệnh viện Bạch Mai) biên dịch. Nhà xuất bản Y học.







## NIỆU QUẢN LẠC CHỖ NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ KẾT QUẢ TẠI BỆNH VIỆN PHÚ KHÁNH

*BS Nguyễn Ngọc Hiền\**

*\*Bệnh viện đa khoa Khánh Hòa*

### I. MỞ ĐẦU

Niệu quản lạc chỗ (NQLC) là một dị dạng hiếm gặp trong tiết niệu. Theo y văn, từ năm 1674 Schrader đã đề cập đến dị dạng này. Từ đó đến nay vấn đề này luôn luôn là một đề tài khiến các nhà chuyên khoa tiết niệu rất lưu tâm và thích thú.

Theo định nghĩa, NQLC là khi niệu quản đổ vào một nơi ngoài tam giác niệu.

### II. GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

#### **- Bệnh án 1: (SLT 13440 A.109-9/77)**

Lê Thị Th. 8 tuổi, Bến Hải, Quảng Trị, vào viện 2-8-1977 vì són tiểu liên tục từ ngày mới sinh, ngoài những lần đi tiểu bình thường. BN đã đi khám nhiều nơi nhưng không tìm ra chẩn đoán nên điều trị không khỏi.

Tiền sử cá nhân: sinh thường, khỏe mạnh.

Ngoài những lần đi tiểu thành bãi bình thường, nước tiểu rỉ ra liên tục làm hăm lở bộ phận sinh dục ngoài. Khám không thấy dị dạng ở bộ phận sinh dục, không tìm thấy miệng NQLC, nhưng thấy nước tiểu rỉ ra ngay bên dưới miệng niệu đạo, không có dò bàng quang - âm đạo. Xét nghiệm nước tiểu: bình thường. UIV: 2 niệu quản trái, 2 bể thận. Bể thận trái dưới ngã ra ngoài, rũ xuống như một “cành hoa huệ héo”.

Bệnh nhân không có tổn thương cột sống, không có dấu hiệu tổn thương thần kinh ngoại biên.

Chẩn đoán: Thận, niệu quản trái đôi, niệu quản lạc chỗ

Mổ ngày 12-8-1977 (Bác sỹ Nguyễn Văn Đức – Bác sỹ Nguyễn Ngọc Hiền): niệu quản của phần tử thận trên bên trái dẫn to, ngoằn ngoèo. Bóc tách dễ dàng, cắt bỏ phần tử thận trên-trái và một đoạn niệu quản. Hiện tượng rỉ nước tiểu chấm dứt ngay sau mổ. Hậu phẫu tốt. Bệnh nhân xuất viện sau 10 ngày. GPBL: Nhu mô thận không có loạn sản, có tổn thương viêm nhẹ.

#### **- Bệnh án 2: (SLT : 2174 BA : 20193)**

Hồ Thị R. 27 tuổi, Khánh Dương, Khánh Ninh, vào viện 21-8-1978 vì són tiểu liên tục từ nhỏ, ngoài 5 lần đi tiểu mỗi ngày. Khám bộ phận sinh dục ngoài thấy âm đạo có vách ngăn, bên dưới miệng ND có một lỗ nhỏ từ đó nước tiểu rỉ ra liên tục. Gạc trong âm đạo không ướt. Các xét nghiệm trong khoảng bình thường.

UIV: Thận (P) bình thường. Thận trái đôi, phần tử thận dưới chức năng tốt hơn phần tử thận trên. UPR: Đưa 1 thông niệu quản vào miệng niệu quản lạc chỗ bơm thuốc cản quang. Hình chụp x-quang cho thấy so sánh với hình UIV, niệu quản lạc chỗ tương ứng với phần tử thận dưới bên trái. Soi bàng quang không có gì lạ. Khám tổng quát: Không phát hiện gì lạ. Mổ ngày 13-9-1978 (Bác sỹ Nguyễn Ngọc Hiền, bác sỹ Nguyễn Văn Tân): Đưa 1 thông niệu quản vào NQLC (trước khi mổ). Mổ giữa trên xương vệ. Giải phóng NQLC, cắm vào vùng tam giác niệu theo phương pháp Leadbetter. Ngay sau mổ nước tiểu không còn rỉ ra ở bộ phận sinh dục. Bệnh diễn biến tốt, bệnh nhân xuất viện sau 1 tuần.

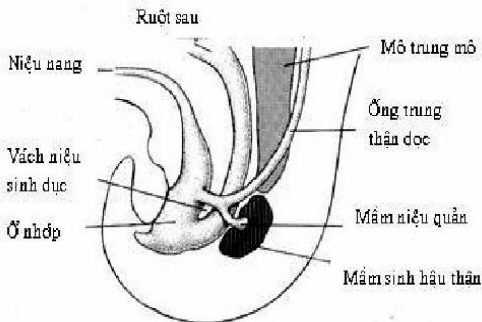
### III. BÀN LUẬN

#### **1. Sơ lược bào thai học và nguyên nhân phát sinh NQLC**

Sau khi bào thai thành hình vào tuần thứ 4, ổ nhóp nằm ở phần đuôi bào thai, thông với niệu nang (NN) phía trước và ruột nguyên thủy phía sau, bên dưới là vách niệu-sinh dục (màng nhóp) (Hình 1). Đến cuối tuần thứ 4 xuất hiện hai ống Wolff hai bên ổ nhóp. Ở mặt bên ống Wolff, gần nơi ống Wolff cắm vào ổ nhóp, xuất hiện 1 mầm niệu quản. Mầm này dài dần về phía hậu thận, tạo thành niệu quản, bể thận và các đài thận. Vào tuần thứ 5-6 xuất hiện một vách ngăn chia ổ nhóp ra làm 2 khoang: phía trước là khoang niệu sinh dục, phía sau là khoang sẽ trở thành trực tràng. Sau đó ống Wolff và niệu quản tách dần ra. Đến cuối tuần thứ 6, ống Wolff và niệu quản đổ vào phần cuối của ổ

nhớ qua 2 lỗ khác nhau, ống Wolff ở về phía trên niệu quản. Dần dần xa nhau ra và niệu quản di chuyển một cung nửa vòng tròn, quanh về phía ngoài và lên trên ống Wolff (quay 180°). Cuối cùng niệu quản nằm về phía trên ống Wolff.

Có nhiều ý kiến giải thích nguyên nhân tạo ra niệu quản lạc chỗ. Theo Kelly và Campbell là "do sự tồn tại đoạn chung của niệu quản và ống Wolff"<sup>[3]</sup>: niệu quản và ống Wolff không tách rời nhau nên khi ống Wolff tạo thành bộ phận sinh dục thì niệu quản đổ vào phần dưới của bộ phận đó. Nếu có 2 mầm niệu quản cùng bên, mầm phía trên thường dính vào ống Wolff, trong khi mầm bên dưới phát triển bình thường, nên cuối cùng niệu quản của phần tử thận dưới đổ đúng vào tam giác niệu, còn niệu quản của phần tử thận trên lạc chỗ (vì di chuyển theo ống Wolff). Lý thuyết này giải thích được các vị trí của miệng NQLC: Ở đàn bà niệu quản lạc chỗ thường đổ vào tiền đình, âm đạo, tử cung..., ở đàn ông thường đổ vào túi tinh, ống dẫn tinh, ống xạ tinh...

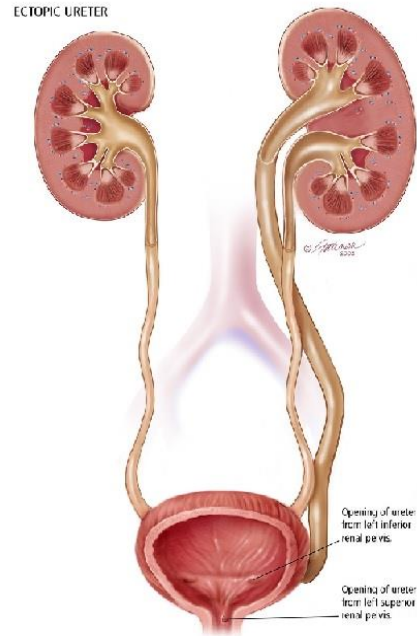


**Hình 1:** Hình ảnh mô tả sự liên quan giữa ổ nhớp (cloaca) và ruột cuối

Dựa vào lý thuyết này, năm 1877 WEIGERT đưa ra định luật (sau này được MEYER bổ sung nên gọi là luật WEIGER-MEYER): "Niệu quản của phần tử thận cao hơn đổ ra ở vị trí thấp hơn và phía trong niệu quản kia". (Hình 2). Do tính phổ biến của vị trí miệng niệu quản lạc chỗ theo luật đảo ngược W-M mà bác sỹ Nguyễn Xuân Thụ đã viết: "Bao giờ lỗ niệu quản dưới cũng tương ứng với phần tử thận trên và ngược lại"<sup>[1]</sup>, và trong một báo cáo trước đây bác sỹ Nguyễn Văn Đức và Nguyễn Ngọc Hiền cũng nhận định: "Luật W-M chưa bao giờ bị vi phạm"<sup>[2]</sup>.

Tuy nhiên, thỉnh thoảng cũng có những ngoại lệ, không theo đúng luật WEIGER-MEYER: Trong y văn, Frank nêu ra 3 ca, Ericson: 4 ca, Stephens: 7

ca, Burford: 6 ca. Người ta chưa giải thích được nguyên nhân của sự trái ngược này. Trong 2 ca chúng tôi gặp, có một trường hợp bất thường này (BA.2). Đó là "Bất thường của bất thường" (Anomalies anormales).



**Hình 2:** Niệu quản của phần tử thận cao hơn đổ ra ở vị trí thấp hơn và phía trong niệu quản kia

## 2. Các dạng của dị dạng NQLC

Năm 1926 Kilbane đưa ra xếp loại các dị dạng NQLC, theo đó có 7 loại. Sau đó Malgras thêm 3 loại. Theo Barford có 14 loại (4) (xem hình). Trong đó: loại 1: 39,2%; loại 2: 15,8%; loại 3: 9,3%; loại 4: 5%; loại 5: 3,1%; loại 6: 2,4%; loại 7: 1,5%; loại 8: 1,2%; loại 9: 0,5%; loại 10,11,12,13,14 là các trường hợp rất hiếm. (Hình 2)

Trong hai ca của chúng tôi: ca 1: loại 1, ca 2: loại 7.



**Hình 3:** Các loại dị dạng niệu quản lạc chỗ

### 3. Tỷ lệ

Do dị dạng hiếm gặp và ít người chú ý nên bệnh thường được phát hiện trễ, đến tuổi đi học, hoặc đến tuổi lập gia đình. Nhiều trường hợp đã qua hết bệnh viện này đến bệnh viện khác trước khi được chẩn đoán và điều trị đúng.

- Normark: phát hiện 201 ca NQLC trên 4774 phim UIV.

- Goldstein và Tankin: gặp 4 ca NQLC trên 7500 bệnh nhân tiết niệu<sup>[5]</sup>.

- Campbell: gặp 10 ca NQLC trên 19046 ca mổ tử thi không chọn lọc<sup>[3]</sup>.

- Khoa niệu bệnh viện Việt Đức gặp 32 ca NQLC trong 5 năm, khoa Ngoại Nhi bệnh viện Việt-Đức gặp 15 ca trong cùng thời gian. Khoa Niệu bệnh viện Bình Dân trong 3 năm (1963-1965) có 8 ca.

- Khoa Ngoại BV Phú Khánh trong 3 năm nay gặp 2 ca. (2)

### 4. Giới

Ở nữ gặp nhiều hơn nam khoảng 3 lần:

-Theo Eisandranth<sup>[3]</sup> nữ chiếm khoảng 69%, Thom: 65%, Burford: 75%. Bệnh viện Bình Dân: 8 ca đều là nữ, bệnh viện PK: 2 ca đều nữ. Tỷ lệ hai bên gần bằng nhau.

### 5. Vị trí miệng NQLC

Nữ:

TÁC GIẢ	N.ĐẠO	T.ĐÌNH	Â.ĐẠO	T.CUNG
Marcel	33%	35%	23%	9%
Thom	20%	24%	22 %	-
Burford	18%	33%	33%	-
Bệnh viện BD	2 ca	2 ca	3 ca	
Bệnh viện PK		1 ca	1 ca	

Nam:

TÁC GIẢ	N.ĐẠO	T.ĐÌNH	Â.ĐẠO	T.CUNG
Marcel	49%	40%	50%	5%
Burford	59%	31%	4%	6%
Ernett	54%	28%	10%	8%

### 6. Về giải phẫu

Rất ít khi hai phần tử thận cùng bên nằm riêng biệt mà thường có một bao sợi chung, ngăn cách nhau bởi một màng sợi có rất ít (hay không có) mạch máu, nên khi mổ có thể bóc tách dễ dàng. Mỗi phần tử thận có bể thận, mạch máu riêng. Khoảng 80% phần tử thận dưới lớn hơn và tốt hơn, thường chỉ có 2 đài, đôi khi 3 đài. Phần tử thận trên thường nhỏ, chỉ có 1 đài, tương ứng với NQLC (theo luật W-M), có động mạch riêng phát xuất từ động mạch thận. Có một số tác giả cho là 1 thận với 2 niệu quản, nhưng thực ra đó là 2 phần tử của 1 thận (Rathner, Fisher, Swenson-1961). NQLC thường dẫn lớn, ngoằn ngoèo, có trường hợp chứa đến 1,5 lít (Cibert).

### 7. Về lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng rõ ràng nhất, không bao giờ thiếu, có thể nói là dấu hiệu xác định là **són nước tiểu** (nước tiểu rỉ ra liên tục). Dấu hiệu này có 3 đặc điểm:

a) Bẩm sinh: Mẹ bệnh nhân bao giờ cũng lưu ý rằng ngay từ khi sinh ra bệnh nhân đã bị són tiểu liên tục, ngày phải thay tả nhiều lần.

b) Liên tục: Nước tiểu rỉ ra suốt ngày đêm.

c) Không hoàn toàn: **bệnh nhân có đi tiểu thành bãi, đồng thời nước tiểu vẫn rỉ ra liên tục.**

Ba đặc điểm này rất đặc biệt giúp cho bác sỹ, nếu hỏi kỹ, sẽ chẩn đoán ngay được bệnh, ít khi nhầm lẫn. Trong một số ít trường hợp, nhất là ở nam giới, đôi khi không có dấu hiệu són nước tiểu (khi miệng NQLC đổ vào túi tinh).

### 8. Cận lâm sàng

Trước một bệnh nhân có són tiểu liên tục với 3 đặc điểm trên, chẩn đoán gần như đã được xác định. Các xét nghiệm cận lâm sàng giúp xác định vị trí NQLC và chức năng hai thận: UIV, UPR, chích tĩnh mạch Indigocarmine để phát hiện miệng NQLC, xét nghiệm nước tiểu...

Chẩn đoán phân biệt với dò BQ-ÂĐ: Bơm xanh Methylene vào bàng quang, nhét một mảnh gạc khô vào âm đạo có thể giúp loại trừ chẩn đoán này.

**9. Điều trị:** Chỉ có phương pháp mổ. Có 2 phương thức xử trí:

a) Mổ cắt phần tử thận có NQLC là cách giải quyết tận gốc, chấm dứt ngay các dấu hiệu lâm sàng của bệnh: Mổ giải phóng cuống thận có NQLC, mở bao thận, bóc tách, cắt bỏ phần tử thận có NQLC, khâu phục hồi bao thận. Cắt bỏ NQLC bị dẫn lớn.

b) Phương pháp bảo tồn: Nối 2 bể thận vào nhau, nối NQLC vào niệu quản kia hoặc cắt NQLC vào vùng tam giác niệu. Phương pháp này không triệt để và có thể có những biến chứng về sau.

#### IV. KẾT LUẬN

NQLC là một bệnh hiếm gặp nhưng dễ chẩn đoán, chỉ cần nghĩ đến và hỏi kỹ các dấu hiệu lâm sàng là có thể chẩn đoán đúng. Cần phải làm đầy đủ các xét nghiệm, nhất là UIV và UPR để xác định rõ NQLC và phần tử thận tương ứng trước khi mổ để cắt cho cho đúng phần tử thận có NQLC, không nên chỉ đơn thuần căn cứ vào luật đảo ngược Weiger-Meiyer để quyết định, có thể thất bại khi gặp những trường "hợp dị dạng bất thường".

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Thu: Niệu quản lạc chỗ. Tập san ngoại khoa số 2, tập 3-1974.
2. Nguyễn Văn Đức, Nguyễn Ngọc Hiền: Niệu quản lạc chỗ, nhân 1 ca điều trị 5 kết quả tại BVPK. Y Học Việt Nam số 6-1978.
3. CAMPBELL: Clinical pediatric urology-Philadel.WB Saunder comp.1951: 911-913.
4. Phạm Quang Tường: Les abouchements ectopiques de l'uretere. Thèse, Fac. de Med Saigon 1965: 43,57,115-119.
5. Jan Lang Man: Medical Embryology 2nd Ed. The William and Wilkins comp. 1969.
6. <https://www.urologyhealth.org/urology-a-z/e/ectopic-ureter>
7. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/21667-ectopic-ureter>



## SOI BUỒNG TỬ CUNG TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

BS CKI. Nguyễn Cao Quý\*  
\*Bệnh viện Tâm Trí Đà Nẵng

### MỞ ĐẦU

Soi buồng tử cung là phương pháp can thiệp quan trọng trong điều trị các bệnh Phụ khoa. Để đạt được thành tựu như ngày nay, phải kể đến người đặt nền móng đầu tiên trong lĩnh vực này. Năm 1869, soi buồng tử cung chẩn đoán và điều trị lần đầu tiên được thực hiện bởi Pantaleoni. Ông đã dùng ống soi bàng quang dưới ánh sáng đèn cây để quan sát và cắt polyp của một bệnh nhân hậu mãn kinh. Từ hành động này, soi buồng tử cung được các nhà phụ khoa và niệu khoa phát triển và đạt được thành tựu nội soi như ngày hôm nay. Năm 1907, Charles David là người đầu tiên mô tả hệ thống thấu kính quan sát được buồng tử cung. Tuy nhiên, mãi đến năm 1943, khi Forestiere phát minh - nguồn ánh sáng lạnh và Hopkins sáng kiến ra hệ thống thấu kính mới đã làm nên cuộc cách mạng về đánh giá buồng tử cung và hình thành nền tảng của soi buồng tử cung hiện đại ngày nay.

Ban đầu, soi buồng tử cung chỉ thực hiện nội trú dưới vô cảm toàn thân. Tuy nhiên với tiến bộ về kỹ thuật và dây dẫn ánh sáng ngày càng nhỏ nên càng có nhiều thủ thuật soi buồng tử cung chẩn đoán hay phẫu thuật nhỏ được thực hiện ngoại trú. Nghiên cứu cho thấy soi buồng tử cung với giá thành thấp hơn và cũng tiện lợi cho bệnh nhân, chẩn đoán được xác định ngay và đưa ra các phương pháp điều trị, tránh khám nhiều lần. Trong một số trường hợp, có thể đưa ra quyết định điều trị ngay. Vì vậy, soi buồng tử cung được xem là một phương pháp tiện dụng, khả thi, an toàn cho một số bệnh lý xuất huyết tử cung bất thường.

### XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

Xuất huyết tử cung bất thường thường gặp trong lứa tuổi sinh sản với tần suất khoảng 9-14% và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Có một số nguyên nhân cơ năng và thực thể của bệnh lý này.

Năm 2011, FIGO đưa ra phân loại polyp, adenomyosis, u xơ tử cung, ung thư và tăng sản nội mạc tử cung, bệnh lý đông máu, rối loạn rụng trứng, bệnh lý nội mạc tử cung, bệnh lý do điều trị và không thể xếp loại, viết tắt các chữ cái

“polyp; adenomyosis; leiomyoma; malignancy and hyperplasia; coagulopathy; ovulatory dysfunction; endometrial; iatrogenic; and not yet classified thành PALM-COEIN, xếp loại này của FIGO nhằm chuẩn hóa các nguyên nhân xuất huyết tử cung bất thường. Cách xếp loại mới này giúp nhà lâm sàng, nhà nghiên cứu và bệnh nhân dễ dàng hiểu và đưa ra hướng điều trị tốt nhất.

Xuất huyết tử cung bất thường có thể ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, ngoài ra đây có thể là dấu hiệu sớm của bệnh lý ác tính ở tử cung, đặc biệt ở bệnh nhân mãn kinh. Trong các trường hợp này, lâm sàng cần được đánh giá cẩn thận nhằm đưa ra hướng điều trị thích hợp. Soi buồng tử cung rất có giá trị trong chẩn đoán các bệnh lý trên.

### CÁCH TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

Bệnh nhân bị xuất huyết tử cung bất thường có biểu hiện triệu chứng thay đổi ở các nguyên nhân khác nhau. Có 1/4 bệnh nhân đến khám phụ khoa do xuất huyết tử cung bất thường. Ung thư nội mạc tử cung hiếm gặp ở bệnh nhân < 40 tuổi, nhưng tần suất này tăng nhanh sau 45-50 tuổi, với 10% bệnh nhân xuất huyết tử cung bất thường hậu mãn kinh bị ung thư nội mạc tử cung. Vì vậy nên chọn cách tiếp cận phù hợp trước khi đưa ra khuyến cáo chẩn đoán hình ảnh hay ý tưởng điều trị (bảng 1). Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng để phác họa nguyên nhân có thể của xuất huyết tử cung bất thường là cần thiết. Nếu bệnh nhân có nguy cơ cao ác tính như: hội chứng buồng trứng đa nang, đái tháo đường, dùng tamoxifen, dùng oestrogen không có đối kháng, sờ thấy khối u vùng chậu hay âm đạo cổ tử cung hoặc xuất huyết tử cung bất thường ở bệnh nhân hậu mãn kinh, cần chuyển ngay đến khám chuyên phụ khoa. Tuy nhiên, nếu trường hợp xuất huyết tử cung bất thường có thể thứ phát từ bệnh lý lành tính có thể chưa cần chuyển khám chuyên khoa.

Các xét nghiệm ban đầu cần chỉ định như công thức máu để đánh giá thiếu máu hay xét nghiệm đông máu, chức năng thận, prolactin, androgen và chức năng tuyến giáp.

## Xếp loại xuất huyết tử cung bất thường theo FIGO

Nguyên nhân thực thể (PALM)	Nguyên nhân cơ năng (COEIN)
Polyp (nội mạc tử cung, cổ tử cung)	Bệnh lý đông máu
Adenomyosis	Rối loạn rụng trứng
U xơ tử cung	Bệnh lý nội mạc tử cung
Ung thư và tăng sinh nội mạc tử cung	Bệnh lý do điều trị Không thể xếp loại

**Bảng 1: Đánh giá lâm sàng của xuất huyết tử cung bất thường****Tiểu sử phụ khoa**

- Lứa tuổi: trước dậy thì, sinh sản, hậu mãn kinh
- Kinh chót
- Số ngày hành kinh, số lượng và thời gian ra kinh
- Triệu chứng tiền kinh
- Xuất huyết sau giao hợp
- Xuất huyết giữa kỳ kinh
- Phết mỏng cổ tử cung
- Chấn thương hay dị vật
- Bệnh lây truyền qua đường tình dục

**Các triệu chứng đi kèm:**

- Đau (thông kinh, giao hợp đau)
- Khí hư
- Sốt
- Mệt mỏi
- Rối loạn tiêu hóa hay tiểu tiện
- Ảnh hưởng chất lượng cuộc sống

**Tiền sử nội khoa:**

- Gia đình hay bản thân có bệnh huyết học: rối loạn đông máu, leukaemia, vonWillebrand, rối loạn tiểu cầu.
- Thay đổi trọng lượng cơ thể, không thèm ăn
- Dùng thuốc kháng đông, tamoxifen, chống trầm cảm, corticosteroids, thyroxine, thuốc ngừa thai, liệu pháp nội tiết thay thế
- Tình trạng tăng estrogen: đái tháo đường, hội chứng buồng trứng đa nang
- Bệnh gan, rối loạn chức năng tuyến giáp, bệnh thận, rối loạn chức năng tuyến yên
- Hút thuốc
- Tiền sử gia đình có ung thư phụ khoa.

**Khám tổng quát:**

- Xanh xao
- Triệu chứng bệnh hệ thống (tuyến giáp, bệnh gan, rối loạn đông máu)
- BMI

- Sờ thấy khối u trong bụng
- Triệu chứng cường androgen: mụn trứng cá, rậm lông, hói đầu kiểu nam giới

**Khám phụ khoa:**

- Khám ngoài: xem có dấu hiệu bất thường của teo, loét, sang thương tầng sinh môn
- Khám mỏ vịt: nhằm loại trừ bệnh lý của cổ tử cung, pap's smear và phết cổ tử cung để tầm soát chlamydia và lậu cầu
- Khám âm đạo: đánh giá kích thước tử cung, di động, mật độ và đánh giá 2 phần phụ
- Khám trực tràng: nếu có nghi ngờ xuất huyết không liên quan phụ khoa hay bệnh lý ác tính trực tràng...

Chẩn đoán hình ảnh thường dùng nhất trong phụ khoa là siêu âm ngã âm đạo (TVUS). Sự kết hợp TVUS với nạo sinh thiết và/hoặc soi buồng tử cung cho ra chẩn đoán vô cùng giá trị của xuất huyết tử cung bất thường. Các phương tiện khác như siêu âm bơm nước lòng tử cung (SIS) hay chẩn đoán hình ảnh đất tiền CT và MRI thường dùng khi có nghi ngờ ung thư.

**Siêu âm ngã âm đạo (TVUS: Transvaginal Ultrasonography)**

Siêu âm ngã âm đạo giúp đánh giá buồng tử cung và 2 phần phụ, TVUS cho thông tin về bề dày nội mạc tử cung, có hay không polyp hoặc u xơ tử cung. TVUS là chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn và được bệnh nhân chấp nhận rộng rãi. Độ nhạy và độ chuyên của TVUS để chẩn đoán u xơ tử cung dưới niêm mạc là 80% và 69%. Vì vậy nhiều tác giả khuyến cáo nên dùng thêm soi buồng tử cung hay SIS để tránh bỏ sót sang thương ác tính của nội mạc tử cung. Ở phụ nữ tiền mãn kinh, siêu âm vào ngày thứ 4-6 của chu

kỳ kinh vì thời điểm này nội mạc tử cung mỏng nhất. Nếu nghi ngờ buồng tử cung có bệnh lý, cần dùng các biện pháp xâm lấn hơn. Hơn nữa trong trường hợp điều trị nội khoa thất bại, nên soi buồng tử cung để chẩn đoán các bệnh lý buồng tử cung tiềm ẩn mà siêu âm bỏ sót. Ung thư nội mạc tử cung phải được nghĩ đến ở phụ nữ hậu mãn kinh có xuất huyết tử cung bất thường, lúc này đo bề dày nội mạc tử cung có giá trị đánh giá nguy cơ bệnh lý trên. Ngưỡng nội mạc tử cung là 4 mm, nếu nội mạc tử cung <4 mm kèm với bờ viền đều đặn và không có dịch trong buồng tử cung sẽ làm giảm nguy cơ ung thư nội mạc tử cung (<1%). Nguy cơ ác tính sẽ tăng lên nếu nội mạc tử cung >4 mm. Vì vậy TVUS có đủ độ nhạy với tỉ lệ âm tính giả 0,25 - 0,50% mà tỉ lệ dương tính giả không cao. Khi lâm sàng nghi ngờ, đặc biệt trường hợp có triệu chứng hay nguy cơ cao, chúng ta nên thực hiện soi buồng tử cung chẩn đoán vì một số bệnh lý nội mạc tử cung có thể đã bị bỏ sót.

**Siêu âm bơm nước lòng tử cung (SIS: Saline Infusion Sonohysterography)**

**Bảng 2: Độ nhạy và độ chuyên của siêu âm bơm nước buồng tử cung (SIS) trong chẩn đoán bệnh lý nội mạc tử cung**

Bệnh lý	Độ nhạy	Độ chuyên
Polyp nội mạc tử cung	82%	96%
U xơ tử cung dưới niêm mạc	82%	100%
Dính lòng tử cung	82%	99%
Bệnh lý nội mạc tử cung	88%	94%

Siêu âm bơm nước lòng tử cung (SIS) cho nhiều thông tin về bệnh lý buồng tử cung cho dù TVUS đánh giá buồng tử cung bình thường và có giá trị cho phụ nữ ở mọi lứa tuổi có xuất huyết tử cung bất thường. Một số nghiên cứu cho thấy SIS có độ nhạy và độ chuyên tương đương soi buồng tử

cung trong đánh giá nội mạc tử cung. Tuy nhiên soi buồng tử cung cho phép điều trị luôn các sang thương như polyp hay u xơ tử cung nhỏ. Bảng 2 cho thấy độ nhạy độ chuyên của SIS trong đánh giá bệnh lý nội mạc tử cung.

**Soi buồng tử cung**

Với sự tiến bộ về thiết bị và kỹ thuật, soi buồng tử cung ngày càng dễ dàng tiếp cận và tiện dụng trong điều trị bệnh nhân có xuất huyết tử cung bất thường. Đặc biệt kích thước dụng cụ ngày càng nhỏ là sự thay đổi lớn nhất trong những năm gần đây, giúp cho soi buồng tử cung trở nên dễ thực hiện để lấy đi các polyp và u xơ tử cung dưới niêm mạc. Điều này cho ra đời khái niệm “cách tiếp cận điều trị một bước” nhằm hạn chế số lần thăm khám để đưa ra quyết định điều trị.

Soi buồng tử cung theo điều trị một bước có lợi cho nhà lâm sàng, bệnh nhân và cơ sở y tế. Soi buồng tử cung có ưu điểm trong chẩn đoán và

điều trị để tránh mệt mỏi, bất tiện và chi phí cho những lần tái khám. Có thể bàn luận cách điều trị ban đầu với bệnh nhân lúc soi buồng tử cung, tránh tăng nặng bệnh tật do chậm trễ điều trị, chi phí phòng mổ và số ngày nằm viện.

Ý tưởng tiếp cận điều trị một bước được ủng hộ hơn nữa bởi nghiên cứu phân tích chi phí điều trị khi so sánh dùng siêu âm ngả âm đạo, nạo sinh thiết nội mạc tử cung và SIS trong đánh giá xuất huyết tử cung bất thường cho thấy soi buồng tử cung chẩn đoán kết hợp sinh thiết nội mạc tử cung có tiết kiệm chi phí nhất. Mức độ chính xác của soi buồng tử cung chẩn đoán được trình bày ở bảng 3.

**Bảng 3: Độ nhạy và độ chuyên của soi buồng tử cung trong chẩn đoán bệnh lý nội mạc tử cung**

Bệnh lý	Độ nhạy	Độ chuyên
Polyp nội mạc tử cung	95,4%	96,4%
U xơ tử cung dưới niêm mạc	97,0%	98,9%
Ung thư nội mạc tử cung	82,6%	99,7%
Tăng sản nội mạc tử cung	75,2%	91,55

**Sinh thiết nội mạc tử cung**

Sinh thiết nội mạc tử cung là một thủ thuật mù, thường dùng ống hút pipelle. Mặc dù cách sinh thiết này tiện dụng, an toàn, nhanh chóng và được phần lớn bệnh nhân chấp nhận, nhưng có một tỉ lệ lớn cho thấy không đủ hoặc không đúng mẫu. Hơn nữa, phương pháp này có độ nhạy thấp trong việc lấy đi các sang thương khu trú hay có cuống như polyp hoặc u xơ tử cung dưới niêm mạc.

**TIẾP CẬN XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG**

Xử trí xuất huyết tử cung bất thường tùy thuộc vào đánh giá ban đầu, cận lâm sàng và mong muốn cách điều trị của bệnh nhân. Có 2 cách điều trị tùy tình huống lâm sàng đó là: nội khoa và ngoại khoa (nội soi và mổ mở).

**Điều trị nội khoa**

Điều trị nội khoa thích hợp cho phần lớn xuất huyết tử cung bất thường do không rụng trứng. Tuy nhiên can thiệp ngoại khoa sẽ được chỉ định nếu xuất huyết tử cung bất thường do nguyên nhân thực thể.

**Bảng 4: Các thuốc điều trị nội xuất huyết tử cung bất thường do nguyên nhân cơ năng**

- Thuốc viên ngừa thai phối hợp
- GnRH
- Dụng cụ tử cung phóng thích Levonorgestrel (LNG-IUS)
- Kháng viêm Non-steroid (NSAIDs)
- Progesterone
- Tranexamic acid
- Desmopressinacetate (DDAVP trong bệnh vonWillebran

**Điều trị ngoại khoa**

Xuất huyết tử cung bất thường do nguyên nhân

thực thể thường cần can thiệp ngoại khoa. Ngày nay các phương pháp ít xâm lấn như soi buồng

tử cung hay nội soi ổ bụng thường được sử dụng, các phương pháp mổ mở như bóc u xơ tử cung hay cắt tử cung ngày càng ít sử dụng và chỉ dành cho các ca đặc biệt khó.

**Vai trò đặc biệt của soi buồng tử cung trong đánh giá xuất huyết tử cung bất thường**

Soi buồng tử cung là hạt nhân của xử trí xuất huyết tử cung bất thường trong y học hiện đại ngày nay. Soi buồng tử cung còn là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá và điều trị bệnh lý buồng tử cung như polyp, u xơ tử cung dưới niêm mạc và các bệnh lý nội mạc tử cung khác. Với độ nhạy và độ chuyên môn cao, an toàn và dễ chấp nhận, cho phép soi buồng tử cung ngoại trú có giá trị chẩn đoán chính xác cao. Vì vậy phương tiện này rất hữu ích trong chẩn đoán và điều trị xuất huyết tử cung bất thường.

**Polyp nội mạc tử cung**

Polyp nội mạc tử cung xuất phát từ nội mạc tử cung và có thể có triệu chứng như xuất huyết sau giao hợp hay giữa kỳ kinh. Đến 10% phụ nữ vô sinh và 25-60% phụ nữ xuất huyết tử cung bất thường có polyp nội mạc tử cung. Polyp nội mạc tử cung thường được phát hiện lúc TVUS, SIS hay lúc soi buồng tử cung chẩn đoán. Hình ảnh polyp nội mạc tử cung thường là một khối màu hồng có cuống hoặc xuất phát từ nội mạc tử cung với đáy rộng hay hẹp. Phần lớn polyp nội mạc tử cung lành tính và không để lại hậu quả gì. Tuy nhiên, một số trường hợp đi kèm tăng sản nội

mạc tử cung điển hình hoặc không điển hình và ung thư nội mạc tử cung. Vì vậy nên soi buồng tử cung cắt polyp để giảm triệu chứng xuất huyết tử cung bất thường và loại trừ ung thư nội mạc tử cung, đặc biệt ở bệnh nhân hậu mãn kinh. Trước đây thường nạo hoặc gắp polyp nội mạc tử cung mù, điều này có thể gây tái phát bệnh hoặc bỏ sót chẩn đoán mô học ung thư nội mạc tử cung. Ngày nay có thể soi buồng tử cung để nhìn và cắt trực tiếp polyp nội mạc tử cung mà không cần vô cảm toàn thân. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng gần đây, so sánh soi buồng tử cung cắt polyp nội mạc tử cung ngoại trú và tại phòng mổ, kết quả ghi nhận không có sự khác biệt về hiệu quả nhưng chi phí giảm hơn đáng kể. Khi kỹ thuật máy bào mô trong buồng tử cung được sử dụng sẽ làm cuộc mổ nhanh hơn, dễ chấp nhận hơn và ít đau hơn nữa.

**U xơ tử cung dưới niêm mạc**

U xơ tử cung dưới niêm mạc có thể làm biến dạng buồng tử cung, hình ảnh có thể có cuống, gây đau và gây cường kinh. Bệnh lý này có thể gây vô sinh và sảy thai liên tiếp, vì vậy u xơ tử cung dưới niêm mạc cần được cắt đốt.

Tùy vào độ xâm lấn vào cơ tử cung của u xơ tử cung dưới niêm mạc. Theo Hiệp hội Nội soi phụ khoa Châu Âu chia u xơ tử cung dưới niêm mạc thành 3 loại (bảng 5). Loại 0 và I có chỉ định cắt qua ngã soi buồng tử cung.

**Bảng 5: Xếp loại của Hiệp hội Nội soi phụ khoa châu Âu (ESGE) về u xơ tử cung dưới niêm mạc**

Loại 0 Toàn bộ u xơ tử cung dưới niêm mạc nằm trong buồng tử cung
Loại 1 <50% u xơ tử cung dưới niêm mạc nằm trong cơ tử cung
Loại II >50% u xơ tử cung dưới niêm mạc nằm trong cơ tử cung

Những u xơ tử cung dưới niêm mạc nhỏ có thể cắt qua soi buồng tử cung. Cắt u xơ tử cung dưới niêm mạc vừa có tác dụng điều trị vừa cải thiện khả năng sinh sản. U xơ tử cung có thể chẩn đoán dễ dàng qua siêu âm ngã âm đạo nhưng đôi khi nhầm lẫn u xơ tử cung dưới niêm mạc với u xơ tử cung trong cơ. Sự nhầm lẫn về vị trí u xơ tử cung có thể đưa ra phân loại và cách xử trí không phù hợp. Soi buồng tử cung giúp phân loại u xơ tử cung dưới niêm mạc và cắt đốt trực tiếp hoặc đưa ra hướng xử trí và cách chuẩn bị bệnh nhân trước mổ tốt nhất.

**Các bệnh lý nội mạc tử cung**

Tăng sản nội mạc tử cung là tổn thương tiền ung

thư nội mạc tử cung. Ung thư nội mạc tử cung có biểu hiện đa dạng, có thể kết hợp bất kỳ hình thức nào, có thể là nội mạc tử cung dày, không đồng nhất, các tế bào dễ vỡ kèm với xuất huyết trong lòng tử cung. Có thể chẩn đoán sang thương tiền ung thư hay ung thư nội mạc tử cung thông qua nhìn trực tiếp, nhưng tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán vẫn là giải phẫu bệnh lý. Tuy nhiên soi buồng tử cung có lợi ích là cho phép nhìn và sinh thiết trực tiếp bởi vì tăng sản nội mạc tử cung có thể khu trú hoặc toàn bộ buồng tử cung. Kỹ thuật soi âm đạo (vaginocopy) có thể thực hiện, trong đó đưa đèn soi buồng tử cung vào buồng tử cung mà không cần dùng mỏ vịt hay van âm đạo để sinh thiết nội mạc tử cung,

khi đường vào hạn chế như hẹp âm đạo...

### **Dính buồng tử cung**

Dính buồng tử cung hay hội chứng Asherman, có thể gây vô kinh hay thiếu kinh hay rong huyết. Bệnh lý này do có sự tổn thương lớp đáy của nội mạc tử cung, cắt đi dải dính có thể cải thiện triệu chứng rong huyết và tăng tỉ lệ có thai lâm sàng trong các trường hợp thất bại làm tổ liên tiếp sau thụ tinh ống nghiệm.

Phương pháp truyền thống là dùng HSG để chẩn đoán dính buồng tử cung, nhưng ngày nay thường dùng soi buồng tử cung hơn. Biểu hiện thường gặp của dính buồng tử cung là các dải dính màu trắng xám (mỏng hay dày) lan rộng trong buồng tử cung theo khuynh hướng ngẫu nhiên và thường xoá mất buồng tử cung. So với HSG, soi buồng tử cung có thể chẩn đoán chính

xác hơn, xác định mức độ dính và vị trí dính. Soi buồng tử cung có ưu điểm là có thể cắt bỏ sẹo dính bằng kéo cùn, kéo bện hay bằng vòng địa đơn hay lưỡng cực kích thước nhỏ. Màng dính dày có thể cắt lúc soi buồng tử cung ngoại trú nhưng những dải dính mô cơ tử cung đặc có hình ảnh các mảng trắng tái nên cắt tại phòng mổ để an toàn hơn. Soi buồng tử cung cũng có lợi điểm cho phẫu thuật nhìn lại (secondlook) sau tách dính để bảo đảm không còn tái dính.

### **KẾT LUẬN**

Xuất huyết tử cung bất thường là một vấn đề thường gặp ở phụ nữ lứa tuổi sinh sản và mãn kinh. Soi buồng tử cung tiếp tục là một phương tiện có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị xuất huyết tử cung bất thường có nguyên nhân thực thể.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Bệnh viện Từ Dũ, 2021.
2. Sản phụ khoa từ bằng chứng đến thực hành 7. Hosrem.
3. Nội soi buồng tử cung, Module 18, Luca Mencaglia; Jacques E. Hamou.
4. Atlas Bệnh phụ khoa 2006.
5. Điều trị xuất huyết tử cung bất thường. Đào tạo sau đại học, đại học Y dược TP HCM, 2021, Phan Văn Quyền.
6. Pantaleoni D. On endoscopic examination of the cavity of the womb. Med Press Circ. 1986.
7. Clark TJ BS. Handbook of outpatient hysteroscopy: a complete guide to diagnosis and therapy. CRC Press. 2005.
8. Hatasaka.H. The evaluation of abnormal uterine bleeding. Clin Oslet Gynecol. 2005.
9. Gynaecology NVOG guideline: abnormal vaginal bleeding during the postmenopause. 1997.
10. Breikopf DM, frederickson RA, Snyder RR. Detection of benign endometrial masses by endometrial stripe measurement in premenopausal women. Obstetrics and Gynecology. 20

## VAI TRÒ CỦA NỘI SOI ỐNG MỀM TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐƯỜNG TIÊU HÓA

BS. CKII. Cao Hùng Phú

PGS. TS. BS Lê Quang Quốc Ánh

Ứng dụng kỹ thuật nội soi (NS) trong chẩn đoán và điều trị bệnh đường tiêu hóa là một bước ngoặt trong ứng dụng hình ảnh học. Vì những hình ảnh ghi lại được là y học chứng cứ, lúc đầu để chẩn đoán, càng về sau ứng dụng vào điều trị càng phổ biến và được gọi là NỘI SOI CAN THIỆP.

Khi áp dụng kỹ thuật nội soi để điều trị một loại bệnh nào đó ta nên dùng từ *điều trị bằng phương pháp nội soi* (endotherapy) là một từ rất chung bao gồm hai nội dung:

\* **Nội soi can thiệp** (Therapeutic Endoscopy): gồm tất cả các kỹ thuật dùng ống nội soi mềm để điều trị một loại bệnh nào đó mà người cầm máy soi là bác sỹ nội khoa và cũng có thể là bác sỹ ngoại khoa và thường mang ý nghĩa điều trị bảo tồn. Tiếng Việt chúng ta có thể thống nhất một từ gọi đó là NỘI SOI CAN THIỆP.

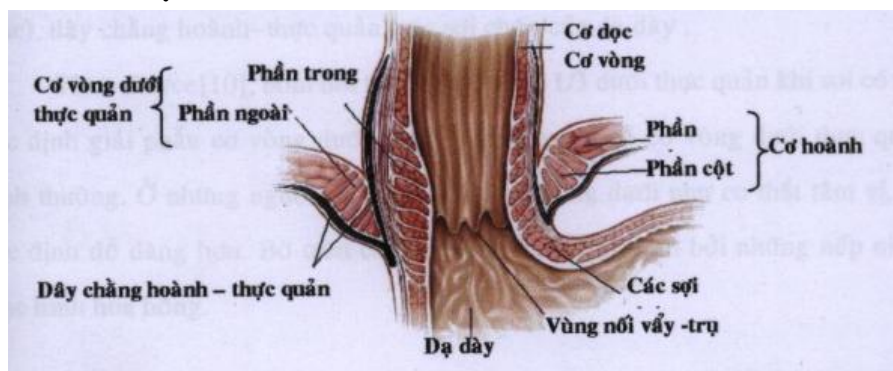
\* **Phẫu thuật nội soi** (Endoscopic Surgery): gồm tất cả các phương pháp dùng ống nội soi cứng để điều trị một số loại bệnh mà trước đây phải mổ và chỉ có bác sỹ phẫu thuật thực hiện; Phẫu thuật nội soi còn mang ý nghĩa là phẫu thuật ít xâm lấn (mini-invasive).

Như vậy dù nội soi điều trị hay phẫu thuật nội soi là qua máy nội soi thực hiện một số kỹ thuật để điều trị các loại bệnh mà theo chỉ định trước đây bệnh thuộc nhóm phẫu thuật và bệnh chỉ có mổ mới giải quyết được. Ngày nay nội soi đã phát triển một cách hoàn chỉnh tạo một bước ngoặt lịch sử trong y khoa điều trị, nhìn về khía cạnh nội soi trong ngoại khoa tổng quát tác giả liệt kê các loại bệnh theo từng cơ quan được điều trị bằng phương pháp nội soi đã áp dụng ở các nước phát triển trên thế giới:

Hiện nay có 02 loại phương tiện nội soi: Ống nội soi cứng và ống nội soi mềm, ở đây chúng tôi ứng dụng kỹ thuật bằng phương tiện ống nội soi mềm để điều trị các bệnh lý của đường tiêu hóa. Nhờ ống nội soi mềm có nhiều cải tiến về cấu trúc cũng như hình ảnh, tiến bộ của gây mê hồi sức nên ngày càng nhiều ứng dụng phương tiện nội soi ống mềm để can thiệp vào bệnh lý đường tiêu hóa bắt đầu từ miệng cho đến hậu môn.

Để trình bày cho có hệ thống, chúng tôi sắp xếp thứ tự từ đường tiêu hóa trên cho đến đường tiêu hóa dưới.

### 1. CÁC BỆNH LÝ Ở THỰC QUẢN



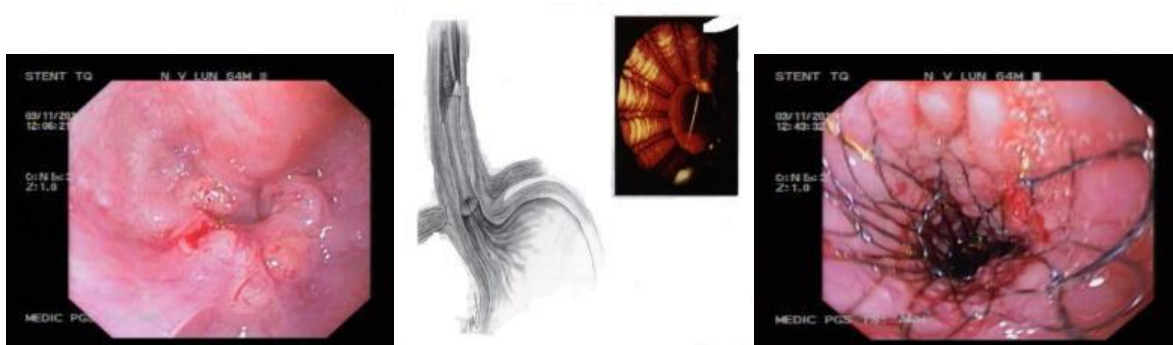
**1.1. Chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản (TMTQ) dẫn ở bệnh nhân xơ gan:** nội soi chích xơ (sclerotherapy injection) Johnson & Rogers năm 1973: Chích xơ TMTQ dẫn. Trong khi đó cột tĩnh mạch dẫn bằng vòng cao su (Endoscopic Variceal Ligation) mà Yamamoto năm 1990 là người đầu tiên thất TMTQ dẫn. Tại bệnh viện đa khoa Tâm Trí Sài Gòn chúng tôi đã thực hiện thường qui các kỹ thuật này trong chảy máu do vỡ TMTQ.



**Hình 1:** Hystocryl đã được dùng để cầm máu hiệu quả trong vỡ TM phình vị

**1.2. Dị vật thực quản:** hóc xương cá, xương súc vật, trẻ em nuốt vật lạ, nuốt răng hàm giả... thường được gắp bằng ống cứng trong chuyên khoa Tai – Mũi - Họng còn chuyên khoa tiêu hóa thì dùng nội soi ống mềm để sử dụng và an toàn hơn.

**1.3. Hẹp thực quản do bướu:** Nong thực quản (Oesophageal dilatation) hẹp bằng thông Savary-Gillard. Cắt đốt bướu bằng Laser, chích cồn hoặc đốt điện vào bướu, đặt nòng (Stent insertion) thực quản. Đó là chỉ định cho những bướu TQ quá giai đoạn phẫu thuật mà giá trị của mổ tạm không tốt hơn so với nội soi điều trị.

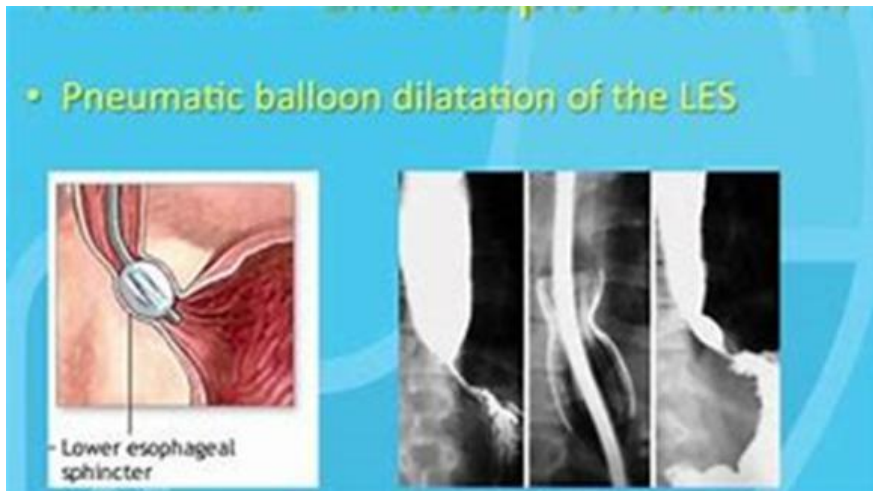


**Hình 2:** Đặt stent kim loại thực quản qua nội soi

Tại bệnh viện đa khoa Tâm Trí Sài Gòn, chúng tôi đã thực hiện 12 trường hợp bị ung thư thực quản quá chỉ định phẫu thuật bằng cách đặt nòng kim loại qua nội soi, tỉ lệ thành công 100%, có 1 trường hợp bướu chảy máu không cầm được nhưng sau đặt stent kim loại dạng covered đã chèn ép và cầm được máu.

**1.4. Achalasia (còn gọi là co thắt tâm vị):** nong tâm vị bằng bóng khí (pneumatic balloon dilatation), phương pháp nhẹ nhàng, dễ áp dụng nhưng lại rất hiệu quả.

Bệnh viện đa khoa Tâm Trí Sài Gòn đã thực hiện kỹ thuật này ở 05 bệnh nhân, sau nong ăn uống gần như bình thường, tăng cân và không trường hợp nào phải mổ.



**Hình 3:** Nong tâm vị bằng bóng khí qua nội soi



**1.5. Cắt bướu thực quản nông:** thật ra là cắt một mẫu niêm mạc (mucosectomy) đã được một tác giả người Nhật khởi xướng. Kỹ thuật này là lấy một mẫu lớn niêm mạc thực quản bị ung thư ở giai đoạn rất sớm. Từ cắt hút niêm mạc qua NS (Endoscopic Submucosal Dissection-ESD) là thủ thuật can thiệp tối thiểu để điều trị sớm ung thư đường tiêu hóa. Mặc dù vẫn còn cần phải cải tiến thêm để giảm bớt những khó khăn trong quá trình thao tác, nội soi cắt hút niêm mạc tiêu hóa gần đây đã được áp dụng phổ quát cho nhiều bệnh lý ung thư đường tiêu hóa, từ các khối ung thư thực quản cho đến đại trực tràng

**2. CÁC BỆNH LÝ Ở DẠ DÀY-TÁ TRÀNG**

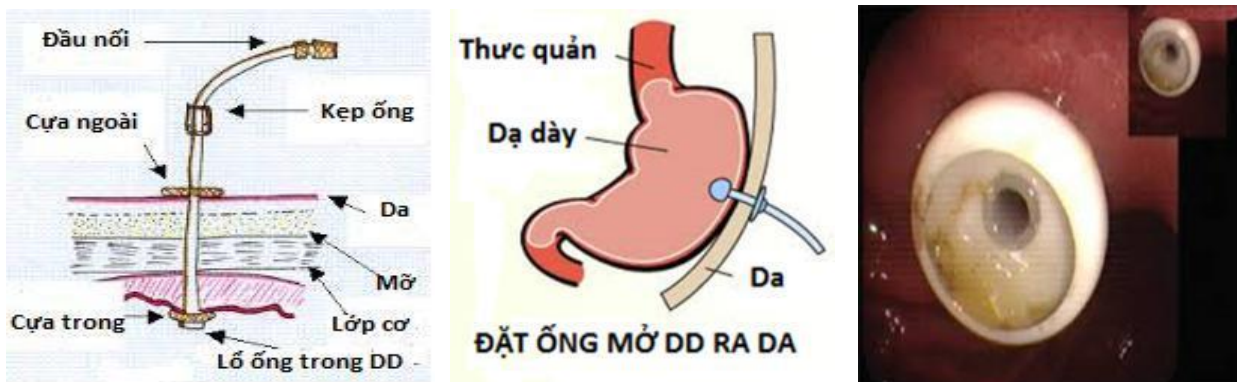
**2.1. Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng (DD-TT):** trước khi có nội soi ống mềm đường tiêu hóa trên, tìm nguyên nhân gây chảy máu rất khó khăn. Thậm chí nếu ói ra máu nhiều phải mổ thám sát nhưng ngày nay nhờ tiên bộ của nội soi có truyền hình, không những dễ dàng tìm thấy nguyên nhân gây chảy máu từ dạ dày - tá tràng mà qua nội soi có thể chích cầm máu tránh được một cuộc mổ cấp cứu. Nội soi còn có thể dùng điện cực để đốt (heat probe) hoặc dùng Laser cầm máu ổ loét đơn độc hoặc phối hợp với chích cầm máu. Tiên bộ hơn người ta còn dùng một dung dịch pha trộn như keo để nội soi xịt vào ổ loét cầm máu nhưng phải có máy pha trộn dung dịch cũng như dụng cụ bơm tiêm dùng 1 lần hoặc dùng clip kẹp cầm máu qua nội soi.

\* HC Mallory-Weii, chảy máu TM phình vị: clip, vòng thắt.

\* Chảy máu do loét DD-TT, polyp, hẹp môn vị - tá tràng: chích cầm máu, clip, cắt polyp, cắt hút niêm mạc, nong môn vị, đặt stent tá tràng...

**2.2. Nong trong hẹp môn vị do loét:** đây là một tiên bộ của nội soi ống mềm có dùng dây dẫn (guide-wire), tuy nhiên hiệu quả không cao và dễ hẹp tái phát.

**2.3. Mở dạ dày ra da bằng nội soi (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy = PEG):** một thời gian khá dài trước đây muốn mở dạ dày ra da đều phải mổ bụng, kỹ thuật PEG được mô tả và thực hiện đầu tiên từ năm 1980.



**Hình 4:** Toàn cảnh cách đặt ống PEG

**3. BỆNH LÝ HỆ THỐNG MẬT-TỤY**

1. Hẹp đường mật do viêm, bướu: nong, đặt nòng...

2. Sỏi ống mật chủ, sỏi tụy: ES - Lấy sỏi - Sinh thiết. Trước đây sỏi mật phải nằm ở khoa ngoại, mổ đi mổ lại nhiều lần do bệnh hay tái phát, nhiều sẹo mổ ở bụng nổi lên giống như chỉ vân tay, dẫn lưu ống T thường lưu > 10 ngày ảnh hưởng đến sức khỏe và trả người bệnh về với đời sống thường ngày rất lâu nhưng từ khi áp dụng ERCP hiệu quả lấy sỏi > 95%, có thể cho xuất viện sau 24 giờ. Hiện nay sỏi đường mật gần như không còn chỉ định phẫu thuật, kể cả trong cấp cứu.

Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP) là tiến trình chuẩn được sử dụng để chẩn đoán và điều trị bệnh nào đó của đường mật và tụy. Cùng với phát họa hình ảnh ống mật chủ, đường mật trong gan và túi mật; chúng ta cũng có thể nhìn thấy hệ thống ống dẫn tụy. Hỗ trợ thêm cho chuyên gia nội soi, chuyên gia X-quang chuyên nghiệp đã có quan tâm đặc biệt trong lãnh vực này thì ERCP rất hữu ích để có được thông tin tối đa từ phương pháp này.

Trong trường hợp vàng da tắc mật, giá trị của chụp đường mật qua da xuyên gan so với ERCP cần phải xem xét liên quan đến từng bệnh nhân, nhớ rằng khả năng chọn lựa kỹ thuật nào còn tùy thuộc

vào kiến thức chuyên môn và những giới hạn của nhân viên chuyên nghiệp. Tuy nhiên, có rất ít trường hợp cá biệt mà trong bối cảnh đó không có sẵn chuyên gia tiêu hoá có khả năng để tiến hành ERCP.



**Hình 5a:** Lấy sỏi cholesterol qua ercp



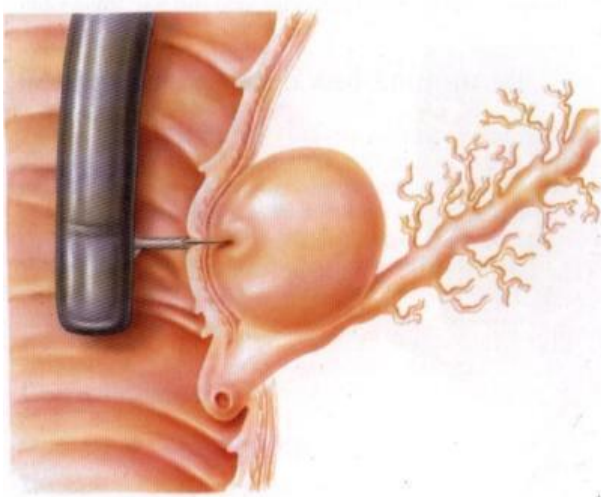
**Hình 5b:** Đặt stent kim loại đường mật



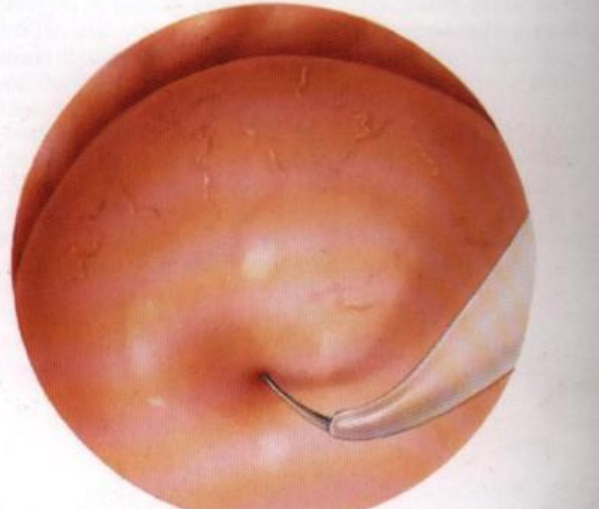
**Hình 6a:** Giun chui đường mật



**Hình 6b:** Gấp giun qua ercp



**Hình 7:** Dẫn lưu nang giả tụy qua ercp

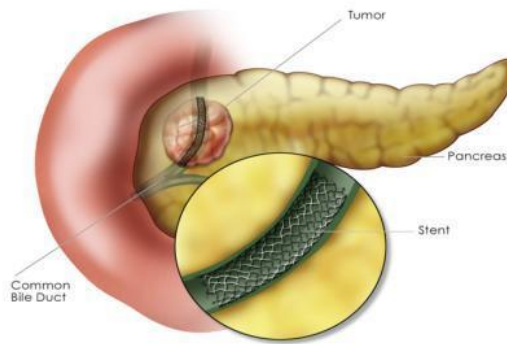


**Ung thư đầu tụy:**

- Ung thư tuyến tụy là bệnh ung thư gây tử vong cao thứ tư ở nam giới so với ung thư tuyến tiền liệt. Ung thư tuyến tụy ít gặp hơn nhưng tỷ lệ sống sót khi mắc loại ung thư này khá thấp.
- Tỷ lệ sống trên 5 năm của người mắc ung thư tuyến tụy chỉ khoảng 10% và giảm chỉ còn 3% khi một người được chẩn đoán ở giai đoạn sau của bệnh. Đáng chú ý hơn, ung thư tuyến tụy có các triệu chứng rất mơ hồ, không rõ ràng, khi phát hiện đa số bệnh nhân ở giai đoạn muộn. Bệnh chỉ có thể sàng lọc theo khuynh hướng di truyền.



STENT PLACEMENT TO RELIEVE A BLOCKED BILE DUCT



**Hình 8:** Đặt stent đường mật trong ung thư đầu tụy

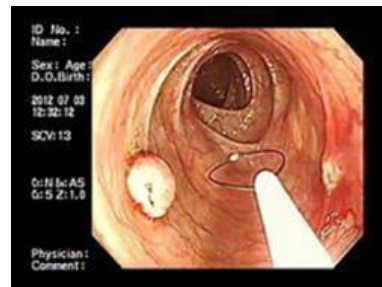
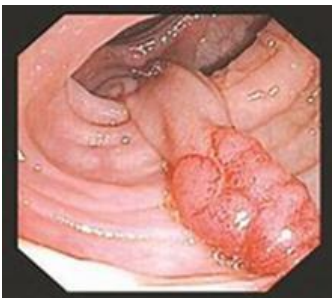
Bệnh viện Tâm Trí Sài Gòn đã thực hiện kỹ thuật ERCP hơn 50 bệnh nhân và nhận điều trị bệnh lý sỏi mật cho 02 Bệnh viện Tâm Trí Đồng Tháp và Nha Trang. Đặc biệt đặt Metallic Stent đường mật thành công cho bệnh nhân Hoàng Thị Liễu sinh năm 1946 bị ung thư đầu tụy mà trước đó 02 bệnh viện lớn ở TP.HCM cho về không điều trị đặc hiệu.

**IV. BỆNH LÝ RUỘT NON**

Còn hạn chế... chủ yếu là chẩn đoán: Single, Double balloon.

**V. ĐẠI -TRỰC TRÀNG**

- Chảy máu: chích cầm máu.
- Xoắn ĐT Sigma: tháo xoắn.
- Dị vật: gắp dị vật
- Tắc ruột do bướu: đặt nòng giải áp (tránh mở HMNT)...
- Trĩ: chích xơ, thắt vòng cao su..
- Cắt POLYP: nội soi đường tiêu hóa dưới với kỹ thuật nội soi ống mềm phát triển đã giúp đỡ rất nhiều để chẩn đoán chính xác các thương tổn của đại tràng và qua đó nội soi cắt được tất cả các polip kể cả các polip bị ung thư còn nhỏ chưa xâm lấn.



**Hình 9 a,b:** POLYP CÓ CUỐNG Ở ĐẠI TRÀNG

**Hình 9c:** Cắt POLYP qua NSĐT

Trên đây gần như toàn bộ các bệnh lý đường tiêu hóa mà trước đây có chỉ định phẫu thuật thì ngày nay nội soi đều có thể can thiệp được. Nội soi đã áp dụng vào rất nhiều chuyên khoa như xương khớp, TMH, thần kinh sọ não, lồng ngực, tim-mạch và nhất là sản phụ khoa nên không thể kể ra hết trong một vài trang giấy được vì vậy tác giả chỉ nêu những bệnh lý tiêu hóa phổ biến trong bệnh lý ngoại khoa tổng quát mà nội soi can thiệp ít xâm lấn đã tạo nên một bước ngoặt lịch sử cho ngành nội soi can thiệp.

## VÀI NÉT VỀ CƠ CHẾ KHÁNG KHUẨN CỦA MẬT ONG VÀ TRIỂN VỌNG

Nguyễn Đình Hải Nam\*

\*Đại học Phan Châu Trinh

Từ lâu, mật ong được biết đến là một chất kháng khuẩn với nhiều tác dụng nhờ các thành phần khác nhau: đường, hợp chất polyphenol,  $H_2O_2$ , 1,2 – dicarbonyl và bee defensin-1. Các chất này có hàm lượng khác nhau tùy vào loại ong, loại mật hoa và cách bảo quản mật. Những thành phần này không chỉ tác động đơn lẻ mà còn có tác dụng hiệp đồng, giúp mật ong có nhiều đặc tính kháng khuẩn quý, chống lại nhiều loại vi sinh vật bao gồm vi khuẩn đa kháng thuốc.

Trong y học, mật ong được sử dụng để điều trị vết thương bề mặt, bỏng và viêm, cho hiệu quả phối hợp tốt khi bôi cùng thuốc kháng sinh. Tác dụng sửa chữa/tái tạo mô của mật ong có được nhờ độ pH thấp, khả năng làm giảm hoạt tính của protease trên vết thương, tăng cường giải phóng oxy từ hemoglobin, kích thích nguyên bào sợi và hoạt động của đại thực bào. Mật ong với khả năng sinh  $H_2O_2$  có tác dụng sát trùng vết thương và kích thích sản xuất yếu tố tăng trưởng nội mạc mạch máu (VEGF). Sử dụng mật ong còn làm sạch các gốc tự do khỏi vết thương, vết bỏng, giúp giảm sẹo. Tác dụng chống viêm và kháng khuẩn của mật ong đặc trưng bởi khả năng giữ ẩm cho vết thương, ngăn ngừa xơ hóa. Mật ong thúc đẩy vết thương lành và giảm sẹo. Ở vết thương không bị nhiễm trùng, mật ong làm giảm đau và viêm. Nhìn chung, sử dụng mật ong trong y tế không chỉ cho lợi ích về kinh tế mà còn phát huy được nhiều ưu điểm so với các phương pháp điều trị thông thường.

### Sơ lược về mật ong

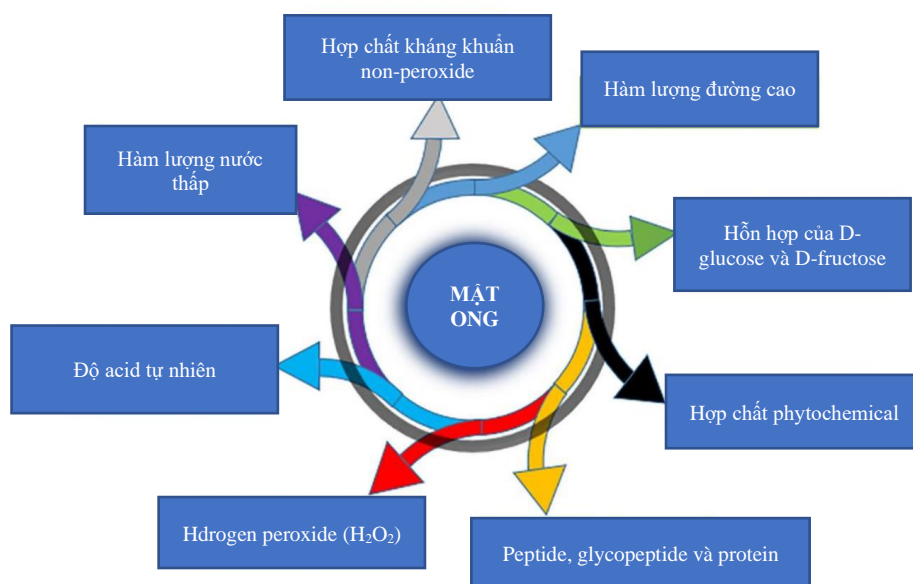
Ong mật tạo ra mật ong sau khi ăn mật hoa bằng cách hút dịch tiết của hoa. Các thành phần này cùng với một số hợp chất từ ong được phối trộn và ong sử dụng nguyên liệu này để xây tổ ong. Thành phần của mật ong phụ thuộc vào loại thực vật mà ong lấy mật. Về cơ bản, mật ong bao gồm những thành phần chủ yếu sau đây: các loại đường glucose, sucrose và fructose chiếm 80% về khối lượng, 20% là nước. Ngoài ra, trong mật ong còn có một số thành phần khác như vitamin, flavonoid, acid amin, enzym, khoáng chất và phenolic acid.

Mật ong được chứng minh có tác dụng chống viêm, chống oxy hóa, chống ung thư. Vốn là phương thuốc cổ truyền từ xưa, mật ong được sử

dụng điều trị nhiễm trùng do vi khuẩn, cảm lạnh và ho, các bệnh truyền nhiễm. Cả vi khuẩn gram âm và gram dương đều nhạy cảm với mật ong, bao gồm MRSA, *Helicobacter pylori*, *Shigella sonnei* hay nấm men *Candida albicans*.

### Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng kháng khuẩn

Các yếu tố có liên quan đến khả năng kháng khuẩn của mật ong có thể kể đến như sau: hàm lượng nước trong mật ong thấp (hoạt độ nước thấp), độ nhớt cao, tính axit và khả năng sinh  $H_2O_2$ . Ngoài ra, tính kháng khuẩn còn tạo thành bởi một số hợp chất khác nhau bao gồm hợp chất phytochemical, peptide, non-peroxidase glycopeptides và protein (Hình 1)<sup>[1]</sup>.



**Hình 1:** Các yếu tố góp phần tạo nên tính kháng khuẩn của mật ong

**Hoạt độ nước thấp**

Nước (dạng tự do hoặc liên kết) là thành phần chính của sự sống. Trong mật ong, hàm lượng nước thấp giúp ngăn sự phát triển của vi khuẩn hoặc các vi sinh vật khác<sup>[1]</sup>.

**Hàm lượng đường cao**

Sự thẩm thấu được tạo thành do hàm lượng đường trong mật ong cao. Vì vậy, mật ong nguyên chất (không pha loãng) có tác dụng ức chế vi khuẩn do tạo áp suất thẩm thấu lên tế bào vi khuẩn, làm nước chảy khỏi tế bào. Kết quả là các tế bào vi khuẩn co lại do mất nước (không tồn tại được trong môi trường ưu trương). Tuy nhiên, khả năng kháng khuẩn theo cơ chế này sẽ giảm khi mật ong bị pha loãng bởi các dịch trên cơ thể tại các vị trí lây nhiễm (nếu sử dụng trên vết thương).

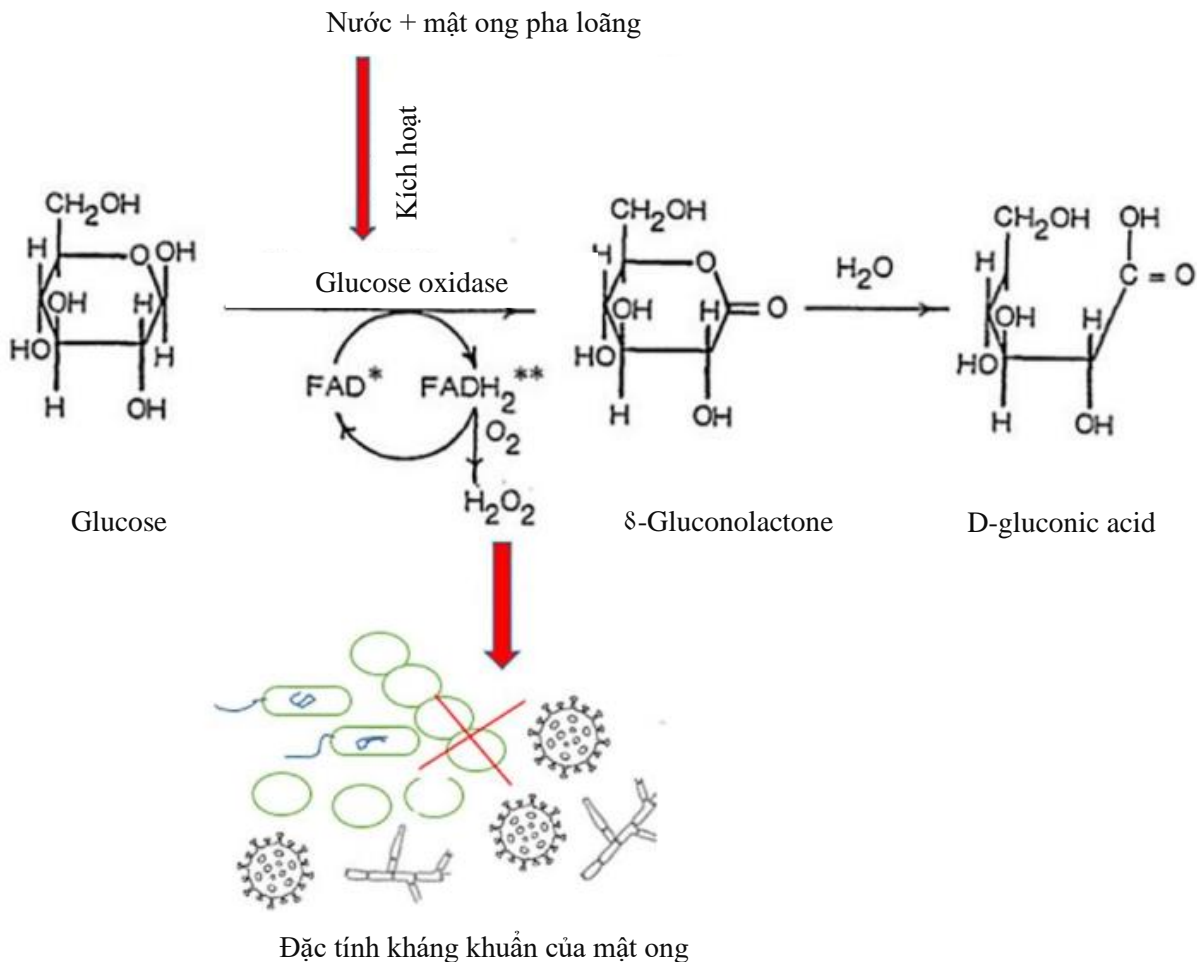
**Tính axit**

Các vi sinh vật phát triển tối ưu trong độ pH dao động từ 6,5 đến 7,5; trong khi các loại mật ong có độ pH giữa 3,2 và 4,5, không thích hợp cho

các loại vi khuẩn phát triển. Tính acid này có được là do sự hiện diện của một số chất trong mật ong, có thể kể đến axit gluconic (0.5%). Ngoài ra, acid glycolic tạo ra bởi glucose oxidase nội sinh cũng là một chất kháng khuẩn cực mạnh, giúp mật ong vẫn giữ được tính kháng khuẩn kể cả khi được pha loãng trong thực phẩm hoặc các chất lỏng khác.

**Hydrogen peroxide (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>)**

Hydrogen peroxide (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) là chất khử trùng và chất oxy hóa mạnh. Đây là nhân tố chính quyết định tính kháng khuẩn của mật ong. H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> được tạo ra nhờ enzym glucose oxidase (Hình 2). Bình thường, glucose oxidase ở trạng thái không hoạt động trong mật ong không pha loãng do độ pH thấp. Khi mật ong được pha loãng, gluco oxidase được hoạt hóa và tác dụng với glucose nội sinh để tạo ra H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. Lượng H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> tạo ra tối đa khi mật ong được pha loãng ở nồng độ 30 đến 50%. Mối liên hệ giữa tính kháng khuẩn của mật ong và hàm lượng H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> tạo ra là tuyến tính.



**Hình 2:** Glucose oxidase xúc tác tạo ra H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> hình thành nên đặc tính kháng khuẩn cho mật ong

**Protein**

Mật ong có chứa hàm lượng tương đối nhỏ protein, nằm trong khoảng từ 0,1% – 0,5%. Các protein có phân tử lượng dao động từ 20 đến 80 kDa. Những protein này bao gồm nhiều enzym tham gia vào quá trình chuyển hóa đường như alpha và beta glucosidase, glucose oxidase và amylase. Nhiều nghiên cứu được công bố đã chỉ ra rằng các protein có tác dụng kháng khuẩn, chống ung thư và chống viêm. Trong đó, peptide kháng khuẩn *defensin-1 (Def-1)* được xem là thành phần chính chịu trách nhiệm cho hoạt động kháng khuẩn của mật ong, ngoại trừ mật ong Manuka. *Def-1* hoạt động chống lại vi khuẩn Gram dương. Nghiên cứu với *Def-1* tái tổ hợp cho thấy khả năng chống lại cả vi khuẩn Gram âm của peptide này, bao gồm *Pseudomonas aeruginosa* và *Salmonella choleraesuis*<sup>[2]</sup>.

**Hoạt tính kháng khuẩn non-peroxit**

Quá trình sinh peroxit là cơ chế chủ yếu nhưng không phải duy nhất tạo nên đặc tính kháng khuẩn của mật ong, còn nhiều hợp chất khác tạo nên đặc tính quý này (non-peroxit).

Polyphenol là chất chuyển hóa thứ cấp của thực vật, được đặc trưng bởi cấu trúc phenolic, bao gồm flavonoid và axit phenolic (nonflavonoid)<sup>[3]</sup>. Các hợp chất sinh học này được truyền từ mật hoa sang mật ong. Phenolic các hợp chất được tìm thấy ở hàm lượng cao trong mật ong và cũng là nhân tố chính góp phần tạo nên đặc tính kháng khuẩn của mật.

Các thành phần tự nhiên khác nhau của mật ong có tác dụng chống lại các vi sinh vật khác nhau. Các thành phần này có thể phụ thuộc vào đồng cỏ nơi những con ong được nuôi dưỡng, điều kiện khí hậu, cũng như thành phần tự nhiên của mật hoa. Mật ong có hiệu quả kháng khuẩn tuyệt

vời chống lại *MRSA* và nhiều loại *Pseudomonas*, thường liên quan đến vết thương và nhiễm trùng vết bỏng<sup>[4]</sup>.

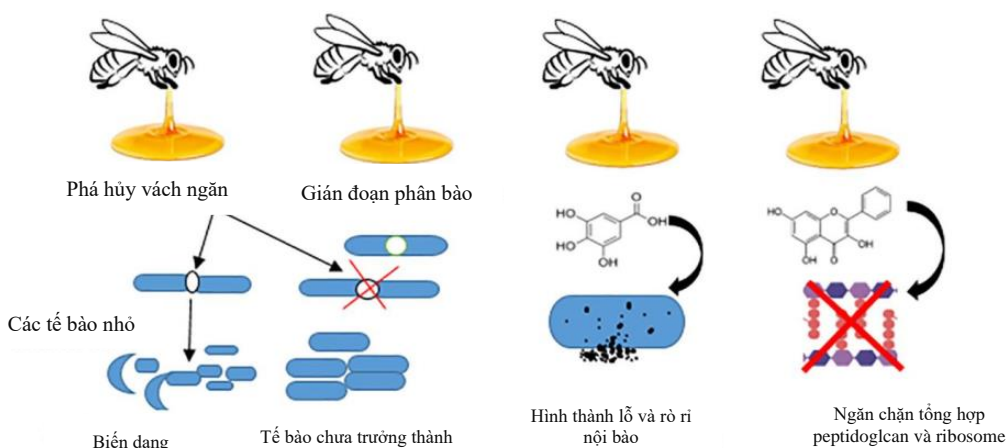
Riêng mật ong Manuka là một loại mật ong nổi tiếng có nguồn gốc từ New Zealand đã cho thấy hiệu quả chống lại nhiều vi sinh vật gây bệnh, bao gồm: *Enterobacter erogen*, *S. aureus*, *Salmonella zypthimurium*, *Escherichia coli* (*E. coli*)<sup>[5,6]</sup>. Nhiều nghiên cứu cho thấy mật ong Manuka có tác dụng chống lại *MRSA*, liên cầu tan máu, và cầu khuẩn kháng vancomycin (*VRE*)<sup>[6]</sup>. Hoạt tính kháng khuẩn của mật ong Manuka chủ yếu nhờ methylglyoxal – MGO, một hợp chất kháng khuẩn chỉ có ở loại mật này. Manuka được ví như “vàng lỏng” do nhiều đặc tính quý.

**Tính axit**

Không giống như mật ong Manuka, hoạt tính của các loại mật ong chủ yếu là do khả năng sản sinh H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. Độ pH của mật ong đủ thấp để gây ức chế nhất định vi khuẩn gây bệnh, như *S. Pyogenes* (liên cầu khuẩn nhóm A), *E. coli*, *P. aeruginosa* và *Salmonella spp.* Vì vậy, tính axit cũng được xem là một yếu tố kháng khuẩn quan trọng.

**Cơ chế tác động đến vi khuẩn**

Mật ong có tác dụng ức chế nhiều loại vi khuẩn. Mật ong Manuka có thể tác động đến vi khuẩn thông qua ảnh hưởng đến quá trình phân bào<sup>[7]</sup>. Nghiên cứu tác động của mật ong Manuka lên *Staphylococcus aureus* và *Bacillus subtilis* cho thấy sự xuất hiện của các tế bào vi khuẩn nhỏ hơn, nhiều vách ngăn và nhiễm sắc thể bất thường sau quá trình phân bào. Điều này cho thấy mật ong đã tác động đến sự phát triển của tế bào thông qua ảnh hưởng đến sự phân chia tế bào của vi khuẩn. (Hình 3).



**Hình 3:** Cơ chế kháng khuẩn của mật ong

Vi khuẩn đa kháng thuốc (MDR) là một vấn đề toàn cầu, nhiễm trùng do vi khuẩn kháng thuốc đang gia tăng ở nhiều loài động vật khác nhau, bao gồm cả con người<sup>[8]</sup>. Vì lý do này, các liệu pháp thay thế với hiệu quả tương đương kháng sinh là cần thiết. Mật ong là một trong số những liệu pháp thay thế đó.

**Bảng 1:** Các tác nhân vi khuẩn nhạy cảm với mật ong và hướng điều trị tương ứng

Tác nhân	Bệnh
<i>Proteus spp.</i>	Nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm trùng vết thương
<i>Serratia marcescens</i>	Nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng vết thương
<i>Vibrio cholerae</i>	Bệnh tả
<i>S. aureus</i>	Bệnh thường mắc phải và nhiễm trùng bệnh viện
<i>E. coli</i>	Nhiễm trùng đường tiết niệu, tiêu chảy, nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng vết thương
<i>P. aeruginosa</i>	Nhiễm trùng vết thương, loét chân do tiểu đường, nhiễm trùng tiết niệu
<i>S. maltophilia</i>	Viêm phổi, nhiễm trùng đường tiết niệu, nhiễm trùng máu, nhiễm trùng bệnh viện
<i>A. baumannii</i>	Tác nhân gây bệnh cơ hội lây nhiễm sang những người bị suy giảm miễn dịch qua vết thương hở, ống thông và ống thở
<i>A. schubertii</i> <i>H. paraphrohaemolyticus</i> <i>Micrococcus luteus</i> <i>Cellulosimicrobium cellulans</i> <i>Listonella anguillarum</i> <i>A. baumannii</i>	Nhiễm trùng vết bỏng
<i>H. pylori</i>	Viêm dạ dày mãn tính, loét dạ dày tá tràng, khối u ác tính ở dạ dày
<i>Salmonella enterica serovar Typh</i>	Sốt thương hàn
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Lao

Sử dụng tetracycline kết hợp với mật ong Manuka mang lại hiệu quả tốt hơn khi điều trị vết thương nhiễm trùng *S. aureus* và *P. aeruginosa*<sup>[9]</sup>. Trong một nghiên cứu khác, kết hợp rifampicin với nồng độ ức chế (MIC) của Medihoney đã làm thay đổi tình trạng kháng rifampicin ở các chủng *S. aureus*, bao gồm MRSA<sup>[10]</sup>. Các dữ liệu khác cũng chỉ ra rằng việc sử dụng mật ong kết hợp cùng thuốc kháng sinh

có thể thay đổi tình trạng kháng kháng sinh theo hướng tích cực. Báo cáo cho thấy MRSA trở nên nhạy cảm với oxacillin khi kết hợp cùng mật ong<sup>[9]</sup>.

Đáng lưu ý là sự xuất hiện của vi khuẩn đề kháng với mật ong là rất thấp vì sự khác biệt và đa dạng trong thành phần của các loại mật về 1) nguồn mật hoa; 2) điều kiện khí hậu; 3) thời gian lưu trữ; và 4) điều kiện bảo quản<sup>[11]</sup>.

Những phát hiện này nhấn mạnh ứng dụng tiềm năng của việc kết hợp mật ong với thuốc kháng sinh để tăng cường hiệu quả điều trị, giảm khả năng của các vi khuẩn đa kháng thuốc. Đây là hướng đi rất có triển vọng do thành phần phức tạp và đa dạng của mật ong, chứa hơn 180 chất khác nhau bao gồm: vitamin; khoáng chất; axit amin; các enzym; acid hữu cơ; và các hợp chất khác có hiệu quả chống lại vi khuẩn.

Glucose oxidase là một loại enzyme có trong mật ong có tác dụng chuyển đổi glucose thành gluconolacton rồi thành H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> này được phóng thích một cách chậm rãi và liên tục để đạt được tác dụng kháng khuẩn. Điều này vừa giúp loại bỏ vi sinh vật nhưng cũng vừa đủ để không làm hỏng mô vật chủ. Tính axit của mật ong (pH 3,2–4,5) ức chế sự phát triển của nhiều sinh vật gây bệnh và tăng cường quá trình chữa lành vết thương thông qua quá trình biểu mô hóa (epithelialization). Ngoài ra, nhờ độ thẩm thấu cao, mật ong ức chế sự phát triển của vi khuẩn. Nghiên cứu lâm sàng trong tương lai là rất cần thiết để làm sáng tỏ hiệu quả của những kết hợp như vậy trong điều trị.

**Triển vọng và Ứng dụng**

Có thể thấy mật ong có đặc tính kháng khuẩn mạnh, rất thích hợp để điều trị các mầm bệnh lây nhiễm trên vết thương. Trong y học, mật ong chủ yếu được sử dụng để điều trị các vết thương và vết bỏng trên bề mặt. Có hai loại mật ong y tế chính với các thành phần hoạt động riêng biệt và các cơ chế khác nhau là Medihoney và Revamil. Medihoney được sản xuất từ Mật ong Manuka, trong khi mật ong Revamil được sản xuất theo các điều kiện trong nhà kính<sup>[1]</sup>. **Mật ong được sử dụng để điều trị các vết thương ở da ở cả động vật và con người**<sup>[12]</sup>. Quá trình sửa chữa mô được tăng cường bởi độ pH thấp của mật ong (3,5–4), làm giảm hoạt động của enzym protease trên vết thương, tăng giải phóng oxy từ hemoglobin, kích thích nguyên bào sợi và đại thực bào hoạt động. Hơn nữa, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> có tác dụng

khử trùng và kích thích sản xuất yếu tố tăng trưởng nội mạc mạch máu (VEGF). Ngoài glucose oxidase, enzyme invertase làm tăng khả năng thẩm thấu của mật ong thông qua xúc tác đường sucrose tạo thành fructose và glucose. Các mô hư hỏng sẽ bị khô do chất lỏng rút ra nhờ áp lực thẩm thấu và bị loại bỏ. Mặt khác, các hợp chất phenol, axit hữu cơ, vitamin, và flavonoid trong mật ong có khả năng chống oxy hóa và tăng cường hiệu quả kháng khuẩn. Flavonoid loại bỏ các gốc tự do được tạo ra bởi H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>.

**Mật ong được sử dụng rộng rãi trong điều trị các vết thương cấp tính, mãn tính, chấn thương và sau phẫu thuật:** những vết loét, bỏng, bệnh về mắt, bệnh ngoài da, niêm mạc miệng và hoại tử. Thực tế có nhiều trường hợp không đáp ứng với các phương pháp điều trị truyền thống nhưng phản ứng tích cực với điều trị bằng mật ong.

Mật ong cũng có tác dụng kìm hãm vi khuẩn và/hoặc diệt khuẩn, làm giảm khả năng nhiễm trùng vết mổ. Vì mật tạo gradient thẩm thấu do hàm lượng đường cao và hoạt độ nước thấp, gây ra dòng chảy loại bỏ vi khuẩn, mô hoại tử và mảnh vụn ra khỏi vết thương. Đồng thời, các hợp chất phenolic trong mật ong có khả năng chống viêm và tăng cường tốc độ chữa lành vết thương, giảm sẹo.

Mật ong còn có tác dụng điều hòa miễn dịch vết thương bởi các thành phần của mật ong có đặc tính chống viêm và chống oxy hóa. Hàm lượng chất dinh dưỡng cao trong mật ong thúc đẩy quá trình biểu mô hóa và hình thành mạch. Các carbohydrate trong mật ong (chiếm 80% thành phần của mật ong), đặc biệt là glucose và fructose, maltose, sucrose, và isomaltose, được xem là nguồn dinh dưỡng tuyệt vời cho các mô.

**Bỏng** có liên quan đến tổn thương oxy hóa. Tại vết bỏng có sự gia tăng hoạt động của các gốc tự do, làm gia tăng mức độ peroxy hóa lipid, gây ra sẹo. Trong điều trị bỏng, việc sử dụng mật ong sẽ làm sạch vết bỏng khỏi các gốc tự do, giảm sẹo và co rút da. Tương tự đối với vết thương, khả năng kháng viêm và kháng khuẩn của mật ong sẽ giữ cho khu vực bị bỏng luôn ẩm ướt, ngăn ngừa hồng và xơ hóa mô. Vì khả năng thúc đẩy quá trình chữa lành nhanh chóng và giảm sẹo nên có thể ứng dụng trong phẫu thuật thẩm mỹ. Trong một số trường hợp bỏng không nhiễm trùng được thực nghiệm, mật ong còn giảm đau và viêm. Các nghiên cứu cho thấy mật ong chữa

lành vết bỏng nhanh chóng hơn so với phương pháp điều trị thông thường. Sức mạnh của hiệu quả điều trị khi sử dụng mật ong không chỉ ở khả năng kháng khuẩn, kháng viêm mà mật ong còn được xem như một chất hỗ trợ để tăng tốc chữa lành vết thương, vết loét, vết thương bị nhiễm trùng và vết bỏng do chứa chất chống oxy hóa (vitamin C, E và A). Nhìn chung, việc sử dụng mật ong trong các cơ sở y tế nên được xem xét vì mang lại lợi ích kinh tế so với các phương pháp điều trị thông thường, giảm sử dụng kháng sinh và đề kháng kháng sinh.

Tại Việt Nam, nhiều loại mật ong có giá trị cao như mật ong bạc hà và mật ong hoa nhãn của miền Bắc. Tây Nguyên có mật ong cà phê và cao su. Thảm thực vật đa dạng phong phú trải dài theo vùng miền giúp mật ong Việt Nam có nhiều đặc tính quý tùy theo vùng địa lý còn chưa được khám phá. Theo các nghiên cứu ban đầu thì tất cả các loại mật ong tại Việt Nam đều thể hiện hoạt tính kháng khuẩn<sup>[13]</sup>.

Tại thời điểm hiện tại, các bác sĩ trong hệ thống bệnh viện Đa khoa Tâm Trí cũng đang có những quan tâm nhất định đến việc sử dụng mật ong trong điều trị, tiên phong là bác sĩ Nguyễn Hữu Phùng, một người dành nhiều tâm huyết cho việc nghiên cứu mật ong. Theo đó, mật ong là một loại dược liệu quý với nhiều đặc tính ưu việt, có rất nhiều công dụng trong điều trị một số bệnh như trị ho, loét chân do tiểu đường, khô mắt, loét miệng do bức xạ hoặc điều trị hóa học (viêm niêm mạc), làm lành vết thương, giảm mùi hôi và mủ, làm sạch vết thương, giảm nhiễm trùng, giảm đau và giảm thời gian lành vết thương, bệnh tim mạch, cải thiện tình trạng các bệnh thần kinh<sup>[14]</sup>.

### Kết luận

Mật ong có nhiều đặc tính quý và nên được sử dụng rộng rãi trong điều trị các vết thương cấp tính, mãn tính, chấn thương và sau phẫu thuật, cũng như chữa loét, bỏng, bệnh ngoài da, các vấn đề về niêm mạc miệng và các vùng bị hoại tử. Có thể xem mật ong là một chất kháng khuẩn tuyệt vời với nhiều tiềm năng sử dụng trong y tế. Các nghiên cứu lâm sàng ứng dụng mật ong trong điều trị cần được triển khai nhiều hơn tại Việt Nam cả về khả năng ứng dụng đơn lẻ hoặc kết hợp với kháng sinh bởi đây là hướng đi tiềm năng và hứa hẹn nhiều đột phá cho những phương án điều trị mới và hiệu quả.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Molan, P.C., 1992. The Antibacterial Activity of Honey: 1. The nature of the antibacterial activity. *Bee World* 73 (1), 5–28.
2. Tseng, Jun-Ming, Huang, Jun-Ru, Huang, Hsiou-Chen, Tzen, Jason T.C., Chou, WingMing, Peng, Chi-Chung, 2011. Facilitative production of an antimicrobial peptide royalisin and its antibody via an artificial oil-body system. *Biotechnol Progress* 27 (1), 153–161.
3. Cianciosi, D., Forbes-Hernández, T., Afrin, S., Gasparrini, M., Reboledo-Rodriguez, P., Manna, P., Zhang, J., Bravo Lamas, L., Martínez Flórez, S., Agudo Toyos, P., Quiles, J., Giampieri, F., Battino, M., 2018. Phenolic Compounds in Honey and Their Associated Health Benefits: A Review. *Molecules* 23 (9), 2322
4. Hazrati, M., Mehrabani, D., Japoni, A., Montasery, H., Azarpira, N., Hamidian-shirazi, A.R., Tanideh, N., 2010. Effect of Honey on Healing of *Pseudomonas aeruginosa* Infected Burn Wounds in Rat. *Journal of Applied Animal Research* 37 (2), 161–165
5. Visavadia, Bhavin G, Honeysett, Jan, Danford, Martin, 2008. Manuka honey dressing: An effective treatment for chronic wound infections. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 46 (8), 696–697.
6. Lusby, P.E., Coombes, A.L., Wilkinson, J.M., 2005. Bactericidal Activity of Different Honeys against Pathogenic Bacteria. *Archives of Medical Research* 36 (5), 464–467.
7. Lu, J., Carter, D.A., Turnbull, L., Rosendale, D., Hedderley, D., Stephens, J., Gannabathula, S., Steinhorn, G., Schlothauer, R.C., Whitchurch, C.B., Harry, E.J., 2013. The effect of New Zealand kanuka, manuka and clover honeys on bacterial growth dynamics and cellular morphology varies according to the species. *PloS One* 8 (2):e55898.
8. Szmolka, A., Nagy, B., 2013. Multidrug resistant commensal *Escherichia coli* in animals and its impact for public health. *Front Microbiol* 4, 258.
9. Jenkins, R.E., Cooper, R., 2012. Synergy between oxacillin and manuka honey sensitizes methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* to oxacillin. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 67 (6), 1405–1407.
10. Müller, P., Alber, D.G., Turnbull, L., Schlothauer, R.C., Carter, D.A., Whitchurch, C.B., Harry, E.J., 2013. Synergism between Medihoney and rifampicin against methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *PLoS One* 8 (2):e57679
11. Al-Waili, N.S., Boni, N.S., 2003. Natural Honey Lowers Plasma Prostaglandin Concentrations in Normal Individuals. *Journal of Medicinal Food* 6 (2), 129–133.
12. Carnwath, R., Graham, E.M., Reynolds, K., Pollock, P.J., 2014. The antimicrobial activity of honey against common equine wound bacterial isolates. *The Veterinary Journal* 199 (1), 110–114.
13. Phạm Như Quỳnh, Lưu Hoàng Bách, Vũ Thu Trang, Cung Thị Tố Quỳnh. 2022. So sánh hoạt tính kháng khuẩn của một số loại mật ong Việt Nam. *Tạp chí Kiểm nghiệm và An toàn thực phẩm* 5(1), 77-88.
14. <http://bvtamtrisaigon.com.vn/vn/sinh-hoat-y-khoa-vai-tro-cua-mat-ong-trong-dieu-tri-vet-thuong.html>
15. Saad Almasaudi. 2021. The antibacterial activities of honey. *Saudi Journal of Biological Sciences* 28, 2188-2196.

## CHÀO ĐÓN 02 SINH VIÊN Y KHOA CỦA ĐH MANCHESTER - ANH ĐẾN KIẾN TẬP TẠI BỆNH VIỆN THỰC HÀNH CỦA ĐẠI HỌC PHAN CHÂU TRINH

Chào đón 02 sinh viên Y khoa của ĐH Manchester - Anh đến kiến tập tại Bệnh viện thực hành của Đại học Phan Châu Trinh.

Đến từ Vương quốc Anh, Catherine Sweetapple và Olivia-Grace Frith hiện là sinh viên y khoa năm thứ 5 của University of Manchester Medical School. Theo kế hoạch, các bạn sẽ kiến tập tại bệnh viện dưới sự hướng dẫn của các giảng viên của Trường Đại học Phan Châu Trinh trong thời gian khoảng 01 tháng kể từ ngày 13/06/2022.

Đây không chỉ là dịp để sinh viên 02 trường được giao lưu văn hóa, học hỏi lẫn nhau mà còn là tiền đề để tiến tới các chương trình trao đổi, hợp tác giữa 02 trường, tạo nhiều cơ hội phát triển cho sinh viên của Đại học Y khoa Phan Châu Trinh.

Và đây cũng chính là một phần trong chiến lược đào tạo y khoa theo triết lý giáo dục khai phóng của nhà trường.

GenZ Talk sẽ dành một chương trình giao lưu với Catherine Sweetapple và Olivia-Grace Frith. Các bạn nhớ theo dõi nhé!



WWW.PCTU.EDU.VN

*Chào đón*  
**SINH VIÊN Y KHOA**  
**ĐẠI HỌC MANCHESTER**  
 — VƯƠNG QUỐC ANH —

*Đến kiến tập tại Bệnh viện thực hành  
 của Đại học Phan Châu Trinh*







## CUỘC HỘI CHẨN TỪ XA GIỮA ĐẠI HỌC PHAN CHÂU TRINH VÀ ĐẠI HỌC OHIO, MỸ

Tối 01/07/2022 vừa qua, Đại Phan Châu Trinh và Đại học Bang Ohio (Mỹ) đã có một cuộc hội chẩn trực tuyến (Telemedicine) chuyên môn thảo luận phác đồ điều trị cho một bệnh nhân ung thư phổi đang điều trị tại một bệnh viện ở Singapore.

Tham dự buổi hội chẩn này về phía Trường Ohio State University có hai chuyên gia về lĩnh vực ung thư là Bác sĩ David P Carbone và Anne M Noonan. Phía Trường Đại học Phan Châu Trinh có sự tham gia của TS.BS. Tô Viết Thuận – TP. Đào tạo, TS.BS. Lê Thị Huỳnh Trang - Trưởng bộ môn Tiền lâm sàng (Chuyên ngành Ung thư), BS. CKII Lê Xuân Túy – Phó Giám đốc chuyên môn của Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí. Ngoài ra còn có khách mời là BS. Nguyễn Tuấn Anh – Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng, BS. Tuấn Dương – Bang Florida, Mỹ. Và đặc biệt còn có sự tham gia của bệnh nhân.



Sau hơn một giờ trao đổi, các chuyên gia đã tư vấn cho bệnh nhân và đưa ra các hướng điều trị thích hợp, đồng thời thảo luận chuyên môn và chia sẻ cập nhật kiến thức mới trong phương thức điều trị ung

thư giữa Việt Nam và Ohio. Bệnh nhân đã rất hài lòng và an tâm khi được các bác sĩ hai bên phân tích tình trạng sức của họ hiện tại và đưa ra phương hướng điều trị trong tương lai. Cuộc hội chẩn này không chỉ mang lại cho người bệnh niềm hy vọng, mà còn cho thấy ranh giới tiến bộ y khoa giữa Việt Nam và Hoa Kỳ ngày càng xích lại gần nhau.

Cuộc hội chẩn Telemedicine từ xa lần này cũng đánh một dấu mốc và nền móng quan trọng cho sự hợp tác trong tương lai giữa hai trường.



### **ĐÓN TIẾP ĐOÀN TSUKUI NHẬT BẢN – ĐÁNH DẤU MỐI QUAN HỆ HỢP TÁC LÂU DÀI CỦA NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG**

Sáng nay, tập đoàn TSUKUI Nhật Bản tham quan và trao đổi với ĐH Phan Châu Trinh chi tiết hơn về chương trình hợp tác và việc làm của sinh viên điều dưỡng tại Nhật Bản sau buổi gặp gỡ trực tuyến hồi đầu tháng 4.

Đại diện phía nhà trường, BS Nguyễn Hữu Tùng – Chủ tịch Hội đồng quản trị đã đón tiếp và mời đoàn TSUKUI tham quan không gian, cơ sở vật chất, trang thiết bị của trường. Điều khiến đoàn TSUKUI thích thú là được giảng viên của khoa hướng dẫn một quy trình chăm sóc bệnh nhân ngay tại phòng Skills Lab cũng như trang thiết bị đạt chuẩn quốc tế. Trong buổi gặp gỡ, Th.S Phạm Thị Kiên – Phó khoa Điều dưỡng cũng đã trình bày về mục tiêu, phương pháp giảng dạy khác biệt cũng như các chương trình trao đổi sinh viên của khoa.

Về phía tập đoàn, bà Sato Sonoko – Quyền Trưởng phòng Nguồn nhân lực nước ngoài Công ty cổ phần TSUKUI khen ngợi và tán dương phương pháp giảng dạy cùng sự đầu tư bài bản của nhà trường. Bà cho biết sẽ xây dựng chương trình internship 3+1 và hỗ trợ các khoản cần thiết để sinh viên không gặp nhiều trở ngại, khó khăn trong thời gian thực tập tại Nhật Bản.

“TSUKUI mong muốn sau khi hoàn thành chương trình internship và tốt nghiệp, sinh viên cam kết trở lại làm việc cho tập đoàn TSUKUI Nhật Bản.”, bà cho biết thêm.

Một số hình ảnh của buổi làm việc:







### HOẠT ĐỘNG NGOẠI VIÊN CỦA SINH VIÊN Y KHOA ĐẠI HỌC PHAN CHÂU TRINH

Ngoài việc học và thực tập lâm sàng tại Viện – Trường thì hoạt động ngoại viên là rất cần thiết đối với sinh viên y khoa và được xem là một tiêu chí để đánh giá đạt chuẩn đầu ra.

Vừa qua, hơn 30 sinh viên y của ĐH Phan Châu Trinh có chuyến hành trình tình nguyện về tại xã Tư, huyện Đông Giang – một huyện vùng núi của tỉnh Quảng Nam. Tại đây, các tình nguyện viên có nhiều hoạt động giao lưu văn hóa với người dân bản địa để hiểu về môi trường sống, tập quán và thói quen sinh hoạt của người dân. Đồng thời, tiến hành khảo sát và nắm bắt mô hình bệnh tật của người dân nơi đây. Từ đó, các bạn sinh viên sẽ vận dụng kiến thức chuyên môn giáo dục sức khỏe cho người dân, hướng dẫn người dân cách vệ sinh, phòng bệnh; tập huấn và hướng dẫn cho người dân những kỹ năng sơ cấp cứu vết thương do rắn hoặc côn trùng cắn, sơ cứu đuối nước, sơ cứu học dị vật cho trẻ em, sơ cứu, băng bó vết thương,...







Cũng trong đợt này, đoàn tình nguyện đã tổ chức thăm khám và cấp phát thuốc miễn phí cho hơn 200 người cao tuổi và trẻ em dưới sự đồng hành của các giảng viên, bác sĩ của nhà trường. Ngoài ra, với sự chung tay của các thầy cô giáo, quý phụ huynh và sinh viên trường sẽ trao nhiều suất học bổng cho học sinh vượt khó, tặng phẩm sách, vở cho các em có hoàn cảnh khó khăn.

Hoạt động này nằm trong kế hoạch đào tạo chung hằng năm của nhà trường. Việc này không chỉ giúp cho sinh viên có dịp trải nghiệm văn hóa vùng cao mà còn thể hiện trách nhiệm và cách ứng xử của người hành nghề y với cộng đồng, với xã hội và môi trường xung quanh.

Được biết, trước đó Nhà trường cũng đã liên kết với Trung tâm Y tế huyện Nam Giang hỗ trợ cho sinh viên của Trường trong thực tập và nâng cao năng lực y tế cộng đồng, trao đổi văn hóa; hợp tác nghiên cứu khoa học và chuyên giao công nghệ, đồng thời nâng cao chất lượng chuyên môn của các bác sĩ thông qua các khóa tập huấn ngắn hạn, hội chẩn online.





## **HỘI THẢO KHOA HỌC CHUYÊN ĐỀ “NHỮNG TIẾN BỘ VỀ NỘI SOI CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP”**

Hội thảo khoa học chuyên đề “**Những tiến bộ về nội soi chẩn đoán và can thiệp**” do Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng và Trường Đại học Phan Châu Trinh vừa được diễn ra thành công sáng nay 25/6/2022. Hội thảo đã thu hút hơn 100 bác sĩ đồng nghiệp đến từ các bệnh viện trong khu vực đến tham dự và trao đổi và chia sẻ kinh nghiệm những tiến bộ trong nội soi chẩn đoán và can thiệp.

Với 11 đề tài được trình bày tại hội thảo lần này được đánh giá rất có giá trị, cập nhật mới, giúp các bác sĩ tiếp cận với những công nghệ mới, mang lại những hướng điều trị tích cực, hiệu quả. Trong đó đáng chú ý là những đề tài của PGS.TS.BS. Lê Quang Quốc Ánh (Trưởng BM Giải phẫu Trường ĐH Phan Châu Trinh, Trưởng đơn vị nội soi BVTT SG); TS.BS. Đoàn Hiếu Trung (Khoa Nội Tiêu hóa – BVĐK Đà Nẵng); TS.BS. Vĩnh Khánh (Giám đốc TT Tiêu hóa – Nội soi Bệnh viện Trường ĐHYD Huế). TS.BS. Lê Thị Huỳnh Trang (Trưởng BM Tiền Lâm Sàng – ĐH Phan Châu Trinh).

Dưới đây là một số hình ảnh hội thảo:







# THAY ĐỔI QUẢN TRỊ TRONG BỆNH VIỆN SẼ GIỮ ĐƯỢC NGUỒN NHÂN LỰC Y TẾ

Bác sĩ Nguyễn Hữu Tùng – Chủ tịch Hội Nghề y tư nhân TP.HCM

Thu nhập của nhân viên y tế ở khu vực công thấp, không tương xứng với công sức bỏ ra, đặc biệt là trong đợt dịch Covid-19 vừa qua đã khiến nhiều nhân viên y tế nghỉ việc. Làm thế nào để bệnh viện “giữ chân” nguồn nhân lực y tế?

Tình trạng nhân sự trong bệnh viện nghỉ việc, tỷ lệ xin ra khỏi ngành của bác sĩ, điều dưỡng trong hai năm gần đây là điều dư luận đang quan tâm và chỉ ra nhiều nguyên nhân. Vấn đề là cần nhìn rõ hơn bản chất của thực trạng này là gì?

Kinh tế Việt Nam hiện đi theo kinh tế thị trường định hướng XHCN. Đã gọi là thị trường thì dứt khoát phải cạnh tranh, mà cạnh tranh trong nền kinh tế thị trường là cạnh tranh giữa các nước và thế giới, cạnh tranh ở đây là về chất lượng, tài nguyên, giá cả, giá trị cốt lõi, thương hiệu.

Mặc dù kinh tế thị trường XHCN cho mọi ngành nghề mà Nhà nước không cần đầu tư, không cấm được đưa vào thị trường, kích hoạt sự cạnh tranh tạo tăng trưởng GDP. Tuy nhiên, trong cơ chế này nhiều chính sách vẫn bị “đóng”. Và chỗ “đóng” lại đó, trong triết học gọi là phạm trù phân phối. Phân phối có nghĩa là anh làm ra một đồng thì đồng đó phải được phân phối cho lực lượng lao động như thế nào, phân phối lại cho công cụ sản xuất như thế nào, phân phối lại cho người quản lý... Và đó là chỗ hiển nhiên chúng ta đang bị tắc.

Cụ thể trong y tế đang tắc chỗ nào? Đó là khi chúng ta đưa bệnh viện công trở thành bệnh viện tư chủ. Mà đã là bệnh viện tư chủ, tức là bệnh viện tư, nghĩa là tư hóa bệnh viện công thì bệnh viện tư hóa đó phải chuyển qua tư chủ về quản lý, quản trị hoạt động theo hướng tư chủ giống như bệnh viện tư nhân.

Thực tế cho thấy, một số bệnh viện đã được “tư hóa” nhưng chúng ta lại dùng chung tài nguyên, công cụ sản xuất, lực lượng lao động (là bác sĩ, nhân viên) của Nhà nước; giám đốc, phó giám đốc, trưởng khoa phải đảng viên do Nhà nước quy định. Mà nhân viên y tế đã thuộc Nhà nước; tức là lãnh lương theo thể chế lương của Nhà nước; theo luật và chế độ lương của Bộ Tài chính, Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội theo hạn ngạch, nên sự phân phối sản phẩm làm ra trong bệnh viện cho tất cả đối tượng trong bệnh viện không đồng đều.

Vô hình chung, trong bệnh viện hình thành ra một bộ phận quản trị và bị trị. Bộ phận được làm việc và bộ phận bị làm việc. Ban giám đốc thường có quyền lực hơn, được nắm tài nguyên (con người, thiết bị, hạ tầng cơ sở, điện nước) và cả tài nguyên chính sách, trong khi tất cả đối tượng làm việc là bác sĩ, công nhân, cán bộ điều dưỡng, hộ lý, nữ hộ sinh,... lại không biết chủ trương của bệnh viện, những rủi ro gặp phải tại bệnh viện công lập.

Một bất cập khiến bác sĩ không mặn mà với bệnh viện, đó là chế độ lương. Một bác sĩ chuyên khoa 1 có kinh nghiệm, làm việc 16 năm mà lương chỉ 10 triệu đồng/ tháng? Đó là lỗi của phân phối lương không đều, không công bằng.

Như vậy, giải pháp thế nào? Theo tôi, Nhà nước không cổ phần hóa một số bệnh viện công lập mà chỉ chọn cơ chế bệnh viện tư chủ, có nghĩa bệnh viện đó gần thành tư nhân hóa. Nhà nước cứ xây bệnh viện, rồi thuê Ban giám đốc vào quản lý. Một năm họ sẽ phải có nghĩa vụ đóng thuế bao nhiêu, nộp ngân sách cho Nhà nước. Như vậy, họ sẽ nghĩ ra cách để làm cho bệnh viện tốt hơn, tức là chất lượng bệnh nhân sẽ phải tốt, nhân viên phải có cuộc sống tốt, cuộc sống tốt không phải chỉ về vật chất mà tinh thần cũng phải tốt, phải cho đi học, nâng cao



trình độ, phải mời những giáo sư tới đào tạo. Đây chính là phạm trù phân phối mà hiện nay chúng ta đang “vướng”.

Thực tế hai năm Covid-19 vừa qua đã đẩy vấn đề rủi ro của chính sách lên rõ nét hơn và đó là vì sao nhân viên y tế bỏ việc chứ không phải họ đi qua bệnh viện tư nhân. Có người nghỉ về nhà mở phòng mạch, ngày khám thăm ba ca cũng sống được nhưng thoát được áp lực của sự quản lý không hợp lý, sự quản lý không công bằng trong thực hiện thể chế về định hướng, về tự chủ.

Câu hỏi đặt ra là tại sao trước đây nhân viên y tế không nghỉ? Trước đây, khi Nhà nước đầu tư về kinh phí, quản lý chính sách thì tất cả như nhau, ông giám đốc cũng làm và cũng chùng đó lương, mình cũng nhiều đó nên làm vì tình cảm.

Còn bây giờ bệnh viện tự chủ rồi, làm tư rồi, vậy thì tại sao anh nhiều, tôi ít nên họ nghỉ việc. Đó chính là điểm nóng hiện nay. Chính phủ cần xem lại vấn đề tự chủ hoặc xử lý lại vấn đề tự chủ. Nhà nước đầu tư bệnh viện rồi giao cho tư nhân ký hợp đồng để quản lý, một năm họ phải đem doanh thu về cho bệnh viện bao nhiêu phần trăm và hoàn toàn chịu trách nhiệm về chất lượng. Nếu bệnh nhân phản ánh chất lượng kém thì đó là một trong những tiêu chí họ mất quyền quản lý bệnh viện. Phải làm như vậy chứ đừng “lỡ cỡ” như hiện nay, sử dụng tài sản nhà nước nhưng lại làm theo hình thức tư nhân.

Khi quan hệ sản xuất không đạt được đến những điểm tốt đẹp thì sẽ xảy ra cuộc cách mạng. Có nghĩa là khi quan hệ sản xuất, quan hệ giữa người nhân viên với ban giám đốc không được tốt đẹp thì bắt buộc phải xảy ra cuộc cách mạng, biến chất thành lượng và biến lượng thành chất. Mà cuộc cách mạng đây là gì? Đó là nghỉ việc. Nghỉ việc là cuộc cách mạng đối phó lại những chính sách mà bệnh viện đưa ra. Đây là chuyện lớn chứ không nhỏ. Và vì sao số lượng nhân viên y tế nghỉ việc nhiều lại xảy ra ở những thành phố lớn như TP.HCM, Hà Nội, Đà Nẵng mà các tỉnh nhỏ không có; vì các thành phố lớn tập trung khối lượng công việc rất lớn, nhân sự rất lớn, cho nên tài sản, tài nguyên của bệnh viện ở thành phố lớn cũng rất lớn, vì thế đẩy lên sự xung khắc lớn giữa ban giám đốc bệnh viện tự chủ với nhân viên y tế và bác sỹ.

Trong khi đó, doanh nghiệp tư nhân không có tình trạng này. Thậm chí họ lấy tiền nhiều hơn Nhà nước nhưng tại sao tư nhân họ không kêu, bác sỹ họ không kêu, tại vì họ thực hiện được thị trường tự do bắt buộc phải cạnh tranh. Người giám đốc tư nhân bắt buộc phải cạnh tranh, nếu không cạnh tranh là coi như phá sản, không “ăn nói được” với các chủ đầu tư.

Như vậy, nếu đi theo kinh tế thị trường XHCN mà không triển khai được rõ ràng, minh bạch, áp dụng không chặt chẽ thì làm cho người giám đốc bệnh viện công trở thành một doanh nhân mà bản thân họ không biết. Trong khi, chuyên môn là bác sỹ, họ cũng không đủ khả năng để quản trị điều hành một doanh nghiệp.

Trong bệnh viện tư nhân cần có một vị trí giám đốc điều hành, nhưng lại cần nhiều vị trí quản trị với nhiều cấp độ khác nhau: quản trị cấp cao, quản trị cấp trung, quản trị cấp thấp. Vị trí quản trị cấp cao trong bệnh viện gọi là người quản trị bệnh viện (COO).

Trong bệnh viện công lập, hoạt động dựa vào ngân sách nhà nước, những vị trí này được cơ cấu trong tổ chức của phòng hành chính nhân sự. Còn bệnh viện tư nhân gọi là quản trị điều hành. Như vậy, trong một bệnh viện có nhiều vị trí quản trị dưới sự điều hành hợp nhất từ giám đốc điều hành bệnh viện để làm sao tất cả vị trí này hoạt động có hệ thống, linh hoạt, chất lượng để đạt mục tiêu tăng trưởng theo kế hoạch định sẵn ban đầu cũng như tạo được một giá trị xã hội cao.

(\*) Chia sẻ tại tọa đàm “Giải pháp để TP.HCM có nguồn lao động chất lượng” do Tạp chí Doanh Nhân Sài Gòn tổ chức ngày 20/07/2022.

## KHÁM SỨC KHỎE MIỄN PHÍ CHO 200 HỌC SINH TRƯỜNG NỘI TRÚ HY VỌNG

Sáng nay, 27/8, Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Phan Châu Trinh tổ chức khám sức khỏe toàn diện cho 200 học sinh Trường nội trú Hy vọng.

Đây là hoạt động nằm trong khuôn khổ dự án “*Kết nối yêu thương*” được ký kết giữa Trường Đại học Phan Châu Trinh và Tập đoàn FPT. Theo dự án này, Trường Đại học Phan Châu Trinh khám miễn phí và theo dõi sức khỏe cho 1000 học sinh của trường nội trú Hy Vọng - ngôi trường nuôi dưỡng và đào tạo các em nhỏ không may mất cha mẹ vì COVID-19 do Tập đoàn FPT sáng lập. Đồng thời, Trường Đại học Phan Châu Trinh cấp 200 suất học bổng toàn phần cho những học sinh tốt nghiệp bậc THPT từ trường Hy vọng và đủ điều kiện theo học các ngành sức khỏe của trường.

Việc khám sức khỏe được Nhà trường tổ chức định kỳ vào đầu năm học. Mỗi học sinh được các bác sĩ nhà trường thăm khám thăm khám một cách kỹ lưỡng và tất cả được ghi chú, theo dõi bằng hồ sơ bệnh án điện tử. Qua đó, giúp nhà trường, các bác sĩ đánh giá một cách toàn diện tình trạng sức khỏe của các cháu và kịp thời đưa ra các phát đồ điều trị phù hợp cho từng trường hợp cụ thể.

*Hoạt động khám sức khỏe cho các em học sinh Trường nội trú Hy Vọng*





Trước đó một ngày, tại khuôn viên Trường nội trú Hy Vọng đã diễn ra Ngày hội tới trường 2022 - 2023 của 200 học sinh đầu tiên trong niềm yêu thương, sự sẻ chia của hơn 350 khách mời đến từ mọi miền đất nước. Với chủ đề “Lan tỏa yêu thương”, Ngày hội tới trường đánh dấu năm học đầu tiên của hơn 200 học sinh Hope School từ 41 tỉnh thành trên cả nước dưới mái nhà chung, mong ước các con học sinh được đón nhận sự yêu thương của toàn xã hội, nâng bước trưởng thành cho các em.

Tại buổi lễ này, BS. Nguyễn Hữu Tùng – Chủ tịch Hội đồng trường Đại học Phan Châu Trinh, với tư cách là đơn vị đồng hành cũng các lãnh đạo cấp cao đã dìu bước các em vào khán đài trong niềm yêu thương và sự sẻ chia.



*BS. Nguyễn Hữu Tùng - Chủ tịch Hội đồng trường dẫn các em học sinh vào khán đài*

Trong không khí xúc động của sự kiện, Chủ tịch nước Nguyễn Xuân Phúc thay mặt lãnh đạo Đảng và nhà nước đã gửi tới các thầy cô giáo và các em học sinh trường Hy Vọng những tình cảm thân thiết, lời chúc mừng tốt đẹp nhất. Chủ tịch nước cũng tin tưởng rằng đúng như tên gọi của trường - trường Hy Vọng, các em sẽ trở thành những công dân, những trí thức biết yêu thương và hạnh phúc.



*Chủ tịch nước Nguyễn Xuân Phúc thay mặt lãnh đạo Đảng và Nhà nước đã gửi tới các thầy cô giáo và các em học sinh trường Hy Vọng những tình cảm thân thiết, lời chúc mừng tốt đẹp nhất.*



*Đại biểu chụp hình lưu niệm cùng các Thầy - Trò Trường nội trú Hy Vọng*

## CHUYÊN THĂM VÀ LÀM VIỆC CỦA GS. KLAUS PARHOFER, ĐH LUDWIG MAXIMILIANS, MUNICH, CHLB ĐỨC

Sáng ngày 7/11, Trường Đại học Phan Châu Trinh vinh dự được đón tiếp Giáo sư, bác sĩ Klaus Parhofer đến từ Đại học Ludwig Maximilians, Munich, CHLB Đức sang thăm và làm việc.

Trong chuyến thăm này, giáo sư có 02 buổi thuyết trình chuyên đề quan trọng, và những cập nhật kiến thức mới về nội tiết và chuyển hóa:

\* Chuyên đề Chuyển hóa lipid và rối loạn lipid máu cho các bác sĩ trong toàn hệ thống 06 bệnh viện của Tập đoàn Y khoa Tâm Trí.

\* Chuyên đề Insulin therapy, giao lưu về y khoa và nghiên cứu khoa học với giảng viên và toàn thể sinh viên khối ngành sức khỏe của trường từ năm thứ 3 trở đi.



Giáo sư Klaus Parhofer được biết đến là chuyên gia hàng đầu về nội tiết và chuyển hóa tại Đại học Ludwig Maximilians, Đức. Ông là trưởng Bộ môn Chuyển hóa và Nội tiết tại Khoa Y 2 của trường đại học từ năm 2003. Giáo sư Parhofer cũng đảm nhiệm vị trí sau tiến sĩ tại Trung tâm Nghiên cứu Lipid tại Đại học Washington ở St. Louis, MO, và tại Khoa Kỹ thuật Sinh học tại Đại học Washington, Seattle, WA.

Trước đó, TS. Tô Viết Thuận – Trưởng phòng Đào tạo, Phó khoa lâm sàng khoa Y đã cùng giáo sư Klaus Parhofer hợp tác trong lĩnh vực nghiên cứu khoa học với đề tài nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường tại Bệnh viện Tâm Trí Đà Nẵng. Đề tài hiện đang trong giai đoạn nghiên cứu và hứa hẹn có nhiều đóng góp khoa học trong lĩnh vực đái tháo đường.





PHAN CHAU TRINH  
UNIVERSITY

# 2023 TUYỂN SINH

ĐẠI HỌC HỆ CHÍNH QUY

## Ngành đào tạo

- 1 Y KHOA (BÁC SĨ ĐA KHOA)**  
Mã ngành: 7720101  
Tổ hợp xét tuyển: A00, B00, D08, D90
- 2 RĂNG - HÀM - MẶT**  
Mã ngành: 7720501  
Tổ hợp xét tuyển: A00, B00, D08, D90
- 3 ĐIỀU DƯỠNG**  
Mã ngành: 7720301  
Tổ hợp xét tuyển: A00, B00, D07, D08
- 4 KỸ THUẬT XÉT NGHIỆM Y HỌC**  
Mã ngành: 7720601  
Tổ hợp xét tuyển: A00, B00, D07, D08
- 5 QTKD - QUẢN TRỊ BỆNH VIỆN**  
Mã ngành: 7340101  
Tổ hợp xét tuyển: A00, C01, C02, D01



Mã trường: **DPC**

## Phương thức xét tuyển

5 phương thức xét tuyển được áp dụng cho kỳ tuyển sinh đại học năm 2023 tại Đại học Phan Châu Trinh, gồm:

- 1 Xét điểm thi THPT QG 2023**
- 2 Xét điểm HỌC BẠ THPT**
- 3 Xét điểm thi Đánh giá năng lực**
- 4 Xét kết quả tốt nghiệp ĐH, Thạc sĩ**
- 5 Xét tuyển thẳng**

\* Điều kiện chi tiết tham khảo tại [www.pctu.edu.vn](http://www.pctu.edu.vn)



Quét mã QR để  
Đăng ký xét tuyển trực tuyến  
<https://ts.pctu.edu.vn>

# Chuyên biệt & khác biệt



PHAN CHAU TRINH  
UNIVERSITY

Đại học Phan Châu Trinh là cơ sở đào tạo chuyên biệt về khối ngành sức khỏe. Các chương trình đào tạo của nhà trường được thiết kế tích hợp, tăng cường thực hành gắn liền với triết lý giáo dục khai phóng và đào tạo cho sự thay đổi.

## THỰC HÀNH TỪ NĂM NHẤT

Sinh viên của Đại học Phan Châu Trinh được tiếp cận và thực tập tại Bệnh viện ngay từ học kỳ đầu. Và thời lượng thực hành chiếm gần 70% khối lượng chương trình. Đó là sự khác biệt trong đào tạo của nhà trường.

## CƠ HỘI TRẢI NGHIỆM

Trường có hệ thống 07 bệnh viện thực hành riêng trải khắp cả nước. Nhờ đó, sinh viên có cơ hội được tiếp cận với các mô hình bệnh tật và trải nghiệm văn hóa nhiều vùng miền khác nhau.

## TIẾP CẬN VỚI ĐẠI HỌC SỐ

Việc đưa vào hoạt động Trung tâm Kỹ năng tiên lâm sàng với nhiều mô hình công nghệ tự động và cho phép cá nhân hóa là minh chứng rõ nét khả năng thích ứng với cách mạng công nghiệp 4.0 và hướng đến một đại học số trong tương lai gần của nhà trường.

