



BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ
HUE CENTRAL HOSPITAL

ISSN 1859 - 3895

TẠP CHÍ **Y HỌC LÂM SÀNG**

JOURNAL OF CLINICAL MEDICINE



Diễn đàn của người thầy thuốc

SỐ 77 - 2022

TẠP CHÍ Y HỌC LÂM SÀNG BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

1. Tổng biên tập

Phạm Như Hiệp

2. Phó Tổng biên tập

Mai Đình Điều

Nguyễn Thanh Xuân

Nguyễn Duy Thăng

3. Ban Biên tập

Nguyễn Văn Hỷ

Hoàng Thị Lan Hương

Phạm Như Vĩnh Tuyên

Trần Hoài Ân

Nguyễn Tá Đông

Hồ Hữu Thiện

Phan Hải Thanh

Nguyễn Hồng Lợi

Phạm Nguyên Tường

Hồ Mẫn Trường Phú

Hồ Anh Bình

Trần Kiên Hào

Mai Văn Tuấn

Trần Ngọc Khánh

Trần Phạm Chí

Hoàng Trọng Ái Quốc

Châu Khắc Tú

Phạm Nguyên Cường

Phan Cảnh Chương

4. Ban thư ký

Trần Thừa Nguyên

Phan Cảnh Duy

Nguyễn Hữu Sơn

Phạm Như Hiền

Mai Xuân Hào

Nguyễn Thị Ngọc Anh

5. Ban hậu cần

Hồ Khả Chương

Nguyễn Văn Anh

Trần Hữu Nhật Duy

Trương Nhật Tân

Lê Minh

Toà soạn và trị sự

Bệnh viện Trung ương Huế
16 Lê Lợi - Phường Vĩnh Ninh - TP. Huế
ĐT: 0234.3822 325 - Fax: 0234.3823 324

Website: <http://jcmhch.com>
Email: tcyhlsbvh.1894@gmail.com

Giấy phép số: 012/TTKHCN-ISSN.

Cấp ngày: 29/3/2011

ISSN 1859 - 3895

In 500 bản, khổ 20,5x29,5cm tại Công ty TNHH MTV in và Thương mại Thiên Hải, 278 Đặng Tất - Tp. Huế. Giấy phép XB số: 1853/GP-BTTTT, do Bộ Thông tin truyền thông cấp ngày 08/10/2012. In xong và nộp lưu chiểu tháng 01 năm 2022.

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC CỦA TẠP CHÍ

GS.TS Phạm Như Hiệp

GS.TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy

PGS.TS Nguyễn Duy Thăng

GS.TS. Cao Ngọc Thành

GS.TS Võ Tam

GS.TS Huỳnh Văn Minh

TS.BS Mai Đình Điều

TS.BS Nguyễn Thanh Xuân

PGS.TS Nguyễn Văn Hỷ

PGS.TS Nguyễn Tá Đông

PGS.TS Phạm Anh Vũ

PGS.TS Nguyễn Viết Quang

PGS.TS Nguyễn Đình Tùng

PGS.TS Trần Kiên Hào

PGS.TS Hồ Hữu Thiện

PGS.TS Phạm Nguyên Tường

TS.BS Nguyễn Hồng Lợi

TS.BS Phan Hải Thanh

TS.BS Đồng Sĩ Sảng

TS.BS Hồ Mẫn Trường Phú

TS.BS Hồ Anh Bình

TS.BS Lê Thừa Trung Hậu

TS.BS Trần Thừa Nguyên

TS.BS Mai Văn Tuấn

TS.BS Trần Ngọc Khánh

TS.BS Trần Phạm Chí

TS.BS Nguyễn Tất Dũng

TS.BS Đặng Ngọc Hùng

TS.BS Phạm Ngọc Hùng

TS.BS Phan Cảnh Duy

TS.BS Hồ Văn Linh

TS.BS Ngô Dũng

TS.BS Đoàn Chí Thắng

TS.BS Hoàng Trọng Hanh

TS.BS Lê Quốc Phong

TS.BS Hoàng Trọng Ái Quốc

TS.BS Châu Khắc Tú

TS.BS Phạm Nguyên Cường

TS.BS Nguyễn Đức Hoàng

TS.BS Nguyễn Viết Quang Hiền

TS.BS Phan Duy An

TS.BS Phạm Quang Tuấn

TS.BS Nguyễn Trọng Nghĩa

TS.BS Trương Văn Căn

TS.BS Trần Ngọc Thông

TS.BS Ngô Minh Trí

Chủ tịch HĐ

Phó Chủ tịch HĐ

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

Ủy viên

MỤC LỤC

1.	So sánh đặc điểm cộng hưởng từ của ung thư bóng vater và ung thư đầu tụy quanh bóng vater - Nguyễn Xuân Quỳnh, Huỳnh Quang Huy	Magnetic resonance imaging characteristics of ampulla of vater vs periampullary cancer - Nguyen Xuan Quynh, Huynh Quang Huy	5
2.	Cắt đầu tụy tá tràng nội soi: Báo cáo 11 trường hợp - Hồ Văn Linh	Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: 11 cases reported - Ho Van Linh	10
3.	Trắc nghiệm nitrate nội động mạch vành trong đánh giá co thắt động mạch vành - Hồ Anh Bình, Trần Thiện Đức, Nguyễn Cửu Lợi, Lê Văn Duy, Phan Anh Khoa	The use of intracoronary nitrate injection in the assessment of coronary spasm - Ho Anh Binh, Tran Thien Duc, Nguyen Cuu Loi, Le Van Duy, Phan Anh Khoa	16
4.	Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính chùm tia hình nón và kết quả điều trị gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp - Nguyễn Hồng Lợi, Nguyễn Văn Khánh	Clinical characteristics, cone beam computed tomography images and treatment results of zygomaticomaxillary complex fracture - Nguyen Hong Loi, Nguyen Van Khanh	22
5.	Khảo sát tình hình kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh viêm tai thường gặp ở bệnh nhi tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng - Nguyễn Thị Doan Trinh, Hoàng Thị Minh Hòa, Bùi Thị Thanh, Nguyễn Huy Hoàng	Survey the antibiotic resistance of common strains of bacteria causing ear infections in pediatric patients at Da Nang hospital for Women and Children - Nguyen Thi Doan Trinh, Hoang Thi Minh Hoa, Bui Thi Thanh, Nguyen Huy Hoang	31
6.	Tuân thủ điều trị và kết cục lâm sàng ngắn hạn sau xuất viện ở bệnh nhân cao tuổi bị hội chứng vành cấp - Nguyễn Văn Tân, Bàng Ái Viên, Trần Tấn Đạt	Guideline adherence and short-term clinical outcomes in elderly patients with acute coronary syndrome - Nguyen Van Tan, Bang Ai Vien, Tran Tan Dat	41
7.	Đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm vùng mặt do chấn thương bằng vật tại chỗ - Nguyễn Hồng Lợi, Nguyễn Văn Khánh	Early outcomes of reconstruction of facial soft tissue injuries with local flaps - Nguyen Hong Loi, Nguyen Van Khanh	49
8.	Đánh giá đặc điểm sự cố y khoa tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 2021 - Mai Xuân Hào, Phan Hải Thanh, Nguyễn Thanh Xuân, Phạm Nguyên Dạ Thảo, Tôn Nữ Nguyễn Hạnh, Nguyễn Thị Tú Minh, Lê Hồ Xuân Thịnh	An observational study of medical incidents at Hue Central Hospital in 2021 - Mai Xuan Hao, Phan Hai Thanh, Nguyen Thanh Xuan, Pham Nguyen Da Thao, Ton Nu Nguyen Hanh, Nguyen Thi Tu Minh, Le Ho Xuan Thinh	56
9.	Dẫn lưu đường mật qua da xuyên gan trong xử trí tắc mật ác tính: Kết quả bước đầu - Lê Nguyễn Pôn, Trần Văn Khôi, Ngô Đắc Hồng Ân, Huyền Tôn Nữ Hồng Hạnh, Lê Minh	Percutaneous transhepatic biliary drainage for malignant biliary obstruction: A preliminary result - Le Nguyen Pon, Tran Van Khoi, Ngo Dac Hong An, Huyen Ton Nu	62

	<i>Tuấn, Đặng Quang Hùng, Lê Hoàng Huy, Lê Trọng Bình</i>	<i>Hong Hanh, Le Minh Tuan, Dang Quang Hung, Le Hoang Huy, Le Trong Binh</i>	
10.	Kinh nghiệm sử dụng vật da cân thượng đòn tái tạo khuyết hồng trong phẫu thuật ung thư vùng đầu cổ giai đoạn muộn - <i>Phạm Duy Hoàng, Nguyễn Việt Dũng, Nguyễn Hoàng Thiên Bảo, Đặng Thanh Hào, Trương Công Tuấn Anh, Nguyễn Trần Minh Khánh, Hồ Thiên Tân, Lê Văn Cường</i>	A clinical experience of the supraclavicular flap used to reconstruct head and neck defects in advanced- stage cancer surgery - <i>Pham Duy Hoang, Nguyen Viet Dung, Nguyen Hoang Thien Bao, Dang Thanh Hao, Truong Cong Tuan Anh, Nguyen Tran Minh Khanh, Ho Thien Tan, Le Van Cuong</i>	68
11.	So sánh sự phân bố liều giữa kỹ thuật 3d CRT – IMRT – VMAT trong xạ trị ung thư trực tràng giai đoạn II – III - <i>Nguyễn Đình Thanh Thanh, Nguyễn Quốc Bảo, Cung Thị Tuyết Anh</i>	Dosimetric of 3d-CRT, IMRT and VMAT in radiation therapy for stage II – III rectal cancer - <i>Nguyen Dinh Thanh Thanh, Nguyen Quoc Bao, Cung Thi Tuyet Anh</i>	76
12.	U dạng tuyến của tuyến thượng thận: báo cáo ca bệnh hiếm gặp và hồi cứu y văn - <i>Nguyễn Thị Quỳnh, Phạm Thuần Mạnh, Trần Ngọc Minh</i>	Adenomatoid tumor of the adrenal gland: Report of a rare case and review of the literature - <i>Nguyen Thi Quynh, Pham Thuan Manh, Tran Ngoc Minh</i>	84
13.	Kết quả sớm phẫu thuật cắt gan bằng phương pháp tôn thất tưng kết hợp Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế bào gan - <i>Nguyễn Huy Toàn, Hà Văn Quyết, Nguyễn Văn Hương, Lê Anh Xuân, Đặng Quốc Ái, Phạm Văn Thương</i>	The preliminary results of hepatectomy using ton that tung method combined with Takasaki method for managing hepatocellular carcinoma - <i>Nguyen Huy Toan, Ha Van Quyet, Nguyen Van Huong, Le Anh Xuan, Dang Quoc Ai, Pham Van Thuong</i>	90
14.	Kết quả phẫu thuật chuyển vị đại động mạch tại Bệnh viện Nhi Trung ương - <i>Nguyễn Lý Thịnh Trường, Nguyễn Tuấn Mai</i>	Outcomes of arterial switch operation at National Children's Hospital, Hanoi, Vietnam - <i>Nguyen Ly Thinh Truong, Nguyen Tuan Mai</i>	97
15.	Kết quả phẫu thuật tim hở ít xâm lấn cho trẻ em qua đường mổ dọc theo đường nách giữa bên phải tại Bệnh viện Nhi Trung ương - <i>Nguyễn Lý Thịnh Trường, Nguyễn Tuấn Mai</i>	Mini-invasive open heart surgery for children by the right vertical infra-axillary approach: Short term results at Vietnam National Children's Hospital - <i>Nguyen Ly Thinh Truong, Nguyen Tuan Mai</i>	103
16.	Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2, nối thực quản hồng tràng tận - tận trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày - <i>Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương, Đặng Quốc Ái</i>	Totally laparoscopic total gastrectomy with D2 lymph node dissection and functional end to end esophagojejunostomy in the treatment of gastric adenocarcinoma - <i>Dinh Van Chien, Nguyen Van Huong, Dang Quoc Ai</i>	110

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA UNG THƯ BÓNG VATER VÀ UNG THƯ ĐẦU TUY QUANH BÓNG VATER

Nguyễn Xuân Quỳnh¹, Huỳnh Quang Huy^{1✉}

¹ Bộ môn CDHA, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư quanh bóng Vater phát sinh trong vòng bán kính 2cm của nhú tá lớn, bao gồm ung thư bóng Vater, đoạn cuối ống mật chủ, đầu tụy và tá tràng quanh bóng Vater. Có nhiều phương tiện chẩn đoán ung thư bóng Vater, cũng như ung thư đầu tụy quanh bóng Vater như: siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ (CHT), nội soi mật tụy ngược dòng, siêu âm qua nội soi... Đề tài này nhằm mục tiêu so sánh đặc điểm hình ảnh cộng hưởng của ung thư bóng Vater và ung thư đầu tụy quanh bóng Vater.

Phương pháp: Bao gồm 16 bệnh nhân ung thư bóng Vater và 12 bệnh nhân ung thư đầu tụy quanh bóng Vater được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh từ 1/1/2019 đến 31/7/2021. Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca. Tất cả bệnh nhân được ghi hình bằng máy CHT 1,5 Tesla (máy Signa HDx của hãng GE) tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bình Dân.

Kết quả: Ung thư bóng Vater có kích thước nhỏ hơn ung thư đầu tụy ($p < 0.001$). Khoảng cách từ điểm cuối ống mật chủ (OMC) và ống tụy chính (OTC) bị dẫn đến nhú tá lớn: ở ung thư bóng Vater nhỏ hơn so với ung thư đầu tụy ($p < 0.05$). Góc tạo bởi OMC và OTC: nhỏ hơn ở ung thư bóng Vater so với ung thư đầu tụy ($p < 0.001$). OTC: đường kính OTC ở ung thư bóng Vater nhỏ hơn so với ung thư đầu tụy ($p < 0.05$). Dấu hiệu bốn đoạn khá đặc trưng cho ung thư đầu tụy. Dấu hiệu ba đoạn không thấy ở ung thư bóng Vater. Hình ảnh bóng Vater lồi vào tá tràng gợi ý ung thư bóng Vater.

Kết luận: Cộng hưởng từ là phương tiện hình ảnh rất tốt để chẩn đoán phân biệt ung thư bóng Vater và ung thư đầu tụy quanh bóng Vater.

Từ khoá: Cộng hưởng từ, bóng Vater, đầu tụy, ung thư

ABSTRACT

MAGNETIC RESONANCE IMAGING CHARACTERISTICS OF AMPULLA OF VATER VS PERIAMPULLARY CANCER

Nguyen Xuan Quynh¹, Huynh Quang Huy^{1✉}

Background: Periapillary carcinoma arises within a radius of 2cm of great duodenal papilla, including ampulla of Vater, the end of common bile duct, head of the pancreas, and the duodenum around ampulla of Vater. There were many imaging modalities to diagnose ampulla of Vater and periampullary carcinoma, such as abdominal ultrasound, computed tomography, magnetic resonance imaging (MRI), endoscopic retrograde cholangiopancreatography, transendoscopic ultrasound. This study aims to compare the MRI characteristics of ampulla of Vater and periampullary carcinoma.

Methods: A retrospective study was conducted on 16 patients with ampulla of Vater cancer and 12 patients with periampullary cancer who were admitted at Binh Dan hospital in Ho Chi Minh City between January 2019 and July 2021. All patients were performed with a 1.5 Tesla MRI machine (GE's Signa HDx machine) at the Diagnostic Imaging Department of Binh Dan Hospital.

Results: The ampulla of Vater tumor had a smaller size than that in periampullary tumors ($p < 0.001$). The distance from the end of dilated bile duct and dilated pancreatic duct to large duodenal papilla were smaller in ampulla of Vater as compared with those

Ngày nhận bài:

02/12/2021

Chấp thuận đăng:

07/01/2022

Tác giả liên hệ:

Huỳnh Quang Huy

Email: huyhq@pnt.edu.vn

SĐT: 0982108108

So sánh đặc điểm cộng hưởng từ của ung thư bóng Vater...

in periampullary cancer ($p < 0.05$). The angle formed by bile duct and pancreatic duct was smaller in ampulla of Vater than in periampullary cancer ($p < 0.001$). Pancreatic duct diameter in ampulla of Vater was smaller than that in periampullary cancer ($p < 0.05$). The four-segment sign was specific for pancreatic head cancer. The three-segment sign was not seen in ampulla of Vater. The ampulla of Vater protruding into the duodenum suggested ampulla of Vater cancer.

Conclusion: Magnetic resonance is a good imaging modality for differential diagnosis of ampulla of Vater and periampullary cancer.

Keywords: Magnetic resonance, ampulla of Vater, pancreatic head, cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Do vị trí giải phẫu của khối u, bệnh nhân ung thư quanh bóng Vater thường xuất hiện các triệu chứng tắc nghẽn đường mật sớm, khi kích thước khối u còn nhỏ và có thể phẫu thuật cắt bỏ [1]. Phương pháp điều trị triệt để là phẫu thuật cắt khối tá tụy và hầu như đều tử vong nếu không cắt bỏ khối u [2]. Tuy nhiên, việc cắt bỏ khối u chỉ thực hiện được khi khối u vẫn còn khu trú, chưa xâm lấn. Do đó, việc phát hiện sớm và chẩn đoán chính xác các ung thư quanh bóng Vater, đánh giá chính xác xâm lấn mạch máu, di căn có vai trò quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị cũng như phương pháp phẫu thuật.

Tuy có đặc điểm lâm sàng và phương pháp điều trị tương tự nhau nhưng tiên lượng về lâu dài của ung thư bóng Vater và ung thư đầu tụy quanh bóng Vater khác nhau. Ung thư bóng Vater có tiên lượng tốt hơn đáng kể so với ung thư đầu tụy [3-5]. Do đó, chẩn đoán phân biệt chính xác ung thư bóng Vater và ung thư đầu tụy quanh bóng Vater có vai trò quan trọng trong tiên lượng thời gian sống còn của bệnh nhân.

Hiện nay, có nhiều phương tiện chẩn đoán ung thư bóng Vater, cũng như ung thư đầu tụy quanh bóng Vater như: siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ (CHT), nội soi mật tụy ngược dòng, siêu âm qua nội soi... Bệnh nhân xuất hiện vàng da thường sẽ được đánh giá ban đầu bằng siêu âm bụng. Trong đó, CHT có thể chẩn đoán chính xác khối u, phát hiện di căn, xâm lấn. Ngoài ra, cộng hưởng có ưu điểm là độ tương phản mô mềm cao [6].

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: so sánh đặc điểm hình ảnh cộng hưởng của ung thư bóng Vater và ung thư đầu tụy quanh bóng Vater. Từ đó thấy được vai trò của CHT trong chẩn đoán phân biệt ung thư bóng Vater và ung thư đầu tụy quanh bóng Vater.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Bao gồm những bệnh nhân ung thư bóng Vater hoặc ung thư đầu tụy quanh bóng Vater được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh từ 1/1/2019 đến 31/7/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ đường mật có tiêm thuốc tương phản. Có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư, được xác định qua bệnh phẩm sinh thiết qua nội soi, bệnh phẩm sau mổ. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã từng phẫu thuật đường mật, tụy trước đây (trừ cắt túi mật). Khoảng cách từ vị trí tổn thương đến nhú tá lớn hơn 2 cm (ung thư quanh bóng Vater phát sinh trong vòng bán kính 2cm của nhú tá lớn). Bệnh án ghi chép không đầy đủ hoặc không rõ ràng. Không có kết quả giải phẫu bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Lấy mẫu thuận lợi, với tất cả bệnh nhân đủ điều kiện trong khoảng thời gian từ 1/1/2019 đến 31/7/2021.

Cách thu thập dữ liệu: Tìm danh sách bệnh nhân được chẩn đoán ung thư bóng Vater hoặc ung thư đầu tụy quanh bóng Vater trong khoảng thời gian từ 1/1/2019 đến 31/7/2021. Từ đó lọc ra các bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ có tiêm thuốc tương phản. Loại các bệnh nhân có một trong các tiêu chuẩn loại trừ.

Kỹ thuật chụp: Tất cả bệnh nhân được ghi hình bằng máy CHT 1,5 Tesla (máy Signa HDx của hãng GE) tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bình Dân.

Bệnh viện Trung ương Huế

Hệ thống phần mềm lưu trữ và xử lý hình ảnh PASC tại bệnh viện Bình Dân.

Thuốc tương phản từ: Dotarem (Gadoteric acid) lọ 10ml, với nồng độ 0,5 mmol/ml, liều 0,1 mmol/kg, tốc độ bơm 2mm/ml/giây.

Đọc kết quả: Sau khi thu thập, dữ liệu được đưa vào hệ thống CARESTREAM Vue PACS, chúng tôi xem lại hình ảnh CHT của các bệnh nhân bằng phần mềm hỗ trợ.

2.3. Xử lý số liệu

Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số, tỷ lệ phần trăm. Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình.

Sử dụng kiểm định Mann-Whitney cho các biến định lượng (kích thước khối u, kích thước OMC, OTC, góc tạo bởi OMC-OTC...) và kiểm định χ^2 cho các biến định tính (giới tính, tỷ lệ dẫn OMC, OTC,...) để xác định sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

Trong 28 bệnh nhân được nghiên cứu, có 16 bệnh nhân ung thư bóng Vater, chiếm 57,1% và có 12 bệnh nhân ung thư đầu tụy quanh bóng Vater, chiếm 42,9%.

Bảng 1: Kích thước khối u

		Kích thước (mm)		
		Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Vị trí	U Vater	15,19	23,00	10,00
	U đầu tụy	29,75	44,00	18,00

Bệnh nhân ung thư bóng Vater khối u có kích thước nhỏ hơn bệnh nhân ung thư đầu tụy ($p < 0,001$).

Bảng 2: Đường kính OMC

		Đường kính (mm)		
		Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Vị trí	U Vater	15,69 $\pm$ 3,13	23,00	11,00
	U đầu tụy	17,25 $\pm$ 4,91	27,00	12,00

Đường kính OMC ở bệnh nhân ung thư bóng Vater nhỏ hơn ung thư đầu tụy ($p > 0,05$).

Bảng 3: Khoảng cách từ điểm cuối OMC bị dẫn đến nhú tá lớn

		Khoảng cách (mm)		
		Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Vị trí	U Vater	10,38 $\pm$ 4,0	20,00	5,00
	U đầu tụy	30,33 $\pm$ 16,6	54,00	4,00

Khoảng cách từ điểm cuối OMC bị dẫn đến nhú tá lớn ở bệnh nhân ung thư bóng Vater nhỏ hơn so với bệnh nhân ung thư đầu tụy ($p < 0,05$).

Bảng 4: Đường kính OTC

		Đường kính OTC (mm)		
		Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Vị trí	U Vater	3,94 $\pm$ 2,2	9,00	2,00
	U đầu tụy	6,42 $\pm$ 2,97	11,00	2,00

Bệnh nhân ung thư bóng Vater có đường kính OTC nhỏ hơn so với ung thư đầu tụy ($p < 0,05$).

Bảng 5: Dẫn OTC

		OTC	
		Không dẫn	Dẫn
Vị trí	U Vater	8	8
	U đầu tụy	2	10

Tỷ lệ dẫn OTC ở bệnh nhân ung thư đầu tụy lớn hơn so với bệnh nhân ung thư bóng Vater ($p > 0,05$).

Bảng 6: Khoảng cách từ điểm cuối OTC bị dẫn đến nhú tá lớn

		Khoảng cách (mm)		
		Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Vị trí	U Vater	10,37 $\pm$ 3,92	17,00	6,00
	U đầu tụy	31,90 $\pm$ 14,20	54,00	5,00

Trong các bệnh nhân có dẫn OTC, bệnh nhân ung thư bóng Vater có khoảng cách trung bình từ điểm

cuối OTC bị dẫn đến nhú tá lớn nhỏ hơn so với bệnh nhân ung thư đầu tụy ($p < 0,05$).

Bảng 7: Góc tạo bởi OMC và OTC

		Góc tạo bởi OMC và OTC (độ)		
		Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Vị trí	U Vater	22,94 ± 8,71	41	9
	U đầu tụy	65,50 ± 33,31	120	25

Góc tạo bởi OMC và OTC ở bệnh nhân ung thư bóng Vater nhỏ hơn so với ung thư đầu tụy ($p < 0,001$).

Bảng 8: Dấu hiệu ống đôi

		Có	Không	Tổng
Vị trí	U Vater	8	8	16
	U đầu tụy	10	2	12
Tổng		18	10	28

Tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu ống đôi ở bệnh nhân ung thư đầu tụy lớn hơn so với bệnh nhân ung thư bóng Vater.

Dấu hiệu ba đoạn, bốn đoạn: Dấu hiệu ba đoạn chỉ xuất hiện ở bệnh nhân ung thư đầu tụy (01 bệnh nhân). Dấu hiệu bốn đoạn chỉ xuất hiện ở bệnh nhân ung thư đầu tụy (05 bệnh nhân).

Đẩy lùi bóng Vater: Hình ảnh lùi bóng Vater vào lòng tá tràng chỉ thấy ở bệnh nhân ung thư bóng Vater (8/16 bệnh nhân ung thư bóng Vater).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kích thước khối u

Trong nghiên cứu ung thư bóng Vater có kích thước u nhỏ hơn so với ung thư đầu tụy. Sự khác biệt về kích thước u bóng Vater và u đầu tụy có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Do vị trí mà u bóng Vater gây ra tắc nghẽn đường mật sớm với vàng da, gây đau bụng trên phải, chảy máu hoặc viêm tụy [2,7]. Do đó, bệnh nhân ung thư bóng Vater sẽ đến khám và phát hiện khi u ở kích thước nhỏ hơn so với u đầu tụy. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Kim JH với kích thước u ở bệnh nhân ung thư bóng Vater khi được phát hiện nhỏ hơn so với kích thước u đầu tụy [7].

4.2. Đường kính ống mật chủ và ống tụy chính

Không có sự khác biệt về đường kính OMC và tỷ lệ dẫn OMC ở bệnh nhân ung thư bóng Vater và ung thư đầu tụy có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả Kim JH và Wu DS [6,7].

Có sự khác biệt về đường kính OTC ở bệnh nhân ung thư bóng Vater và ung thư đầu tụy có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt về tỷ lệ dẫn OTC ở bệnh nhân ung thư bóng Vater và ung thư đầu tụy có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Bệnh nhân ung thư bóng Vater có tỷ lệ dẫn OTC, cũng như có đường kính OTC trung bình nhỏ hơn so với bệnh nhân ung thư đầu tụy có thể lý giải do khối u bóng Vater không thâm nhiễm vào ống tụy do biến đổi giải phẫu, ống tụy không đổ vào bóng Vater mà đổ trực tiếp vào tá tràng hoặc OTC và ống tụy phụ nối với nhau nên dịch tụy từ OTC đổ qua ống tụy phụ vào nhú tá bé vào tá tràng. Trong khi đó bệnh nhân ung thư đầu tụy có sự xâm lấn của khối u vào OTC nhiều hơn gây tắc nghẽn OTC nặng nề hơn.

Ở bệnh nhân ung thư đầu tụy, OTC không có xu hướng dẫn ra đáng kể như OMC vì khối u đầu tụy thường phát sinh từ phần lưng của đầu tụy, nơi dịch tụy có thể chảy qua ống tụy phụ [6]. Ở bệnh nhân ung thư bóng Vater, OTC cũng không dẫn như OMC do OTC có thể đổ vào một kênh riêng vào tá tràng hoặc dẫn lưu dịch tụy qua ống tụy phụ.

Đường kính OTC trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Wu DS, với đường kính khoảng 6 mm và lớn hơn OMC. Tỷ lệ dẫn OTC ở bệnh nhân ung thư bóng Vater trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Kim JH và Wu DS. Trong khi tỷ lệ dẫn OTC ở bệnh nhân ung thư đầu tụy của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Kim JH và Wu DS [6,7].

4.3. Khoảng cách từ điểm cuối ống mật chủ và ống tụy chính bị dẫn đến nhú tá lớn

Khoảng cách trung bình từ điểm cuối OMC bị dẫn đến nhú tá lớn ngắn hơn ở ung thư bóng Vater so với ung thư đầu tụy. Sự khác biệt về khoảng cách từ điểm cuối OMC bị dẫn đến nhú tá lớn giữa ung thư bóng Vater và ung thư đầu tụy có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như tác giả Wu DS [6].

Sự khác biệt về khoảng cách từ điểm cuối OTC bị dẫn đến nhú tá lớn giữa ung thư bóng Vater và ung thư đầu tụy có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả

Bệnh viện Trung ương Huế

nguyên cứu của chúng tôi cũng tương tự như tác giả Wu DS [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Kim JH và cộng sự với khoảng cách từ điểm cuối OMC và OTC bị dẫn đến nhú tá lớn ở ung thư bóng Vater trung bình là 5 mm (nhỏ nhất là 2 và lớn nhất là 9 mm) nhỏ hơn khoảng cách từ điểm cuối OMC và OTC bị dẫn đến nhú tá lớn ở ung thư đầu tụy với trung bình là 25 mm (nhỏ nhất là 14 và lớn nhất là 42 mm) [7].

Do khối u bóng Vater xuất phát gần nhú tá lớn nhất và u đầu tụy nằm xa nhú tá lớn. Đồng thời khi phát hiện khối u bóng Vater có kích thước nhỏ hơn so với khối u đầu tụy. Do đó có sự khác biệt về khoảng cách giữa điểm cuối OMC và OTC bị dẫn đến nhú tá lớn với khoảng cách ngắn hơn ở ung thư bóng Vater so với ung thư đầu tụy. Sự khác biệt về khoảng cách này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4.4. Góc tạo bởi ống mật chủ và ống tụy chính

Sự khác biệt về góc tạo bởi OMC và OTC ở bệnh nhân ung thư bóng Vater và ung thư đầu tụy có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như tác giả Wu DS.

Do khối u bóng Vater nằm gần nhú tá chính hơn và kích thước u nhỏ hơn u đầu tụy nên góc tạo bởi OMC và OTC nhỏ hơn u đầu tụy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

4.5. Đẩy lùi bóng Vater

Hình ảnh đẩy lùi bóng Vater vào tá tràng có vai trò trong việc phân biệt ung thư bóng Vater và hẹp bóng Vater lành tính. Trong nghiên cứu của Chung YE và cộng sự hình ảnh đẩy lùi bóng Vater vào tá tràng xuất hiện ở 95% (18/19) bệnh nhân ung thư bóng Vater và 86% (19/22) bệnh nhân không có hình ảnh đẩy lùi bóng Vater vào tá tràng ở tắc bóng Vater lành tính [8]. Do đó trong trường hợp không có nguyên nhân rõ ràng gây tắc bóng Vater lành tính như sỏi OMC, các nguyên nhân khác gây viêm nhú Vater, sự hiện diện hình ảnh lùi bóng Vater vào lòng tá tràng không rõ

nguyên nhân cho thấy khả năng tắc bóng Vater là ác tính [8].

V. KẾT LUẬN

Ung thư bóng Vater có kích thước nhỏ hơn ung thư đầu tụy. Khoảng cách từ điểm cuối OMC và OTC bị dẫn đến nhú tá lớn: ở ung thư bóng Vater nhỏ hơn so với ung thư đầu tụy. Góc tạo bởi OMC và OTC: nhỏ hơn ở ung thư bóng Vater so với ung thư đầu tụy. Đường kính OTC ở ung thư bóng Vater nhỏ hơn so với ung thư đầu tụy. Dấu hiệu bốn đoạn khá đặc trưng cho ung thư đầu tụy. Dấu hiệu ba đoạn không thấy ở ung thư bóng Vater. Hình ảnh bóng Vater lùi vào tá tràng gợi ý ung thư bóng Vater.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nikolaidis P, Hammond NA, Day K, Yaghamai V, Wood III CG, Mosbach DS, et al. Imaging features of benign and malignant ampullary and perampullary lesions. *Radiographics*. 2014. 34: 624-641.
2. Holzheimer RG, Mannick JA. Surgical treatment: evidence-based and problem-oriented. 2001.
3. Somerville C, Limongelli P, Pai M, Ahmad R, Stamp G, Habib N, et al. Survival analysis after pancreatic resection for ampullary and pancreatic head carcinoma: an analysis of clinicopathological factors. *Journal of surgical oncology*. 2009. 100: 651-656.
4. Vilhordo DW, Gregório C, Valentini DF, Edelweiss MIA, Uchoa DM, Osvaldt AB. Prognostic factors of long-term survival following radical resection for ampullary carcinoma. *Journal of Gastrointestinal Cancer*. 2020: 1-10.
5. Ray-Offor E. Perampullary cancer and cancer in head of pancreas: what is the difference? *Gastroenterol Hepatol Endosc*. 2019. 4: 1-3.
6. Wu DS, Chen WX, Wang XD, Acharya R, Jiang XH. Pancreaticobiliary duct changes of perampullary carcinomas: quantitative analysis at MR imaging. *European journal of radiology*. 2012. 81: 2112-2117.
7. Kim JH, Kim MJ, Chung JJ, Lee WJ, Yoo HS, Lee JT. Differential diagnosis of perampullary carcinomas at MR imaging. *Radiographics*. 2002. 22: 1335-52.
8. Chung YE, Kim M-J, Kim HM, Park M-S, Choi J-Y, Hong H-S, et al. Differentiation of benign and malignant ampullary obstructions on MR imaging. *European journal of radiology*. 2011. 80: 198-203.

CẮT ĐẦU TỤY TÁ TRÀNG NỘI SOI: BÁO CÁO 11 TRƯỜNG HỢP

Hồ Văn Linh¹✉

¹Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm tổn thương ung thư quanh bóng Vater và đặc điểm kỹ thuật của phẫu thuật cắt đầu tụy - tá tràng nội soi.

Phương pháp: Gồm 11 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01-2018 đến 11- 2021.

Kết quả: Tuổi trung bình: $53,7 \pm 9,5$ (30 – 78). Nam/nữ = 8/3. Chỉ số khối cơ thể ở mức gầy 54,5% và mức bình thường 45,5% bệnh nhân. Khối u bóng Vater chiếm đa số 81,8%, u tá tràng 9,1% và u đoạn cuối ống mật chủ 9,1%; Ống mật chủ giãn 90,9%, ống tụy giãn 72,7%. Kích thước khối U < 2 cm: 36,4%, $2 \leq U < 3$ cm: 54,5% và $U \leq 4$ cm: 9,1%. Sử dụng 5 trocar thường quy, tỷ lệ vết hạch từ 7 -14 hạch chiếm phần lớn 81,8%. Tai biến chảy máu trong phẫu thuật 27,3% và tử vong 18,2%.

Kết luận: U bóng Vater và kích thước dưới 3 cm thường được lựa chọn cho phẫu thuật nội soi cắt đầu tụy tá tràng. Nạo vét hạch hệ thống cũng thực hiện được tốt như trong mổ mở. Ít đau sau phẫu thuật và thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: Cắt khối tá tụy, nội soi.

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC PANCREATODUODENECTOMY: 11 CASES REPORTED

Ho Van Linh¹✉

Objective: This study aims to explore the characteristics of periampullary cancer and laparoscopic pancreaticoduodenectomy procedure.

Methods: We prospectively examined data of 11 patients who underwent laparoscopic pancreaticoduodenectomy at Hue Central Hospital from november, 2018 to november, 2021.

Results: The mean age was 53.7 ± 9.5 years (30 – 78) and the male/Female ratio was 8:3. The Body mass index of patients was 54.5% and normal level was 45.5%.patients with ampulla of Vater cancers accounted for 81.8% and duodenal tumor accounted for 9.1% and distal common bile duct tumor accounted for 9.1%. Dilatation of the common bile duct was 90.9% and the pancreatic duct was 72.7%. There were 36,4% the tumor size less than 2 cm and from 2 - 3 cm was 54.5% and less than 4 cm was 9.1%. We were always used in 5 trocars and the dissection lymphadenectomy ratio from 7-14 lymph nodes accounted for 81.8%. Bleeding complications during surgery was 27.3% and death was 18.2% patients.

Conclusion: The ampulla of Vater and tumor size less than 3 cm was often selected for laparoscopic pancreaticoduodenectomy. Dissection lymphadenectomy also performed well. Less pain after pancreaticoduodenectomy surgery and short hospital stay times.

Keys word: Laparoscopic pancreaticoduodenectomy, periampullary cancer

Ngày nhận bài:

03/01/2022

Chấp thuận đăng:

10/02/2022

Tác giả liên hệ:

Hồ Văn Linh

Email: tsinh2020@gmail.com

SĐT: 0913465464

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi ổ bụng ra đời từ năm 1985 mở ra một giai đoạn phát triển về phẫu thuật xâm nhập tối thiểu đạt hiệu quả cao như: Vết mổ nhỏ, ít đau, ít mất máu, phẫu trường quan sát rộng, dễ thao tác, ít làm tổn thương các cơ quan và tổ chức lân cận, vô trùng tốt, thời gian hậu phẫu ngắn và người bệnh hồi phục nhanh và có tính thẩm mỹ [1]. Với sự phát triển của khoa học kỹ thuật về trang thiết bị đã giúp cho phẫu thuật nội soi ổ bụng có thể can thiệp gần như tất cả các phẫu thuật trong ổ bụng [2,3]. Năm 1994, Gagner và Pomp đã thực hiện phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy đầu tiên [4]. Việt Nam, một số trung tâm lớn đã triển khai cắt đầu tụy tá tràng nội soi hỗ trợ hoặc nội soi hoàn toàn như Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Chợ Rẫy với kết quả thu được là tương đương hoặc tốt hơn so với phẫu thuật phẫu thuật mở [4].

Trong những năm trở lại đây, Bệnh viện Trung ương Huế đã thực hiện kỹ thuật cắt đầu tụy tá tràng nội soi, bước đầu làm chủ được kỹ thuật và sẽ thực hiện thường quy nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện còn gặp nhiều khó khăn trong tiên lượng cũng như mô tả các đặc điểm kỹ thuật, tai biến và biến chứng của phẫu thuật.

Vì vậy, tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu sau: Xác định đặc điểm tổn thương ung thư quanh bóng Vater và đặc điểm kỹ thuật của phẫu thuật cắt đầu tụy - tá tràng nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 11 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 11-2018 đến 11-2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân tuổi ≤ 80 . Ung thư quanh bóng Vater chưa xâm lấn các mạch máu lớn (TM cửa, TM mạc treo tràng trên...) và chưa di căn. Bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể BMI dưới mức trung bình ($22,9 \text{ kg/m}^2$).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có vết mổ cũ vùng bụng trên rốn. Bệnh nhân có chống chỉ định về phẫu thuật nội soi. Bệnh nhân có khối u đã di căn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

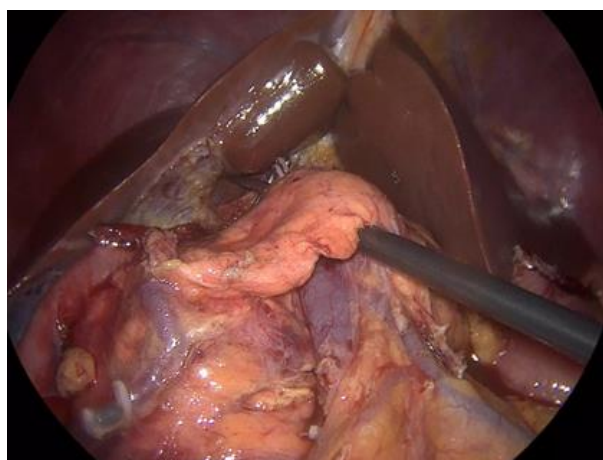
Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, can thiệp không đối chứng.

Quy trình kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân dạng. Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người cầm Camera đứng giữa 2 chân bệnh nhân, người phụ đứng bên trái. Đặt 5 trocars như sau: trocar 10mm ở rốn là nơi đặt ống soi; trocar 12mm nằm trên đường trung đòn bên phải, ngang rốn và trocar 5mm ở đường nách trước bên phải hơi cao hơn trocar 12 khoảng 3 khoát ngón tay; tương tự 2 trocar 5mm khác được đặt ở bên trái đối diện là vị trí người phụ. Sử dụng dao siêu âm hạ đại tràng góc gan, cắt mạc nối nổi lớn, phẫu tích mạc treo đại tràng ngang ra khỏi đầu tụy, móm móc, cắt bó mạch vị mạc nối phải.

Tiến hành làm thủ thuật Kocher, di động hoàn toàn tá tràng D2, D3 và D4 giải phóng góc tá hồng tràng và quai hồng tràng đầu tiên. Mở mạc nối nhỏ, xác định kẹp và cắt ĐM vị phải, sau đó cắt hang vị dạ dày bằng endo GIA 60.



Hình 1: Hoàn thành thì vết hạch



Hình 2: Tạo đường hầm ở mặt sau eo tụy

Phẫu tích cắt ĐM vị tá tràng kẹp bằng 2 Hemolok, xác định TM cửa tại bờ trên eo tụy. Nạo hạch ĐM gan chung và ĐM thân tạng, đồng thời tách ống mật chủ khỏi ĐM gan riêng và TM cửa. Đến đây đã xác định được TM mạc treo tràng trên ở bờ dưới và TM cửa ở bờ trên eo tụy. Tiến hành tạo một đường hầm ở mặt sau eo tụy, vùng này thường không nhánh xuyên vào tụy nên có thể thực hiện tương đối dễ dàng. Dùng dao siêu âm cắt eo tụy và cắt mạc treo quai hồng tràng đầu tiên, cắt ngang quai hồng tràng cách góc Treitz 15cm bằng endo GIA 60. Phẫu tích để tách móm móm và mạc treo tụy khỏi bó mạch mạc treo tràng trên. Tiếp tục đi lên trên dọc theo TM cửa, kẹp cắt các TM tá tụy trên, đồng thời nạo vét hạch quanh xoắn cửa, cắt túi mật và ống mật chủ sau cùng để giảm thời gian mật tràn ra ổ bụng. Đến đây khối đầu tụy tá tràng được tách rời hoàn toàn.

Mở bụng đường giữa dài khoảng 5 cm cách mũi ức khoảng 3 cm. Qua vết mổ này lấy bệnh phẩm ra ngoài. Thực hiện các miệng nối tụy với hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến, nối ống gan chung hồng tràng kiểu tận bên cách miệng tụy xoắn 5cm và nối vị tràng kiểu bên – bên bằng GIA 60 cách miệng nối mật ruột 25cm trước đại tràng ngang. Ống tụy luôn luôn được dẫn lưu ra ngoài bằng ống sonde silicon. Cuối cùng đặt một ống dẫn lưu silicon sau miệng nối mật hồng tràng và miệng nối tụy hồng tràng đưa ra hạ sườn phải, đóng bụng hai lớp bằng chỉ Vicryl 1-0.

* Các nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới và chỉ số khối cơ thể BMI: gầy (<18,5), bình thường (18,5-22,9). Tiền sử đái tháo đường, viêm tụy mạn.

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Vàng da, vàng mắt, đau bụng, gầy sút cân, ngứa, túi mật lớn. Số lượng hồng cầu, bạch cầu, tỷ prothrombin, đường máu, creatinin, bilirubin TP, SGOT, SGPT, protein, albumin, CA 19-9.

- Đặc điểm hình ảnh: Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ đánh giá vị trí khối u, kích thước ống mật chủ giãn (> 6 mm), ống tụy giãn (> 3 mm), túi mật căng. Nội soi siêu âm mật tụy: Đánh giá vị trí khối u, kích thước ống mật chủ giãn (> 6 mm), ống tụy giãn (> 3 mm). Mô bệnh học tổn thương và phân bố giai đoạn theo TNM.

- Nghiên cứu đặc điểm kỹ thuật: Số trocar sử dụng trong quá trình phẫu thuật, kỹ thuật nạo vét hạch, tai biến, kỹ thuật xử trí hang vị dạ dày, cách xử trí diện

cắt tụy. Tình trạng nhu mô tụy, kỹ thuật tái lập lưu thông tụy - tiêu hóa, thời gian phẫu thuật, số lượng máu mất, số bệnh nhân phải truyền máu và số lượng máu truyền (ml) trong phẫu thuật. Thời gian trung tiện (giờ), thời gian rút sonde dạ dày (ngày), thời gian rút dẫn lưu ổ bụng (ngày), thời gian bắt đầu ăn (ngày) và thời gian nằm viện.

- Biến chứng và tử sau phẫu thuật: Chảy máu sau phẫu thuật, dò tụy, dò mật, chậm lưu thông dạ dày, viêm tụy cấp, viêm phổi sau phẫu thuật và tử vong.

III. KẾT QUẢ

Với 11 bệnh nhân được thực hiện thành công phẫu thuật nội soi cắt đầu tụy tá tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2018 đến 11/2021, chúng tôi thu được một số kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình: $53,7 \pm 9,5$ (30 – 78), tuổi 40 – 60 chiếm 76,7%. Nam/nữ = 8/3. Chỉ số khối cơ thể ở mức gầy 6/11 (54,5%) và bình thường 5/11 (45,5%) bệnh nhân. Tiền sử đái đường 5/11 (45,5%), viêm tụy mạn 3/11 (27,2%) và 3/11 (27,3%) bệnh nhân bình thường.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng thường gặp

Triệu chứng	n = 11	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	8	72,7
Vàng da, vàng mắt	5	45,5
Túi mật lớn	6	54,5
Gầy sút cân	3	27,3
Ngứa toàn thân	3	27,3

Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau tức bụng ở hạ sườn phải 8/11 (72,7%), tiếp theo túi mật lớn 6/11 (54,5%) bệnh nhân (**Bảng 1**). Các chỉ số sinh hóa - huyết học không có biến động lớn trước phẫu thuật. Hầu hết bệnh nhân đều có tắc mật trước phẫu thuật, Bilirubin TB: $83,6 \pm 67,8$ (25,1 – 210,6) (**Bảng 2**).

Bệnh viện Trung ương Huế

Marker ung thư CA19.9 > 37 là 7/11 (63,6%) bệnh nhân.

Bảng 2: Các chỉ số sinh hóa – huyết học trước phẫu thuật

Thông số huyết học	n = 11	Trung bình	SD	Tối thiểu	Tối đa
Glucose (mmol/l)	11	5,9	1,8	4,3	12,7
Bạch cầu (M/uL)	11	8,7	3,5	5,8	15,2
Hồng cầu (M/uL)	11	4,5	1,6	3,9	5,5
Hemoglobin (g/L)	11	11,8	2,2	10,8	14,5
Tỷ prothrombin (%)	11	95,1	8,5	79,7	126,5
Bilirubin TT (μmol/l)	11	83,6	67,8	25,1	210,6
Bilirubin TP (μmol/l)	11	166,7	125,2	35,5	455,8
SGOT (U/I)	11	101,8	82,3	19,0	460
SGPT (U/I)	11	110,2	125,6	10,0	507
Protein (g/l)	11	68,3	60,3	55,0	87,0
Albumin (g/l)	11	37,2	5,9	29,0	44,0

3.3. Đặc điểm hình ảnh

Cộng hưởng từ (MRI): Vị trí khối u bóng Vater chiếm đa số 9/11 (81,8%), u tá tràng 1/11 (9,1%) và u đoạn cuối ống mật chủ 1/11 (9,1%) bệnh nhân; Ống mật chủ giãn 10/11 (90,9%), ống tụy giãn 8/11 (72,7%) bệnh nhân. Kích thước khối U < 2 cm 4/11 (36,4%), 2 ≤ U < 3 cm 6/11 (54,5%) và 3 ≤ U ≤ 4 cm 1/11 (9,1%) bệnh nhân.

Bảng 3: Đặc điểm mô bệnh học và phân bố giai đoạn theo TNM

Đặc điểm mô bệnh học	n = 11	Tỷ lệ (%)
Độ biệt hóa		
- Biệt hóa tốt	5	45,5
- Biệt hóa xấu	6	54,5
Giai đoạn theo TNM		

Đặc điểm mô bệnh học	n = 11	Tỷ lệ (%)
- Giai đoạn IA	3	27,3
- Giai đoạn IB	6	54,5
- Giai đoạn IIA	2	18,2

3.4. Đặc điểm kỹ thuật

Đặt 5 trocar thường quy, viêm dính 2/11 (18,2%), gan ứ mật 6/11 (54,5%), cắt hang vị dạ dày (100%), chảy máu diện cắt tụy 02/11 (18,2%) khâu chỉ prolene 4/0 cầm máu. Vết từ 7 -14 hạch chiếm phần lớn 9/11 (81,8%). Miệng nối tụy kiểu Blumgart cải tiến, khâu 2 lớp: Lớp trong khâu mũi rời gồm 04 mũi khâu chữ U chỉ prolene 3-0 chiếm đa số 10/11 (90,9%) và khâu 5 mũi 1/11 (9,1%). Tai biến chảy máu trong phẫu thuật 03/11 (27,3%). Trong đó, trường hợp chảy máu do đứt 2/3 chu vi TM cửa không cầm máu được phải chuyển đổi kỹ thuật từ nội soi sang hở để cầm máu.

Bảng 4: Kết quả trong phẫu thuật

Các thông số đánh giá	n (%)	Trung bình	SD	Tối thiểu	Tối đa
Thời gian PT (phút)	11(100%)	301,7	45,3	271	388

Cắt đầu tụy tá tràng nội soi: Báo cáo 11 trường hợp

Các thông số đánh giá	n (%)	Trung bình	SD	Tối thiểu	Tối đa
Đường mở bụng (cm)	11(100%)	5,5	0,5	5,0	7,0
Số lượng máu truyền (ml)	02(18,2%)	425	75	350	500
Số lượng máu mất (ml)	11(100%)	110,9	51,9	90,5	750,3

Thời gian phẫu thuật TB: $301,7 \pm 45,3$ (271 – 388) phút, máu mất TB: $110,9 \pm 51,9$ (90,5 – 750,3) ml. Có 2/11 (18,2%) BN truyền máu và máu truyền trung bình: 425 ± 75 ml (350 – 500), đường mở bụng TB: $5,5 \pm 0,5$ (5,0 – 7,0) cm (**Bảng 4**).

Bảng 5: Các yếu tố ảnh hưởng tai biến chảy máu trong phẫu thuật

Các yếu tố	Tai biến chảy máu trong phẫu thuật					p
	n = 11	Có		Không		
		n	%	n	%	
BMI ≤ 18,5	06	01	33,3	05	62,5	0,35
BMI: 18,5 - 22,9	05	02	66,7	03	37,5	
Viêm dính ổ phúc mạc	02	01	33,3	01	12,5	0,29
Không viêm dính	09	02	66,7	07	87,5	
Tụy xơ	07	01	33,3	06	54,5	0,90
Tụy không xơ	04	02	66,7	03	45,5	

Các yếu tố ảnh hưởng đến tai biến chảy máu trong phẫu thuật nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Số ngày sử dụng kháng sinh giảm đáng kể, trung bình $8,9 \pm 3,9$ (10 – 13) ngày, ngày nằm viện TB: $11,5 \pm 3,5$ (8 – 18), thời gian ăn đường miệng sau phẫu thuật TB: $1,1 \pm 0,4$ (1 – 2), dẫn lưu tụy rút vào ngày 08 – 10 sau phẫu thuật. Số lượng bạch cầu thường tăng vào ngày đầu sau phẫu thuật TB: $17,3 \pm 4,6$ (15,7 – 22,9). Biến chứng viêm tụy cấp đưa đến chảy máu muộn ngày 5 sau phẫu thuật 1/11 (9,1%), ú trệ dạ dày 1/11 (9,1%) và viêm phổi nặng 1/11 (9,1%). Tử vong sau 2/11 (18,2%) bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $53,7 \pm 9,5$ (30 – 78) tuổi. Daegwang Yoo (2020), với 359 bệnh nhân, tuổi trung bình: $62,5 \pm 10,3$ [5]. Kamarajah (2018), nghiên cứu 9877 bệnh nhân độ tuổi hay gặp nhất từ 60 – 79 tuổi (59,5% - 67,5%), trên 80 tuổi (7,5

– 9%) [6]. Tỷ lệ nam/nữ = 8/3. Chỉ số khối cơ thể (BMI): Tất cả đều dưới 22,9 kg/m² ở mức gầy và trung bình. Chỉ số khối của cơ thể là một trong những tiêu chuẩn để lựa chọn cho phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy [3,5,7]. Tất cả bệnh nhân đều được chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ, tỷ lệ phát hiện được tổn thương là 100% (**Bảng 5**). Chụp cắt lớp vi tính đa dãy và cộng hưởng từ là phương pháp chẩn đoán có độ chính xác cao, đánh giá được hình thái, vị trí và mức độ xâm lấn mạch để quyết định phương pháp điều trị [8].

Khối u bóng Vater được ưu tiên lựa chọn 81,8%, tiếp đến là u đoạn cuối ống mật chủ và u tá tràng lần lượt 9,1% và 9,1%; vì một số lý do như: kích thước nhỏ, ít dính, thuận lợi cho phẫu tích nội soi. Nạo vét hạch vùng đảm bảo ung thư học là chỉ định tuyệt đối, nạo vét hạch chuẩn cho các ung thư ở đoạn cuối ống mật chủ và bóng Vater bao gồm hạch trên và dưới môn vị, hạch dọc động mạch gan chung, hạch cuống gan, hạch quanh đầu tụy.

Bệnh viện Trung ương Huế

Mở bụng đường trắng giữa bắt đầu từ dưới mũi ức khoảng 3 cm kéo dài tối thiểu 5 cm nhằm thực hiện các miệng nối, đồng thời lấy bệnh phẩm. Đường mở bụng có độ dài trung bình $5,5 \pm 0,5$ (5,0 – 7,0) cm (**Bảng 4**). Theo Lee (2013) thì đường mở bụng tối thiểu từ 4 – 5 cm mới đủ để lấy bệnh phẩm và làm các miệng nối [9]. Chúng tôi thấy rằng: Bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể ở mức trung bình, thì đường mở bụng từ 5 – 7 cm là vừa đủ để thực hiện tốt các miệng nối.

Miệng nối tụy – hồng tràng: Tất cả (100%) bệnh nhân được sử dụng miệng nối tụy hồng tràng tận bên theo Blumgart cải tiến và dẫn lưu ống tụy ra ngoài, miệng nối mật – ruột tận bên và miệng nối dạ dày – ruột bên bên bằng stappler GIA 80 mm. Chỉ khâu miệng nối tụy được sử dụng chủ yếu là prolene 3-0 và khâu 2 lớp: lớp ngoài khâu rời chữ U, lớp trong khâu vắt chỉ vicryl 3-0.

Có 3 bệnh nhân tai biến chảy máu trong phẫu thuật. Trong đó, một trường hợp chảy máu từ TM tá tụy sau dưới khi phẫu tích mòm móc ra khỏi TM mạc treo tràng, tiến hành khâu qua nội soi cầm máu bằng chỉ prolene 4-0; trường hợp thứ 2 chảy máu ĐM vị tá tràng do tụt hemolok, khâu cầm máu bằng chỉ prolene; trường hợp thứ 3 chảy máu dó đứt 2/3 chu vi TM cửa ở thì nạo vét hạch ĐM thân tạng và ĐM gan chung, do viêm dính làm thay đổi giải phẫu TM cửa, trong lúc nâng nhóm hạch để cắt thì đã cắt vào TM cửa, chảy máu ồ ạt, không kiểm soát được qua nội soi, phải chuyển mổ hở; kiểm tra TM cửa đứt 2/3 chu vi và phải cắt đoạn 0,5 cm nối tận tụy. Bệnh nhân hậu phẫu ổn định ra viện đúng kế hoạch.

Thời gian mổ: Trung bình = $301,7 \pm 45,3$ phút (271 – 388), lượng máu mất TB: $110,9 \pm 51,3$ (90,5 – 750,3) ml (**Bảng 4**). Gồm 2 bệnh nhân (18,2%) phải truyền máu trong phẫu thuật với thể tích máu truyền từ 350 – 500 ml. So sánh về kết quả gần thì thời gian phẫu thuật nội soi trung bình 338 phút và không khác biệt so với phẫu thuật mở là 287 phút [10].

V. KẾT LUẬN

Khối u ở vị trí bóng Vater và kích thước dưới 3 cm thường được lựa chọn cho phẫu thuật nội soi cắt đầu

tụy tá tràng. Nạo vét hạch hệ thống cũng thực hiện được như trong phẫu thuật mở. Thời gian nằm viện ngắn. Tỷ lệ biến chứng chung 36,4% và tử vong 18,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dokmak S, Ftéliche FS, Aussilhou B, Bensafta Y, Lévy P, Ruszniewski P, et al. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy should not be routine for resection of periampullary tumors. *Journal of the American College of Surgeons*. 2015. 220: 831-838.
2. Nguyễn Ngọc Bích. Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí y học Lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai*. 2014. 82: 89-97.
3. Phan Minh Trí, Võ Trường Quốc. Các yếu tố liên quan đến biến chứng sớm của phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2017. 21: 111-115.
4. Hồ Văn Linh. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đầu tụy - tá tràng trong điều trị ung thư bóng Vater, in *Luận án Tiến sĩ y học*. 2016, Đại học Y dược Huế.
5. Yoo D, Song KB, Lee JW, Hwang K, Hong S, Shin D, et al. A Comparative Study of Laparoscopic versus Open Pancreaticoduodenectomy for Ampulla of Vater Carcinoma. *Journal of Clinical Medicine*. 2020. 9: 2214.
6. Kamarajah SK. Pancreaticoduodenectomy for periampullary tumours: a review article based on Surveillance, End Results and Epidemiology (SEER) database. *Clinical Translational Oncology*. 2018. 20: 1153-1160.
7. Boggi U, Amorese G, Vistoli F, Caniglia F, De Lio N, Perrone V, et al. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: a systematic literature review. *Surgical endoscopy*. 2015. 29: 9-23.
8. Pancreas ESGoCTot. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. *Gut*. 2018. 67: 789-804.
9. Lee JS, Han JH, Na GH, Choi HJ, Hong TH, You YK, et al. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy assisted by mini-laparotomy. *Surgical Laparoscopy Endoscopy Percutaneous Techniques*. 2013. 23: e98-e102.
10. Cho A, Yamamoto H, Nagata M, Takiguchi N, Shimada H, Kainuma O, et al. Comparison of laparoscopy-assisted and open pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy for periampullary disease. *The American journal of surgery*. 2009. 198: 445-449.

TRẮC NGHIỆM NITRATE NỘI ĐỘNG MẠCH VÀNH TRONG ĐÁNH GIÁ CO THẮT ĐỘNG MẠCH VÀNH

Hồ Anh Bình^{1✉}, Trần Thiện Đức², Nguyễn Cửu Lợi¹, Lê Văn Duy¹, Phan Anh Khoa¹

¹ Khoa Cấp cứu Tim mạch Can thiệp, Bệnh viện Trung ương Huế

² Khoa Nội Tổng hợp, Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Bình Định

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Co thắt ĐMV là một nguyên nhân quan trọng nhưng lại không được đánh giá đúng mức. Trong hội chứng vành cấp, co thắt ĐMV là nguyên nhân của 49% trường hợp và xuất hiện ở 30% trường hợp không có tổn thương thủ phạm. Bên cạnh đó, việc loại bỏ tình trạng co thắt ĐMV trên đoạn hẹp và cả đoạn không hẹp giúp đánh giá trung thực hơn mức độ hẹp (%) khẩu kính của tổn thương. Chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: đánh giá sự biến đổi của khẩu kính động mạch vành trước và sau trắc nghiệm nitrate nội động mạch vành.

Phương pháp: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ

Kết quả: Đường kính lòng mạch nhỏ nhất tăng đáng kể từ $1,25 \pm 0,35$ mm lên $1,56 \pm 0,47$ mm. Tương tự, diện tích lòng mạch nhỏ nhất cũng tăng từ $1,32 \pm 0,74$ mm² lên $2,04 \pm 1,26$ mm².

Các chỉ số về lòng mạch tham chiếu cũng tăng có ý nghĩa thống kê, từ $2,84 \pm 0,65$ mm lên $3,02 \pm 0,70$ mm đối với đường kính và $6,68 \pm 3,05$ mm² lên $7,56 \pm 3,39$ mm² đối với diện tích.

Dù giãn cả lòng mạch nhỏ nhất và tham chiếu, chúng tôi ghi nhận mức hẹp % đường kính giảm từ $55,85 \pm 6,77$ % xuống $48,75 \pm 9,13$ %. Đáng lưu ý có > 50 % trường hợp mức hẹp % đường kính giảm xuống < 50 % (thuộc nhóm hẹp không ý nghĩa).

Kết luận: Bơm nitrate vào lòng ĐMV giúp đánh giá chính xác độ hẹp cũng như khẩu kính động mạch vành.

Từ khoá: Đường kính, co thắt, nitrat nội động mạch vành.

ABSTRACT

THE USE OF INTRACORONARY NITRATE INJECTION IN THE ASSESSMENT OF CORONARY SPASM

Ho Anh Binh^{1✉}, Tran Thien Duc², Nguyen Cuu Loi¹, Le Van Duy¹, Phan Anh Khoa¹

Background: Coronary artery spasm is an important cause for anginal chest pain, but it is not appropriately estimated, in patients with angiographically non-obstructive coronary arteries. In acute coronary syndrome, coronary artery spasm is the cause of 49% of cases and appears in 30% of cases without the culprit artery. In addition, the elimination of coronary spasm on the narrow segment and the non-narrow segment helps to more accurately assess the degree of stenosis (%) of the lesion. So we implemented the study to find out the variation of coronary artery diameter before and after intra coronary nitrate injection.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 40 patients diagnosed ischemic heart disease.

Results: The minimum diameter of the lumen artery significantly increased from 1.25 ± 0.35 mm to 1.56 ± 0.47 mm. Similarly, the area of the smallest lumen artery also increased from 1.32 ± 0.74 mm² to 2.04 ± 1.26 mm².

Ngày nhận bài:

13/12/2021

Chấp thuận đăng:

16/01/2022

Tác giả liên hệ:

Hồ Anh Bình

Email:

drhoanhbinh@gmail.com

SĐT: 0913489896

The parameters of the coronary arterial lumen reference also increased significantly, from 2.84 ± 0.65 mm to 3.02 ± 0.70 mm for the diameter, and from 6.68 ± 3.05 mm² to 7.56 ± 3.39 mm² for area.

Despite the dilation of the smallest lumen artery and the reference one, we recorded the diameter of stenosis (%) decreased from $55.85 \pm 6.77\%$ to $48.75 \pm 9.13\%$. It is worth noting that there were more than 50% of cases showing the significant stenosis of diameter decreased to less than 50% of stenosis (in the stenosis group of no significance).

Conclusion: Intracoronary nitrate injection in coronary artery helps to accurately assess the stenosis and the diameter of the coronary artery.

Key words: Diameter, spasm, intracoronary nitrate injection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co thắt ĐMV là một nguyên nhân quan trọng nhưng lại không được đánh giá đúng mức. Trong hội chứng vành cấp, co thắt ĐMV là nguyên nhân của 49% trường hợp và xuất hiện ở 30% trường hợp không có tổn thương thủ phạm [1]. Bên cạnh đó, việc loại bỏ tình trạng co thắt ĐMV trên đoạn hẹp và cả đoạn không hẹp giúp đánh giá trung thực hơn mức độ hẹp (%) khẩu kính của tổn thương. Do đó, sử dụng Nitrate trong chụp ĐMV đóng vai trò vô cùng quan trọng để loại bỏ hiện tượng co thắt ĐMV.

Với mong muốn tìm hiểu rõ hơn về hiệu quả của Nitrate trong chụp ĐMV, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: đánh giá sự biến đổi của khẩu kính động mạch vành trước và sau thực nghiệm nitrate nội động mạch vành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 40 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ, điều trị nội trú tại khoa Cấp Cứu – Tim Mạch Can Thiệp – Trung tâm Tim Mạch, Bệnh viện Trung Ương Huế được chụp ĐMV từ tháng 11/2018 đến tháng 6/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Kết quả chụp mạch vành cho thấy hẹp từ 50% trở lên (trước khi tiêm Nitrate) ở bất cứ ĐMV nào chưa được đặt stent trước đó.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định chụp và can thiệp ĐMV, tiền sử đặt stent cả 3 nhánh ĐMV, suy thận mạn giai đoạn cuối, dị ứng với thuốc cản quang hoặc Nitroglycerin, bệnh nhân tụt huyết áp do sốc tim đang sử dụng thuốc vận mạch tĩnh mạch, các tổn thương tái hẹp sau can thiệp ĐMV. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện.

Các bước tiến hành nghiên cứu: (1) Hỏi tiền sử, bệnh sử và khám lâm sàng, khai thác các YTNC tim mạch. (2) Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản và tiến hành chụp ĐMV

Đánh giá mức độ hẹp của ĐMV

Mức độ giãn ĐMV sau khi tiêm nitrate vào ĐMV:

- Về đường kính

Lòng mạch nhỏ nhất:

$$\Delta\text{MLD}(\%) = \frac{\text{MLD sau} - \text{MLD trước}}{\text{MLD trước}} \times 100$$

Lòng mạch tham chiếu:

$$\Delta\text{RD}(\%) = \frac{\text{RD sau} - \text{RD trước}}{\text{RD trước}} \times 100$$

Mức hẹp %:

$$\Delta\text{DS}(\%) = \frac{\text{DS trước} - \text{DS sau}}{\text{DS trước}} \times 100$$

- Về diện tích

Lòng mạch nhỏ nhất:

$$\Delta\text{MLA}(\%) = \frac{\text{MLA sau} - \text{MLA trước}}{\text{MLA trước}} \times 100$$

Lòng mạch tham chiếu:

$$\Delta\text{RA}(\%) = \frac{\text{RA sau} - \text{RA trước}}{\text{RA trước}} \times 100$$

Mức hẹp %:

$$\Delta\text{AS}(\%) = \frac{\text{AS trước} - \text{AS sau}}{\text{AS trước}} \times 100$$

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu của nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học trên máy vi tính bằng phần mềm R (phiên bản 4.0.2).

và không có bệnh nhân nào tổn thương thân chung.

Bảng 4: Kết quả chụp ĐMV định lượng

Thông số	Kết quả
Độ dài đoạn hẹp (mm)	10,66 ± 6,34
Đường kính lòng mạch nhỏ nhất (mm)	1,25 ± 0,35
Đường kính lòng mạch tham chiếu (mm)	2,84 ± 0,65
Mức hẹp % đường kính (%)	55,85 ± 6,77
Diện tích lòng mạch nhỏ nhất (mm ²)	1,32 ± 0,74
Diện tích lòng mạch tham chiếu (mm ²)	6,68 ± 3,05
Mức hẹp % diện tích (%)	80,15 ± 4,75

Mức hẹp % đường kính trung bình thuộc loại trung bình. Độ dài đoạn hẹp trung bình tương đối ngắn.

Bảng 5: So sánh kết quả chụp ĐMV định lượng trước và sau tiêm Nitroglycerin

Thông số	Trước	Sau	p
Đường kính lòng mạch tham chiếu (mm)	2,84 ± 0,65	3,02 ± 0,70	< 0,001
Đường kính lòng mạch nhỏ nhất (mm)	1,25 ± 0,35	1,56 ± 0,47	< 0,001
Mức hẹp % đường kính (%)	55,85 ± 6,77	48,75 ± 9,13	< 0,001
Độ dài đoạn hẹp (mm)	10,66 ± 6,34	11,43 ± 6,40	0,1067
Diện tích lòng mạch tham chiếu (mm ²)	6,68 ± 3,05	7,56 ± 3,39	<0,001
Diện tích lòng mạch nhỏ nhất (mm ²)	1,32 ± 0,74	2,04 ± 1,26	< 0,001
Mức hẹp % diện tích (%)	80,15 ± 4,75	73,00 ± 9,18	< 0,001

Đường kính lòng mạch nhỏ nhất sau tiêm Nitroglycerin giảm có ý nghĩa thống kê so với trước tiêm. Mức hẹp % đường kính ĐMV khảo sát giảm có

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (năm)	66,12 ± 10,62
Chiều cao (m)	1,59 ± 0,06
Cân nặng (kg)	54,39 ± 9,24
BMI (kg/m ²)	21,54 ± 3,12
Nam, n (%)	23 (57,5%)
Nữ, n (%)	17 (42,5%)

Bảng 2: Phân loại lâm sàng

Phân loại lâm sàng	Kết quả	
	n	%
ĐTN ổn định	27	67,5%
ĐTN không ổn định	7	17,5%
NMCT không ST chênh lên	3	7,5%
NMCT ST chênh lên	3	7,5%

Chỉ định chụp mạch vành đối với bệnh nhân ĐTN ổn định chiếm tỷ lệ cao nhất. Các bệnh nhân thuộc hội chứng vành cấp chiếm khoảng 1/3 trường hợp còn lại.

3.2 Kết quả chụp động mạch vành trước và sau khi tiêm Nitrate nội động mạch vành

Bảng 3: Vị trí và số nhánh ĐMV tổn thương

Đặc điểm	n	%
ĐM liên thất trước	25	62,5%
ĐM mũ	11	27,5%
ĐM vành phải	22	55,0%
Số ĐM tổn thương:		
Một thân	23	57,5%
Hai thân	16	40,0%
Ba thân	1	2,5%

Trong số 40 bệnh nhân có 58 tổn thương ĐMV, với phần lớn là ĐM liên thất trước và ĐM vành phải. Hơn một nửa số bệnh nhân bị tổn thương một nhánh ĐMV. Chỉ có 1 bệnh nhân tổn thương ba thân ĐMV

Bệnh viện Trung ương Huế

ý nghĩa thống kê sau khi tiêm Nitroglycerin với giá trị $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức hẹp % diện tích lòng mạch khảo sát giảm có ý nghĩa thống kê sau khi tiêm Nitroglycerin với giá trị $p < 0,001$.

Bảng 6: Mức độ giãn ĐMV sau tiêm Nitroglycerin

Thông số	Kết quả (%)
Đường kính lòng mạch nhỏ nhất (ΔMLD)	$25,37 \pm 18,19$
Đường kính lòng mạch tham chiếu (ΔRD)	$6,47 \pm 7,60$
Mức hẹp % đường kính (ΔDS)	$12,94 \pm 10,87$
Diện tích lòng mạch nhỏ nhất (ΔMLA)	$57,72 \pm 51,11$
Diện tích lòng mạch tham chiếu (ΔRA)	$14,05 \pm 16,28$
Mức hẹp % diện tích (ΔAS)	$9,06 \pm 8,80$

Mức độ giãn lòng mạch nhỏ nhất về mặt đường kính là khoảng $\frac{1}{4}$ lần và về mặt diện tích là khoảng 0.5 lần so với trước tiêm Nitroglycerin. Mức độ giãn lòng mạch tham chiếu tương đối thấp hơn dẫn đến mức hẹp % về đường kính và diện tích đều giảm so với trước tiêm Nitroglycerin.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $66,12 \pm 10,62$ tuổi, trong đó tuổi thấp nhất là 47 tuổi và cao nhất là 87 tuổi, trong đó nhóm tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này tương tự như một số nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu CASPAR [1] (66 ± 12).

Về giới tính, 57,5% số bệnh nhân của chúng tôi là nam. Nam giới cũng chiếm đa số trong nhiều nghiên cứu về bệnh mạch vành như nghiên cứu của Khổng Nam Hương (nam chiếm 67%) [2], nghiên cứu ISCHEMIA năm 2020 (nam chiếm 77,4%) [3].

Bệnh mạch vành xuất hiện ở nữ giới muộn hơn ở nam từ 7 đến 10 năm. Ngoài các YTNC tim mạch riêng ở nữ giới như mãn kinh hay các bệnh lý trong thai kỳ như tiền sản giật hay ĐTĐ thai kỳ, các YTNC

tim mạch cổ điển gặp ít hơn ở nữ giới trẻ tuổi [4]. Tỷ lệ hút thuốc lá ở nữ giới trẻ thấp hơn nhiều so với nam giới ở cùng độ tuổi này. Tương tự, ở lứa tuổi trẻ, nguy cơ tương đối của tăng cholesterol máu thấp hơn ở nữ giới [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đau ngực ổn định chiếm 2/3 trường hợp (67,5%), ĐTN không ổn định và NMCT chiếm tỷ lệ tương đương. Kết quả này tương tự với kết quả của Khổng Nam Hương [2] nghiên cứu về siêu âm trong lòng mạch trong đánh giá tổn thương ĐMV.

Thử nghiệm lâm sàng ISCHEMIA công bố năm 2020 cho thấy trên tổng số 5179 bệnh nhân ĐTN ổn định với thiếu máu cơ tim từ trung bình đến nặng trên stress test mặc dù không có sự khác biệt về mặt cải thiện tiên lượng (tử vong do các nguyên nhân tim mạch, nhồi máu cơ tim, nhập viện do ĐTN không ổn định, suy tim và ngưng tim) nhưng có sự cải thiện về mặt triệu chứng cũng như chất lượng cuộc sống đối với nhóm bệnh nhân được tái thông ĐMV [3].

4.2. Kết quả chụp mạch vành trước và sau khi tiêm Nitrate nội ĐMV

Về vị trí tổn thương: Trong tổng số 40 bệnh nhân nghiên cứu với 58 ĐMV tổn thương, tổn thương ĐMV hay gặp nhất là ĐM liên thất trước (62,5%), sau đó là ĐMV phải (55,0%), và ít nhất là động mạch mũ (27,5%). Kết quả này tương tự về tần xuất tổn thương ĐMV theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Hùng và cộng sự [5] trên 60 bệnh nhân tái hẹp trong stent cho thấy tổn thương ĐM liên thất trước là 50%, ĐMV phải chiếm 30% và ĐM mũ chiếm 20%.

Về số nhánh tổn thương ĐMV: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tổn thương một nhánh ĐMV chiếm đa số (57,5%) và thấp nhất là tổn thương ba nhánh ĐMV (2,5%), kết quả này cũng tương tự kết quả của Nguyễn Minh Hùng [5], Nguyễn Quốc Thái [6].

Tổn thương ba nhánh ĐMV gặp với tỷ lệ rất thấp trong nghiên cứu của chúng tôi có lẽ do tỷ lệ đái tháo đường trong nghiên cứu này tương đối thấp (15%). Bệnh mạch vành lan tỏa gặp tỷ lệ cao trong nhóm bệnh nhân bệnh mạch vành có ĐTĐ [7] do các tiến trình sinh lý bệnh phức tạp của ĐTĐ như: sự rối loạn chức năng nội mạch, tình trạng tăng đông dẫn đến sự gia tăng phát triển mảng xơ vữa.

Đặc điểm ĐMV tiêm Nitrate: Hầu hết số ĐMV khảo sát trong nghiên cứu của chúng tôi đều ở đoạn gần và đoạn giữa, tương tự kết quả của Khổng Nam

Hương và cộng sự [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Hùng [5] cũng cho thấy vị trí hẹp hay gặp nhất cũng ở đoạn gần (56%), rồi đến đoạn giữa (32%) và ít nhất ở đoạn xa (12%).

Chiều dài đoạn hẹp trung bình trong nhóm nghiên cứu là $10,66 \pm 6,34$ mm (ngắn nhất: 3,41 mm, dài nhất 32,33 mm). Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các tổn thương hẹp là những tổn thương ngắn, khu trú thuộc tổn thương kiểu A hoặc kiểu B. Về mặt sinh lý, khi so sánh với với các tổn thương hẹp ngắn khu trú, các tổn thương có chiều dài càng lớn hoặc nhiều tổn thương khu trú nhỏ làm giảm càng nhiều lưu lượng máu tối đa của dòng chảy vành [8].

Về đường kính lòng mạch: trước bất kỳ can thiệp nào trên ĐMV, việc lựa chọn kích cỡ của dụng cụ can thiệp cần được xác định một cách chính xác. Việc ước lượng bằng mắt mặc dù có mối tương quan có ý nghĩa với mức hẹp % đường kính cũng như diện tích nhưng lại đánh giá sai mức độ hẹp (cao hơn giá trị trên QCA). Do đó QCA đóng vai trò rất quan trọng trong đánh giá tương đối chính xác các thông số ĐMV.

Về diện tích lòng mạch: Diện tích lòng mạch nhỏ nhất trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,32 \pm 0,74$ mm². Nhiều nghiên cứu đã chứng minh giữa diện tích lòng mạch nhỏ nhất và thiếu máu cơ tim dựa trên FFR có mối liên quan chặt chẽ [9]. Nghiên cứu của Carlo Briguori và cộng sự (2001) cho thấy các tổn thương hẹp có diện tích lòng mạch nhỏ nhất trên IVUS ≤ 4 mm² có độ nhạy 92% và độ đặc hiệu 56% dự đoán các tổn thương hẹp có ảnh hưởng chức năng cơ tim (mức FFR $<0,75$) [9].

Tương tự đường kính lòng mạch nhỏ nhất, diện tích lòng mạch nhỏ nhất cũng đóng vai trò cực kỳ quan trọng trong dòng chảy vành. Khi nghỉ, lưu lượng máu giữ không đổi cho đến khi diện tích lòng mạch giảm đến mức rất nặng (hẹp $>80\%$). Tuy nhiên lưu lượng máu tối đa bị ảnh hưởng ở mức độ hẹp thấp hơn, khoảng 50% và mốc này trở thành tiêu chuẩn trên hình ảnh chụp mạch vành cho hẹp có ý nghĩa [8].

Kết quả chụp mạch sau tiêm Nitrate: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của tác giả Kunadian Vijayalakshmi và cộng sự [7] cho thấy MLD trước Nitrate là $2,4 \pm 1$ mm và sau tiêm là $2,56 \pm 1,1$ mm (với $p < 0,0001$).

Các nghiên cứu khác cũng cho thấy sự gia tăng đường kính lòng mạch nhỏ nhất cả ở nhóm ĐTN ổn định cũng như không ổn định. Nghiên cứu của

Fabrizio Tomai và cộng sự [10] trên 54 bệnh nhân cũng có kết quả tương tự với sự gia tăng đường kính từ $1,03 \pm 0,35$ mm lên $1,11 \pm 0,42$ mm ở nhóm ĐTN ổn định và từ $0,95 \pm 0,45$ mm lên $1,23 \pm 0,25$ mm ở nhóm ĐTN không ổn định.

Sự giãn ĐMV cũng được tìm thấy ở động mạch tham chiếu với sự gia tăng đường kính lòng mạch tham chiếu từ $2,84 \pm 0,65$ mm lên $3,02 \pm 0,70$ mm ($p < 0,001$). Mức độ giãn đường kính lòng mạch tham chiếu là $6,47 \pm 7,6$ %. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với kết luận của những nghiên cứu đã được công bố [7].

Việc đánh giá độ giãn của lòng mạch tham chiếu đóng vai trò quan trọng trong chuẩn hóa trương lực mạch máu, giúp thuận lợi cho việc theo dõi tiến triển mảng xơ vữa cho các lần chụp sau [11]. Sự thay đổi trương lực mạch máu chịu ảnh hưởng bởi rất nhiều yếu tố nội sinh cũng như các yếu tố ngoại lai phát sinh trong quá trình chụp mạch vành [11]. Các yếu tố gây nhiễu này hầu như được loại trừ với tác dụng giãn mạch tối đa của Nitroglycerin.

Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến trương lực ĐMV cũng như hiện tượng co thắt vành như sự giảm hoạt động của nitric oxide synthase, tăng tính co thắt cơ trơn mạch máu, sự mất cân bằng hệ thần kinh tự động, các yếu tố viêm mạn tính [12].

V. KẾT LUẬN

Có sự biến đổi đường kính cũng như diện tích lòng mạch nhỏ nhất sau bơm nitrate nội động mạch vành. Bơm nitrate vào lòng ĐMV giúp đánh giá chính xác độ hẹp cũng như khẩu kính động mạch vành, loại trừ được các trường hợp co thắt trong khi chụp động mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ong P et al, Coronary artery spasm as a frequent cause of acute coronary syndrome: The CASPAR (Coronary Artery Spasm in Patients With Acute Coronary Syndrome) Study. Journal of the American College of Cardiology, 2008. 52(7): p. 523-527.
2. Không Nam Hương, Nghiên cứu siêu âm trong lòng mạch (IVUS) trong đánh giá tổn thương động mạch vành và góp phần hướng dẫn điều trị can thiệp bệnh động mạch vành. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
3. Maron DJ et al, Initial invasive or conservative strategy for stable coronary disease. New England Journal of Medicine, 2020. 382(15): p. 1395-1407.
4. Maas et al, Gender differences in coronary heart disease. Netherlands Heart Journal, 2010. 18(12): p. 598-603.
5. Nguyễn Minh Hùng và cs, Nghiên cứu hiệu quả điều trị một số tổn thương động mạch vành bằng phương pháp nong bóng có phủ thuốc. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội, 2019.
6. Nguyễn Quốc Thái và Nguyễn Lâm Việt, Các yếu tố ảnh

Bệnh viện Trung ương Huế

- hướng đến tái hẹp trong stent sau can thiệp ở các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Tạp chí y học thực hành, 2011. 755(3): p. 81-84.
7. Vijayalakshmi K et al, Impact of catheter sizes and intracoronary glyceryl trinitrate on the TIMI frame count when digital angiograms are acquired at lower frame rates during elective angiography and PCI. Acute cardiac care, 2007. 9(4): p. 231-238.
 8. Anderson RD et al, Coronary angiography: is it time to reassess? 2013, Am Heart Assoc. p. 1760-1762.
 9. Briguori et al, Intravascular ultrasound criteria for the assessment of the functional significance of intermediate coronary artery stenoses and comparison with fractional flow reserve. The American journal of cardiology, 2001. 87(2): p. 136-141.
 10. Tomai F et al, Unstable angina and elevated C-reactive protein levels predict enhanced vasoreactivity of the culprit lesion. Circulation, 2001. 104(13): p. 1471-1476.
 11. Jost et al, How to standardize vasomotor tone in serial studies based on quantitation of coronary dimensions? The International Journal of Cardiac Imaging, 1998. 14(6): p. 357-372.
 12. Hong et al, Intravascular ultrasound findings of negative arterial remodeling at sites of focal coronary spasm in patients with vasospastic angina. American heart journal, 2000. 140(3): p. 395-401.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH CHÙM TIA HÌNH NÓN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÂY PHỨC HỢP XƯƠNG HÀM TRÊN, GÒ MÁ - CUNG TIẾP

Nguyễn Hồng Lợi^{1✉}, Nguyễn Văn Khánh¹

¹Trung tâm Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy phức hợp xương hàm trên xương gò má - cung tiếp ngày càng gia tăng chủ yếu do tai nạn giao thông. Phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón đánh dấu bước tiến lớn trong chẩn đoán hình ảnh hàm mặt. Phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ đã được sử dụng rộng rãi trên thế giới và cho thấy có nhiều ưu điểm nhờ vào sự cải tiến không ngừng về chất liệu, hình dạng, kích thước.

Phương pháp: Gồm 46 bệnh nhân bị chấn thương hàm mặt có chụp phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón, được chẩn đoán gãy phức hợp xương hàm trên, gò má cung tiếp và phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ tại Trung tâm Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian từ tháng 03/2020 đến 03/2021. Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp lâm sàng, không đối chứng. Đánh giá kết quả dựa vào tiêu chí về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ

Kết quả: Nhóm tuổi thường gặp là nhóm từ > 18-40 tuổi chiếm 69,6%. Giới: nam 80,4%, nữ 19,6%. Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông: 93,5%. Triệu chứng lâm sàng: 100% biến dạng mặt; 80,4% đau chói khi ấn điểm gãy; 71,7% há miệng hạn chế; 63% có sai khớp cắn. Độ đặc hiệu của hình ảnh lát cắt ngang, lát cắt đứng ngang đều bằng 1 so với phim 3D. Tỷ lệ phát hiện đường gãy (độ nhạy) của hình ảnh lát cắt ngang, lát cắt đứng ngang đều thấp hơn trên phim 3D với tỷ lệ dao động 0,64 đến 1. Kết quả điều trị sau 6 tháng: tốt có 89,1%, khá có 10,9% và không có kém.

Kết luận: Gãy phức hợp xương hàm trên, gò má – cung tiếp nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón có giá trị cao với chất lượng hình ảnh tốt để chẩn đoán. Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ cho kết quả tốt về cả 3 phương diện giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ

Từ khóa: gãy phức hợp xương hàm trên xương gò má cung tiếp, phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón, nẹp vít nhỏ

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS, CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES AND TREATMENT RESULTS OF ZYGOMATICOMAXILLARY COMPLEX FRACTURE

Nguyen Hong Loi^{1✉}, Nguyen Van Khanh¹

Introduction: Zygomaticomaxillary complex fracture are increasing due to traffic accidents. Cone-beam computed tomography shows a major advance in maxillofacial imaging. The surgical method using mini-plates has been widely used in the world and has shown many advantages thanks to the continuous improvement in materials, shapes and sizes.

Methods: A prospective descriptive study was conducted on 46 patients with facial traumas. The patients underwent conebeam computed tomography, which were diagnosed with complex fractures of zygomaticomaxillary complex fractures. They then underwent fixation techniques using miniplates at Odonto-stomatology Center, Hue Central Hospital, between March 2020 and March 2021. The results based on anatomical, functional and aesthetic criteria were evaluated.

Ngày nhận bài:

15/12/2021

Chấp thuận đăng:

20/01/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Hồng Lợi

Email:

drloivietnam@yahoo.com.vn

SĐT: 0913498549

Results: Most patients were in the age group of > 18-40 years old, accounting for 69.6%. Gender: Male: 80.4%, female: 19.6%. Causes were usually traffic accidents: 93.5%. Clinical symptoms were: 100% facial deformities; 80.4% throbbing pain when pressing at fractured points; 71.7% trismus; 63% malocclusion; 50% of conjunctival hemorrhage; 47.8% of soft tissue wounds; 45.7% numbness. The specificity of horizontal and coronal cross-section radiograph is equal to 1 - compared to 3D radiograph. The detection rate of fracture (sensitivity) of horizontal cross-section film was lower than 3D radiograph, with a range from 0.64 to 1. Treatment results were excellent in 89.1%, good in 10.9% and none (0%) in bad.

Conclusion: Fixation of bone with miniplates and screws is a method that results in excellent outcomes, facilitates patients to heal fast. Miniplates and screws do not have any reactions to humans' bodies after placing them.

Keywords: zygomaticomaxillary complex fractures, conebeam computed tomography, miniplates

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương tăng giữa mặt nói chung, gãy phức hợp xương hàm trên xương gò má - cung tiếp nói riêng là một chấn thương hay gặp trong chấn thương hàm mặt [1-3]. Gãy phức hợp xương hàm trên xương gò má - cung tiếp ngày càng gia tăng do nhiều nguyên nhân khác nhau [1]. Đối với trường hợp gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp có nhiều phương pháp điều trị [4]. X quang thường quy hạn chế chất lượng hình ảnh, độ nhạy, độ phóng đại, sự biến dạng, che khuất hoặc hiện tượng chồng cấu trúc có thể dẫn đến việc bỏ lỡ chẩn đoán, đánh giá không đúng kích thước, vị trí của các đường gãy. Phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón là bước tiến lớn trong chẩn đoán hình ảnh hàm mặt. Phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít đã được sử dụng trong hàm mặt từ năm 1886 bởi Hansmann và không ngừng được nghiên cứu, phát triển, được ứng dụng ngày một rộng rãi trong những thập niên gần đây [5]. Trong nhiều năm qua đã có nhiều nghiên cứu ngoài nước, trong nước về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ trong gãy xương hàm trên, gò má - cung tiếp [4,6-8]. Nhưng ít có nghiên cứu về phẫu thuật gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp bằng nẹp vít nhỏ. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với các mục tiêu sau: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính chùm tia hình nón gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp. (2) Đánh giá kết quả điều trị gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp bằng nẹp vít nhỏ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 46 bệnh nhân (BN) bị chấn thương hàm mặt có chụp phim cắt lớp vi tính (CLVT) chùm tia hình nón, được chẩn đoán gãy phức hợp xương hàm trên, gò má cung tiếp (XHT GMCT) và phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ tại Trung tâm Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian từ tháng 03/2020 đến 03/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1) Những bệnh nhân chụp phim CLVT chùm tia hình nón và được chẩn đoán có gãy phức hợp xương hàm trên, gò má cung tiếp. (2) Những bệnh nhân chấn thương lần đầu. (3) Được phẫu thuật trong vòng 15 ngày sau chấn thương. (4) Bệnh nhân được theo dõi trong quá trình điều trị và tái khám đánh giá sau khi ra viện, 3 tháng, 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân đa chấn thương hoặc phối hợp với chấn thương sọ não nặng đến muộn sau 15 ngày sau chấn thương gây khó khăn trong việc điều trị và đánh giá kết quả. (2) Những bệnh nhân gãy phức tạp, vụn, có thiếu hồng xương lớn. (3) Những bệnh nhân mất nhiều răng mà không xác định được khớp cắn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, tiền cứu, có can thiệp lâm sàng, không đối chứng.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên không xác suất.

Phương tiện nghiên cứu:

- Ghế máy nha khoa, bộ dụng cụ khám gồm gương nha khoa, thám trầm, kẹp gấp, thước đo, máy tính, máy ảnh, phiếu nghiên cứu, máy chụp phim CLVT chùm tia hình nón (WILLMED, Hàn Quốc).

- Nẹp vít là loại nẹp và vít nhỏ (miniplates) bằng titanium, không gây sức ép lên đầu xương gãy, có nhiều hình dạng khác nhau.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật kết hợp xương: máy khoan và tay khoan xương loại micromotor có xịt nước, mũi khoan titanium (hình trụ, tròn, đường kính khoảng 1,5 mm), nẹp vít nhỏ titanium (miniplates), kèm uốn cong nẹp, kèm cắt nẹp, tuốc nơ vít.

Phương pháp phẫu thuật:

- Buộc cung Tigeursted hoặc các nút IVY chuẩn bị cho việc cố định hai hàm

- Tiếp cận đường gãy chọn các đường rạch sau: Rạch da bờ dưới mi dưới, rạch da đuôi lông mày, rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên, rạch da trên cung tiếp hoặc tại đỉnh, trước nắp tai- thái dương.

- Bóc tách và làm sạch đường gãy.

- Nắn chỉnh xương gãy kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ.

- Tháo bỏ các phương tiện cố định hai hàm, kiểm tra khớp cắn, đóng vết mổ.

Chỉ tiêu nghiên cứu và cách đánh giá:

- Tuổi thanh thiếu niên (6-18 tuổi), tuổi trưởng thành (19-39 tuổi), tuổi trung niên (40-60 tuổi), tuổi già (> 60 tuổi).

- Giới: Nam và nữ.

- Nguyên nhân gãy xương: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, tai nạn thể thao.

- Triệu chứng lâm sàng: biến dạng mặt; đau chói khi ấn điểm gãy; há miệng hạn chế; có sai khớp cắn; xuất huyết kết mạc; có vết thương phần mềm; tê bì.

- Đặc điểm trên phim CLVT chùm tia hình nón: Đánh giá khả năng phát hiện các đường gãy trên các phim lát cắt ngang, phim lát cắt đứng ngang so với trên phim dựng hình 3D. So sánh các đường gãy có thể đặt nẹp và các đường gãy không đặt nẹp trên phim dựng hình 3D với vị trí kết hợp xương thực tế trên lâm sàng.

- Đánh giá kết quả điều trị: chúng tôi đánh giá kết quả dựa vào tiêu chí đánh giá về giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ theo Trần Văn Trường [5].

Bảng 1: Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị

Yếu tố Kết quả	Giải phẫu	Chức năng	Thẩm mỹ
Tốt	- Xương liền tốt. - Không biến dạng, không di lệch.	- Ăn nhai, nuốt, nói và cảm giác bình thường, - Không tê bì, không song thị, thị lực bình thường, không nghẹt mũi. - Khớp cắn đúng	- Mặt không biến dạng, không lõm mắt, sống mũi thẳng trục. - Sẹo vết mổ đẹp.
Khá	- Xương liền. - Xương biến dạng và di lệch ít.	- Ăn nhai được. - Còn tê bì, giảm thị lực, còn nghẹt mũi - Khớp cắn chạm đều hai hàm nhưng cung răng trên còn lồi nhẹ ra sau hoặc còn cắn hở nhẹ một bên.	- Mặt biến dạng ít, lõm mắt nhẹ. - Vết thương phần mềm có thể phải sửa lại
Kém	- Xương liền kém hoặc không liền - Xương biến dạng.	- Ăn nhai khó. - Còn song thị, mất thị lực, viêm xoang hàm - Khớp cắn sai	- Xương và phần mềm biến dạng. - Cần phẫu thuật lại

Nhận định kết quả điều trị: *Tốt*: khi tất cả 3 tiêu chí trên (giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ) đều tốt. *Khá*: khi có ít nhất 1 tiêu chí là khá và không có tiêu chí nào kém. *Kém*: khi có ít nhất 1 tiêu chí được đánh giá là kém.

Bệnh viện Trung ương Huế

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được mã hóa, nhập phân tích và xử lý bằng các thuật toán thống kê y học, sử dụng chương trình toán thống kê SPSS 20.0.

2.4. Vấn đề ý đức

Tất cả các BN được lựa chọn vào nghiên cứu đều là tự nguyện và đều được giải thích về những yêu cầu và lợi ích khi tham gia nghiên cứu. Đảm bảo giữ bí mật về các thông tin liên quan đến sức khỏe cũng như các thông tin cá nhân khác của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện sau khi hội đồng khoa học và hội đồng y đức trong nghiên cứu y sinh học của bệnh viện Trung ương Huế thông qua.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 2: Sự phân bố tỷ lệ bệnh nhân theo giới

Giới	n	%
Nam	37	80,4
Nữ	9	19,6
Tổng	46	100

Trong 46 BN được nghiên cứu, có 80,4% là nam giới và 19,6 là nữ giới.

Bảng 3: Sự phân bố tỷ lệ bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	n	%
≤ 18 tuổi	7	15,2
>18 - 40 tuổi	32	69,6
>40 - 60 tuổi	7	15,2
Tổng	46	100,0

Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi: ≤ 18 tuổi là 15,2%, >18 - 40 tuổi là 69,6%, >40 - 60 tuổi là 15,2%.

Bảng 4: Phân bố theo nguyên nhân

Nguyên nhân chấn thương	n	%
Tai nạn giao thông	43	93,5
Tai nạn lao động	1	2,2
Tai nạn sinh hoạt	2	4,3
Tổng	46	100,0

Nguyên nhân nhập viện có 93,5% là do tai nạn giao thông; 4,3% tai nạn sinh hoạt; 2,2% là tai nạn lao động.

3.2. Triệu chứng lâm sàng gây phức hợp xương hàm trên, gò má -cung tiếp

Bảng 5: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Biến dạng mặt	46	100,0
Xuất huyết kết mạc	23	50,0
Đau chói	37	80,4
Tê bì	21	45,7
Há miệng hạn chế	33	71,7
Di động bất thường	12	26,1
Sai khớp cắn	29	63,0
Vết thương phần mềm	22	47,8

BN gây phức hợp xương hàm trên, xương gò má-cung tiếp thì 100% biến dạng mặt; 80,4% đau chói; 71,7% há miệng hạn chế; 63% sai khớp cắn; 50% xuất huyết kết mạc; 47,8% có vết thương phần mềm; 45,7% tê bì

3.3. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính chùm tia hình nón

Bảng 6: Đánh giá khả năng phát hiện các đường gãy trên các phim cắt ngang so với trên các phim dựng hình 3D

Phim cắt ngang		Phim dựng hình 3D				Tổng		Se;Sp
		Có		Không				
		n	%	n	%	n	%	
Gãy xương mũi	Có	10	100	0	0,0	10	100	Se=1
	Không	0	0,0	36	100	36	100	Sp=1
Bờ dưới ổ mắt, sàn ổ mắt	Có	40	100	0	0,0	40	100	Se=1
	Không	0	0,0	6	100	6	100	Sp=1
Máu lên XHT	Có	42	100	0	0,0	42	100	Se= 1
	Không	0	0,0	4	100	4	100	Sp=1
Khớp gò má- hàm	Có	35	100	0	0,0	35	100	Se= 0,97
	Không	1	9,1	10	90,9	11	100	Sp=1
Khớp gò má- trán	Có	24	100	0	0,0	24	100	Se=1
	Không	0	0,0	22	100	22	100	Sp=1
Khớp gò má thái dương	Có	17	100	0	0,0	17	100	Se= 0,94
	Không	1	3,4	28	96,6	29	100	Sp=1
Gãy dọc giữa dọc bên XHT	Có	10	100	0	0,0	10	100	Se=0,91
	Không	1	2,8	35	97,2	36	100	Sp=1

Sự phát hiện âm tính thật của các đường gãy trên các lát cắt ngang bằng 1(sp). Khả năng phát hiện dương tính thật (Se): Đường gãy xương mũi; bờ dưới ổ mắt; máu lên XHT; khớp gò má trán bằng 1. Đường gãy khớp gò má-hàm bằng 0,97. Đường gãy khớp gò má-thái dương bằng 0,94. Đường gãy dọc giữa, dọc bên XHT bằng 0,91

Bảng 7: Đánh giá khả năng phát hiện các đường gãy trên các phim cắt đứng ngang so với trên các phim dựng hình 3D

Phim cắt đứng ngang		Phim dựng hình 3D				Tổng		Se; Sp
		Có		Không				
		n	%	n	%	n	%	
Gãy xương mũi	Có	10	100	0	0,0	10	100	Se=1
	Không	0	0,0	36	100	36	100	Sp=1
Bờ dưới ổ mắt, sàn ổ	Có	40	100	0	0,0	40	100	Se=1

Bệnh viện Trung ương Huế

Phim cắt đứng ngang		Phim dựng hình 3D				Tổng		Se; Sp
		Có		Không				
		n	%	n	%	n	%	
mắt	Không	0	0,0	6	100	6	100	Sp=1
Máu lên XHT	Có	39	100	0	0,0	39	100	Se=0,93
	Không	3	42,9	4	57,1	7	100	Sp=1
Khớp gò má- hàm	Có	34	100	0	100	34	100	Se=0,94
	Không	2	16,7	10	83,3	12	100	Sp=1
Khớp gò má- trán	Có	23	100	0	0,0	23	100	Se=0,96
	Không	1	4,3	22	95,7	23	100	Sp= 1
Khớp gò má thái dương	Có	14	100	0	0,0	14	100	Se=0,78
	Không	4	12,5	28	87,5	32	100	Sp=1
Gãy dọc giữa dọc bên XHT	Có	7	100	0	0,0	7	100	Se=0,64
	Không	4	10,3	35	89,7	39	100	Sp=1

Sự phát hiện âm tính thật của các đường gãy trên các lát cắt đứng ngang bằng 1 (Sp). Khả năng phát hiện dương tính thật: Đường gãy xương mũi; bờ dưới hốc mắt bằng 1. Đường gãy khớp gò má- trán bằng 0,96. Đường gãy khớp gò má hàm bằng 0,94. Đường gãy máu lên XHT bằng 0,93. Đường gãy khớp gò má- thái dương bằng 0,78. Đường gãy dọc giữa dọc bên XHT bằng 0,64

Bảng 8: So sánh các đường gãy có thể đặt nẹp và các đường gãy không đặt nẹp trên phim dựng hình 3D với vị trí kết hợp xương trên thực tế lâm sàng.

Vị trí kết hợp xương thực tế trên lâm sàng		Đường gãy trên phim dựng hình 3D				Tổng		p
		Có thể đặt nẹp		Không đặt nẹp				
		n	%	n	%	n	%	
Bờ dưới hốc mắt	Có	34	73,9	0	0,0	34	73,9	p<0,05
	Không	3	6,5	9	19,6	12	26,1	
Tổng		37	80,4	9	19,6	46	100,0	
Máu lên xương hàm trên	Có	24	52,2	0	0,0	24	52,2	p<0,05
	Không	6	13,0	16	34,8	22	47,8	
Tổng		30	65,2	16	34,8	46	100,0	
Đường gãy dọc giữa và dọc bên XHT	Có	5	10,9	0	0,0	5	10,9	p<0,05
	Không	3	6,5	38	82,6	41	89,1	

Vị trí kết hợp xương thực tế trên lâm sàng		Đường gãy trên phim dựng hình 3D				Tổng		p
		Có thể đặt nẹp		Không đặt nẹp				
		n	%	n	%	n	%	
Tổng		8	17,4	38	82,6	46	100,0	
Khớp gò má hàm	Có	5	10,9	0	0,0	5	10,9	p<0,05
	Không	22	47,8	19	41,3	41	89,1	
Tổng		27	58,7	19	41,3	46	100,0	
Khớp gò má thái dương	Có	9	19,6	0	0,0	9	19,6	p<0,05
	Không	2	4,3	35	76,1	37	80,4	
Tổng		11	23,9	35	76,1	46	100,0	

Sự khác biệt giữa các đường gãy có thể đặt nẹp trên phim dựng hình 3D với các vị trí kết hợp xương trên thực tế trên lâm sàng có ý nghĩa thống kê $p<0,05$

3.4. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 9: Đánh giá kết quả chung khi ra viện

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	35	76,1
Khá	11	23,9
Tổng	46	100,0

Đánh giá kết quả chung khi ra viện tốt có 76,1%, khá là 23,9% và không có kém

Bảng 10: Đánh giá kết quả chung sau 3 tháng

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	38	82,6
Khá	8	17,4
Tổng	46	100,0

Kết quả chung sau 3 tháng tốt là 82,6%; khá là 17,4% và không có kết quả kém

Bảng 11: Đánh giá kết quả chung sau 6 tháng

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	41	89,1
Khá	5	10,9
Tổng	46	100,0

Tỷ lệ đánh giá sau 6 tháng tốt chiếm tỷ lệ 89,1% và chỉ có 10,9% khá. Không có kết quả kém

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính chùm tia hình nón

Trong số 46 đối tượng nghiên cứu nam giới chiếm đa số 80,4%, nữ giới chiếm 19,6%, tỷ lệ nam/nữ = 4,1/1. Điều này phù hợp với thực tế ở Việt Nam và một số nước, nam giới thường điều khiển phương tiện giao thông với tốc độ cao đặc biệt với xe máy và nam giới thường hay đi xe sau khi sử dụng rượu bia, hơn nữa ở nam giới cũng hay xảy ra ẩu đả hơn. Trong khi đó, nghiên cứu của Jun Hyeok Kim và cộng sự (2020) trên 40 bệnh nhân cho kết quả nam giới chiếm 67.5%, nữ giới chiếm 32.5% [9]

Nhóm tuổi có tỷ lệ chấn thương cao nhất là > 18-40 tuổi với 69,6%. Theo chúng tôi, nhóm tuổi >18-40 tuổi, cùng với nhóm >40-60 tuổi là các nhóm tuổi đại diện cho tầng lớp thanh niên và trung niên, đây là lực lượng chính tham gia vào mọi hoạt động của xã hội từ lao động, sản xuất cũng như các hoạt động thể dục, thể thao... họ tham gia giao thông thường xuyên hằng ngày với tầng xuất cao nhất nên tất yếu là các nhóm tuổi dễ gặp tai nạn nhất.

Nguyên nhân gây chấn thương trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là tai nạn giao thông với 93,5 %, kết quả này tương đương với kết quả các nghiên cứu của Ngô Thị Thu Hà với 95%, của Adeyemo R.A

Bệnh viện Trung ương Huế

[4,6]. Trong khi đó, nghiên cứu của Jun Hyeok Kim và cộng sự (2020) trên 40 bệnh nhân gãy phức hợp xương hàm trên, xương gò má cung tiếp ở Hàn Quốc chỉ ra nguyên nhân chủ yếu là ngã từ trên cao chiếm 50%. Nguyên nhân do tai nạn giao thông ít phổ biến, chiếm 15% [9]. Điều này được giải thích là do các phương tiện giao thông ở nước ta ngày càng tăng cao, đặc biệt là sự gia tăng đáng kể của xe máy, cộng thêm ý thức về giao thông của người dân còn chưa cao, nên tỷ lệ chấn thương hàm mặt do tai nạn giao thông chiếm hàng đầu.

Qua nghiên cứu của chúng tôi với 46 bệnh nhân gãy phức hợp xương hàm trên, gò má – cung tiếp chúng tôi thấy các dấu hiệu lâm sàng chính như: Biến dạng mặt: 100%, sai khớp cắn 63%, đau chói: 80,4%, há miệng hạn chế: 71,7%, vết thương phần mềm: 47,8%, tê bì: 45,7%. Đây là những dấu hiệu lâm sàng chính của gãy phức hợp XHT, XGM-CT những dấu hiệu này thường được thấy tương đối rõ khi thăm khám lâm sàng.

Hình ảnh dựng hình 3D tạo rất nhiều thuận lợi cho việc chỉ định phẫu thuật và lập kế hoạch điều trị. Từ đó phẫu thuật chỉ thực hiện khi thực sự cần thiết, tránh việc phải mổ thăm dò hoặc phẫu thuật khi không cần thiết. Trên phim lát cắt ngang so với các phim dựng hình 3D tỷ lệ phát hiện các đường gãy trên lát cắt ngang từ 91% đến 100%. Trên phim lát cắt đứng ngang so với các phim dựng hình 3D tỷ lệ phát hiện các đường gãy trên phim từ 64% đến 100%. Trong nghiên cứu của Đặng Văn Trí (2020), đường gãy bờ dưới ổ mắt chiếm tỉ lệ cao, sàn ổ mắt bên phải là 66,7% và bên trái là 62,2%. Vị trí dọc giữa bên xương hàm trên chiếm tỉ lệ thấp nhất bên phải 4,4%, và bên trái 2,2% [10]. Các xương trong cấu trúc tầng mặt giữa rất mỏng, đồng thời nằm trên nhiều bình diện khác nhau với những mức độ cản quang không đồng nhất. Hình ảnh chẩn đoán trên các phim qui ước vùng tầng mặt giữa do vậy thường không rõ ràng, đặc biệt khi có sự biến dạng và hiện tượng sưng nề, tụ máu do chấn thương. Các chiều thể chụp CLVT có thể theo lát cắt ngang, lát cắt đứng ngang và dựng hình theo không gian ba chiều cho phép đánh giá tốt nhất hình thái và mức độ di lệch của xương gãy cũng như đánh giá sau phẫu thuật. Chúng tôi nhận thấy rằng những tiến bộ về hình ảnh phim CLVT chùm tia hình nón có độ phân giải cao, đa cắt lớp đã giúp cải thiện hơn nữa sự phóng đại và tái tạo 3 chiều. Khả năng mô tả chính

xác giải phẫu của xương và mô mềm theo các mặt phẳng ngang, đứng ngang đã tiếp cận rất rõ các kiểu vỡ. Phim CLVT chùm tia hình nón phát hiện được các tổn thương xương, phần mềm trong các vùng sâu của hàm mặt, nó cung cấp tổn thương trên nhiều bình diện giải phẫu giúp chẩn đoán chính xác đường gãy, cung cấp chi tiết về chiều dài đường gãy, sự di lệch của đường gãy, các mảnh xương vỡ vụn, các đường gãy trên phim rõ nét. Phim có độ nét cao, cắt nhiều lớp ở các bình diện khác nhau do vậy đã khắc phục được điểm chồng hình của phim thường qui. Tuy nhiên, lát cắt ngang và lát cắt đứng ngang dù tìm được các đường gãy sâu, nhưng ở mỗi lát cắt chỉ biểu thị được một khu vực tổn thương. Trong khi đó phim dựng hình 3D cho thấy hình ảnh không gian ba chiều của khối xương gãy, độ di lệch của khối xương gãy, qua đó giúp cho phẫu thuật viên có thể phát thảo và dự kiến phương pháp nắn chỉnh các đường gãy của xương về đúng vị trí giải phẫu chính xác hơn.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Đánh giá về mặt thẩm mỹ trong 46 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, khi ra viện có 39 bệnh nhân đạt kết quả tốt về thẩm mỹ, có 7 bệnh nhân có kết quả khá, không có trường hợp nào cho kết quả kém. Chúng tôi nhận thấy, trong số bệnh nhân không có kết quả tốt về thẩm mỹ khi ra viện hầu hết là những bệnh nhân bị các vết thương phần mềm sâu, nham nhở ở vùng mặt do chấn thương gây nên, đặc biệt hay gặp nhất là những vết thương mất tổ chức phần mềm vùng gò má và bờ ngoài ổ mắt thường thấy ở các bệnh nhân chà mặt xuống nền đường trong các tai nạn xe máy.

Đánh giá kết quả chung khi ra viện là tốt có tỷ lệ 76,1%, khá có tỷ lệ 23,9%, không có trường hợp nào đánh giá là kém., sau 3 tháng tốt là 82,6%, khá là 17,4% , 6 tháng tốt là 89,1%, khá là 10,9%. Kết quả của chúng tôi tương tự Nguyễn Hà Nam và Đặng Văn Trí [7,10]. Chúng tôi cũng ghi nhận không có trường hợp nào có kết quả khá là do nguyên nhân sử dụng kỹ thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ. Vì thế chúng tôi thống nhất với kết luận của Roden, Kawanmoto, Đồi Xuân An, Nguyễn Hà Nam, Đặng Văn Trí: các biến dạng do gãy xương mặt có thể được phục hồi tốt nhờ phương pháp KHX bằng nẹp vít [2,3,7,10-12].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 46 trường hợp gãy phức hợp xương hàm trên, gò má – cung tiếp được phẫu thuật bằng nẹp vít nhỏ tại Trung tâm Răng Hàm Mặt Bệnh

viện Trung ương Huế từ tháng 03/2020 đến tháng 03/2021 chúng tôi rút ra kết luận như sau: Nhóm tuổi thường gặp là nhóm từ > 18-40 tuổi chiếm 69,6%. Giới: nam 80,4%, nữ 19,6%. Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông: 93,5%. Triệu chứng lâm sàng: 100% biến dạng mặt; 80,4% đau chói khi ấn điểm gãy; 71,7% há miệng hạn chế; 63% có sai khớp cắn; 50% xuất huyết kết mạc; 47,8% có vết thương phần mềm; 45,7 % tê bì. Độ đặc hiệu của phim cắt ngang, cắt đứng ngang đều bằng 1 so với phim 3D. Tỷ lệ phát hiện đường gãy (độ nhạy) của hình ảnh lát cắt ngang, lát cắt đứng ngang đều thấp hơn trên phim 3D với tỷ lệ dao động 0,64 đến 1. Kết quả điều trị: sau 6 tháng tốt có 89,1%, khá có 10,9% và không có kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng. Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 11 năm (1988-1998). Tạp chí Y học Việt Nam. 1999. 10: 71 - 80.
2. Lâm Hoài Phương. Phân loại chấn thương hàm mặt, Chấn thương hàm mặt. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2007:71 - 80.
3. Đới Xuân An. Nghiên cứu các hình thái lâm sàng của chấn thương tăng khối xương mặt và đánh giá kết quả xử trí với phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít, Răng Hàm Mặt. Trường Đại học Y Hà Nội. 2007.
4. Ngô Thị Thu Hà. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả điều trị gãy xương hàm trên Le Fort II, Le Fort III tại bệnh viện Việt Nam – Cu Ba Hà Nội (2004-2005), Răng Hàm Mặt. Trường Đại học Y Hà Nội. 2005.
5. Knight JS , North JF. The classification of malar fractures: an analysis of displacement as a guide to treatment. Br J Plast Surg. 1961. 13: 325-39.
6. Adeyemo WL, Taiwo OA, Ladeinde AL, Ogunlewe MO, Adeyemi MO, Adepoju AA. Mid-facial fractures: a 5-year retrospective review in a Nigerian teaching hospital. Niger J Med. 2012. 21: 31-5.
7. Nguyễn Hà Nam. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả điều trị gãy tăng giữa mặt trung và cao có cố định bằng nẹp vít titan, in Răng Hàm Mặt. Trường Đại học Y Hà Nội. 2009.
8. Oliveira-Campos GH, Lauriti L, Yamamoto MK, Júnior RC, Luz JG. Trends in Le Fort Fractures at a South American Trauma Care Center: Characteristics and Management. J Maxillofac Oral Surg. 2016. 15: 32-7.
9. Kim JH, Kim YS, Oh DY, Jun YJ, Rhie JW, Moon S-H. Efficacy of Altered Two-Point Fixation in Zygomaticomaxillary Complex Fracture. BioMed Research International. 2020. 2020: 8537345.
10. Đặng Văn Trí. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, x quang và kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương hàm trên, Răng Hàm Mặt. Đại học Y dược Huế. 2020.
11. Lakin GE , Kawamoto HK, Jr. Le Fort II osteotomy. J Craniofac Surg. 2012. 23: 1964-7.
12. Roden KS, Tong W, Surrusco M, Shockley WW, Van Aalst JA, Hultman CS. Changing characteristics of facial fractures treated at a regional, level 1 trauma center, from 2005 to 2010: an assessment of patient demographics, referral patterns, etiology of injury, anatomic location, and clinical outcomes. Ann Plast Surg. 2012. 68: 461-6.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC CHỦNG VI KHUẨN GÂY BỆNH VIÊM TAI THƯỜNG GẶP Ở BỆNH NHI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN – NHI ĐÀ NẴNG

Nguyễn Thị Đoan Trinh¹, Hoàng Thị Minh Hòa^{1✉}, Bùi Thị Thanh¹, Nguyễn Huy Hoàng¹

¹ Bộ môn Vi sinh – Khoa Xét nghiệm Y học, Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh viêm tai thường do các tác nhân gây bệnh như virus, vi khuẩn hay nấm. Một số tác nhân vi khuẩn có sự đề kháng cao với kháng sinh như *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*.... Việc sử dụng kháng sinh không đúng cách đã làm gia tăng tỷ lệ các loài vi khuẩn đa kháng và làm cho kháng sinh ngày càng trở nên kém hiệu quả. Mục tiêu đề tài của chúng tôi là xác định các loại vi khuẩn thường gây viêm tai ở bệnh nhi và tình hình kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn phân lập được tại bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 93 mẫu dịch mũ tai của bệnh nhi tại Bệnh viện Phụ sản- Nhi Đà Nẵng từ 10/2019 đến 4/2020. Các chủng vi khuẩn gây nhiễm trùng tai được xác định và phát hiện kháng kháng sinh bằng Vitek 2 compact và Kirby - Bauer.

Kết quả: Trong 93 mẫu xét nghiệm, phát hiện 11 loài vi khuẩn gây viêm tai, trong đó 4 loại phổ biến nhất là: *Staphylococcus aureus* (37,6%), *Pseudomonas aeruginosa* (18,2%), *Haemophilus influenzae* (17,2%) và *Streptococcus pneumoniae* (13,9%). *S. aureus* đề kháng methicillin với tỷ lệ 88,6%, kháng với penicillin 100%, kháng azithromycin, clindamycin, erythromycin và oxacillin với tỷ lệ cao (80,0 - 91,4%). *P. aeruginosa* hoàn toàn nhạy cảm với gentamycin, tobramycin, ciprofloxacin, colistin; tương đối kháng cefepime với tỷ lệ 11,8%. *H. influenzae* kháng hầu hết các kháng sinh (> 50%) trong nhóm B, đề kháng với các kháng sinh nhóm C và O, nhạy cảm hoàn toàn với levofloxacin. *Streptococcus pneumoniae* kháng hoàn toàn với erythromycin, kháng cao với trimethoprim/sulfamethoxazole ở nhóm kháng sinh A với tỷ lệ 84,6%, kháng hoàn toàn với clindamycin, nhạy cảm hoàn toàn với kháng sinh nhóm B, C và O.

Kết luận: Vi khuẩn gây viêm tai chủ yếu là *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae* và *Streptococcus pneumoniae*. Các vi khuẩn thường gây nhiễm trùng tai kháng lại hầu hết các loại kháng sinh thông thường.

Từ khóa: Viêm tai, *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*.

ABSTRACT

SURVEY THE ANTIBIOTIC RESISTANCE OF COMMON STRAINS OF BACTERIA CAUSING EAR INFECTIONS IN PEDIATRIC PATIENTS AT DA NANG HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

Nguyen Thi Doan Trinh¹, Hoang Thi Minh Hoa^{1✉}, Bui Thi Thanh¹, Nguyen Huy Hoang¹

Background: Ear infections are usually caused by viral, bacterial or fungal pathogens. Some species of bacteria are highly resistant to antibiotics such as *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, methicillin-resistant *Staphylococci*... The misuse of antibiotics has led to the development of antibiotic-

Ngày nhận bài:

05/01/2022

Chấp thuận đăng:

17/02/2022

Tác giả liên hệ:

Hoàng Thị Minh Hòa

Email:

htmhoa@dhktyduocdn.edu.vn

SĐT: 0935291151

resistant bacteria and antibiotics have become less effective. Our study aimed to detect common bacteria causing ear infections in pediatric patients and drug resistance of these bacteria at Da Nang Hospital for Women and Children.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 93 purulent fluid samples from pediatric patients at Da Nang Hospital for Women and Children from October 2019 to April 2020. Bacteria strains causing ear infections were identified and detected antibiotic resistance by Vitek 2 compact and Kirby - Bauer method.

Results: Among the 93 samples, 11 bacteria species causing ear infections were found, with the 4 most common types being: *Staphylococcus aureus* (37.6%), *Pseudomonas aeruginosa* (18.2%), *Haemophilus influenzae* (17.2%) and *Streptococcus pneumoniae* (13.9%). *S. aureus* showed resistance to methicillin with the rate of 88.6%, 100% resistance to penicillin, high resistance to azithromycin, clindamycin, erythromycin and oxacillin (80.0 – 91.4%). *P. aeruginosa* was completely sensitive to gentamycin, tobramycin, ciprofloxacin, colistin; relatively resistant to cefepime with the rate of 11.8%. *H. influenzae* resisted most antibiotics (>50%) in the group B, C and O, was completely sensitive to levofloxacin. *Streptococcus pneumoniae* was completely resistant to erythromycin, highly resistant to trimethoprim/sulfamethoxazole in antibiotic group A with the rate of 84.6%, completely resistant to clindamycin, completely sensitive to antibiotics in group B, C and O.

Conclusions: Bacteria that cause ear infections were mainly *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae* and *Streptococcus pneumoniae*. Ear infectious bacteria often resisted most common antibiotics.

Key words: Ear infection, *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai là bệnh thường gặp ở trẻ em, đặc biệt là bệnh viêm tai giữa. Viêm tai giữa ở trẻ em thường là viêm cấp do nhiễm trùng hoặc ứ đọng dịch trong hòm tai [1]. Các biến chứng của viêm tai giữa cấp tính bao gồm thủng trống tai, nhiễm trùng không gian chũm sau tai (viêm xương chũm) và hiếm gặp hơn các biến chứng nội sọ như viêm màng não do vi khuẩn, áp xe não hoặc huyết khối xoang tai mũi họng. Theo thống kê trên toàn thế giới, viêm tai giữa cấp ảnh hưởng đến 11% số người một năm (khoảng 325 đến 710 triệu ca) [2]. Ước tính mỗi năm có 21.000 người chết do biến chứng viêm tai giữa [3]. Viêm tai giữa đã gây ra 1.500 ca tử vong vào năm 2017 [4]. Ngoài ra, WHO ước tính có từ 65 đến 330 triệu người bị viêm tai giữa mãn tính và 60% trong số họ bị khiếm thính [5].

Bệnh viêm tai thường do các tác nhân gây bệnh như virus, vi khuẩn hay nấm. Vi khuẩn gây bệnh hay gặp là *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis*. Ngoài ra, có thể gặp *Staphylococcus aureus*, *Streptococci* khác... Một số loài vi khuẩn có khả năng đề kháng cao với các loại thuốc kháng sinh

như: *Pseudomonas aeruginosa* đa kháng thuốc kháng sinh, Tụ cầu vàng kháng methicillin hoặc tụ cầu vàng giảm nhạy cảm hoặc kháng vancomycin... Sự đề kháng ở *K. pneumoniae* đối với các cephalosporin thế hệ thứ ba thường là do thu nhận các plasmid có chứa các gen mã hóa cho các β -lactamase phổ mở rộng (ESBL), và các plasmid này cũng thường mang các gen kháng thuốc khác. Theo báo cáo của Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh ở Hoa Kỳ, hơn 2,8 triệu ca nhiễm vi khuẩn kháng kháng sinh xảy ra mỗi năm và kết quả là hơn 35.000 người chết [6].

Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng hằng ngày tiếp nhận rất nhiều bệnh nhi đến khám và điều trị viêm tai. Với mong muốn tìm hiểu về tình hình kháng thuốc của các chủng vi khuẩn gây bệnh, tìm ra kháng sinh phù hợp giúp bác sĩ lâm sàng điều trị hiệu quả và hạn chế sự lây lan của các vi khuẩn kháng thuốc, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu sau: (1) Xác định tỷ lệ các chủng vi khuẩn gây bệnh viêm tai ở bệnh nhi tại bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng. (2) Xác định tỷ lệ kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh viêm tai thường gặp ở bệnh nhi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các chủng vi khuẩn được phân lập từ dịch mũi tai của những bệnh nhi bị bệnh viêm tai cấp tại bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng.

Tiêu chuẩn chọn lựa: mẫu dịch mũi tai nuôi cấy dương tính do tác nhân vi khuẩn, có kết quả kháng sinh đồ hợp lệ được áp dụng để điều trị lâm sàng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: gồm 93 mẫu dịch mũi tai lấy từ bệnh nhi viêm tai tại bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng từ tháng 10/2019 đến tháng 04/2020.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ.

Kỹ thuật nghiên cứu: Nuôi cấy, phân lập và định danh vi khuẩn gây bệnh: Thực hiện cấy đồng thời các bệnh phẩm trên 3 môi trường: Mac Conkey, Blood agar, Chocolate agar. Khảo sát tính chất sinh vật hóa học để định danh vi khuẩn. Định danh vi khuẩn bằng máy VITEK 2 Compact dựa vào phương pháp đo màu để nhận biết các tính chất sinh vật hóa học của vi khuẩn thông qua sự đổi màu các giếng môi trường có sẵn trong thẻ định danh. Thử nghiệm cefoxitin của máy kháng sinh đồ tự động xác định *S. aureus* kháng methicillin (MRSA).

Kháng sinh đồ: Xác định độ nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh bằng phương pháp Kirby – Bauer hoặc bằng máy VITEK 2 Compact. Các kháng sinh thử nghiệm được lựa chọn theo tiêu chuẩn của Viện tiêu chuẩn phòng thí nghiệm và lâm sàng (CLSI) vào năm 2018 [7]. Các kháng sinh cần lựa chọn cho thử nghiệm kháng sinh đồ tùy thuộc loài vi khuẩn gây bệnh và được xếp thành các nhóm A, B, C, U, O và Inv.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Excel.

2.4. Vấn đề y đức

Các số liệu và thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không vì mục đích nào khác

III. KẾT QUẢ

3.1. Tỷ lệ các chủng vi khuẩn gây viêm tai ở bệnh nhi

Bảng 1: Tỷ lệ các chủng vi khuẩn gây viêm tai cấp ở bệnh nhi

STT	Vi khuẩn	n	%
1	<i>Staphylococcus aureus</i>	35	37,6
2	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	13	13,9
3	<i>Streptococcus pyogenes</i>	2	2,2
4	<i>Moracella catrrahalis</i>	1	1,1
5	<i>Escherichia coli</i>	2	2,2
6	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	17	18,2
7	<i>Klebsiella pneumonia</i>	2	2,2
8	<i>Serratia marcescens</i>	3	3,2
9	<i>Haemophilus influenzae</i>	16	17,2
10	<i>Providencia stuartii</i>	1	1,1
11	<i>Achromobacter xylosoxidans</i>	1	1,1
Tổng		93	100,0

Trong 93 chủng vi khuẩn được phân lập từ bệnh nhi bị viêm tai cho thấy vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất là *S. aureus* (37,6%) trong đó 88,6% là MRSA, tiếp theo là *P. aeruginosa* (18,2%), *H. influenzae* (17,2%), *S. pneumoniae* (13,9%). Ngoài ra, có gặp một số chủng vi khuẩn khác như: *K. pneumoniae* (2,2%), *S. pyogenes* (2,2%), *M. catarrhalis* (1,1%), *E. coli* (2,2%). Bên cạnh đó, xuất hiện một số vi khuẩn hiếm gặp như *A. xylosoxidans* (1,1%), *P. stuartii* (1,1%), *S. marcescens* (3,2%).

Bảng 2: Phân bố các chủng vi khuẩn gây bệnh viêm tai theo các nhóm tuổi ở bệnh nhi

STT	Vi khuẩn	< 5 tuổi		5-10 tuổi		11-15 tuổi		Tổng	
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
1	<i>Staphylococcus aureus</i>	30	32,3	4	4,2	1	1,1	35	37,6
2	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	13	13,9	0	0,0	0	0,0	13	13,9
3	<i>Streptococcus pyogenes</i>	1	1,1	0	0,0	1	1,1	2	2,2

STT	Vi khuẩn	< 5 tuổi		5-10 tuổi		11-15 tuổi		Tổng	
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
4	<i>Moracella catrrahalis</i>	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	1,1
5	<i>Escherichia coli</i>	2	2,2	0	0,0	0	0,0	2	2,2
6	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	16	17,1	1	1,1	0	0,0	17	18,2
7	<i>Klebsiella pneumonia</i>	2	2,2	0	0,0	0	0,0	2	2,2
8	<i>Serratia marcescens</i>	2	2,1	1	1,1	0	0,0	3	3,2
9	<i>Haemophilus influenzae</i>	15	16,1	1	1,1	0	0,0	16	17,2
10	<i>Providencia stuartii</i>	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,1
11	<i>Achromobacter xylosoxidans</i>	0	0,0	1	1,1	0	0,0	1	1,1
Tổng		82	88,2	8	8,6	3	3,2	93	100,0

Tỷ lệ viêm tai ở nhóm tuổi <5 chiếm tỷ lệ cao nhất 88,2% với 82 chủng vi khuẩn được phân lập. Trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là *S.aureus* (32,3%), *P. aeruginosa* (17,1%), *H. influenzae* (16,1%), *S. pneumoniae* (13,9%). Nhóm tuổi 5 – 10 chiếm 8,6% với các vi khuẩn gây bệnh là *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *H. influenzae*, *A. xylosoxidans*, *S. marcescens*. Nhóm tuổi 11 – 15 chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,2% với 3 chủng vi khuẩn phân lập được *S. aureus*, *S. pyogenes* và *P.stuartii*.

Bảng 3: Phân bố các chủng vi khuẩn gây bệnh viêm tai theo giới tính ở bệnh nhi

STT	Vi khuẩn	Nam		Nữ		Tổng	
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
1	<i>Staphylococcus aureus</i>	17	18,2	18	19,4	35	37,6
2	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	4	4,3	9	9,6	13	13,9
3	<i>Streptococcus pyogenes</i>	1	1,1	1	1,1	2	2,2
4	<i>Moracella catrrahalis</i>	1	1,1	0	0,0	1	1,1
5	<i>Escherichia coli</i>	0	0,0	2	2,2	2	2,2
6	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	7	7,5	10	10,7	17	18,2
7	<i>Klebsiella pneumonia</i>	2	2,2	0	0,0	2	2,2
8	<i>Serratia marcescens</i>	0	0,0	3	3,2	3	3,2
9	<i>Haemophilus influenzae</i>	8	8,6	8	8,6	16	17,2
10	<i>Providencia stuartii</i>	1	1,1	0	0,0	1	1,1
11	<i>Achromobacter xylosoxidans</i>	1	1,1	0	0,0	1	1,1
Tổng		42	45,2	51	54,8	93	100,0

Bệnh viện Trung ương Huế

Tỷ lệ viêm tai ở trẻ nữ chiếm tỷ lệ 54,8% với 51 chủng vi khuẩn được phân lập. Trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là *S. aureus* (19,4%), *P. aeruginosa* (10,7%), *S. pneumoniae* (9,6%), *H. influenzae* (8,6%) và một số vi khuẩn có tỷ lệ thấp: *S. marcescens* (3,2%), *E. coli* (2,2%), *S. pyogenes* (1,1%). Viêm tai ở trẻ nam chiếm 45,2% với các vi khuẩn gây bệnh là *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *H. influenzae*, *S. pneumoniae* và một số vi khuẩn ít gặp như *A. xylosoxidans*, *S. pyogenes*, *P. stuartii*, *K. pneumoniae* và *M. catarrhalis*.

3.2. Tỷ lệ kháng thuốc của các chủng vi khuẩn gây viêm tai thường gặp

Bảng 4: Kết quả kháng sinh đồ của *Staphylococcus aureus* (N = 35)

STT	Kháng sinh	Nhóm	Nhạy cảm		Trung gian		Đề kháng	
			n	%	n	%	n	%
1	Azithromycin	A	6	17,1	0	0	29	82,9
2	Penicillin	A	0	0	0	0	35	100
3	Clindamycin	A	6	17,1	0	0	29	82,9
4	Erythromycin	A	7	20,0	0	0	28	80,0
5	Oxacillin	A	3	8,6	0	0	32	91,4
6	Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	A	25	71,4	0	0	10	28,6
7	Amikacin	B	33	94,3	0	0	2	5,7
8	Linezolid	B	35	100	0	0	0	0
9	Rifampicin	B	34	97,1	0	0	1	2,9
10	Tetracycline	B	24	68,6	0	0	11	31,4
11	Vancomycin	B	30	85,7	0	0	5	14,3
12	Ciprofloxacin	C	29	82,8	1	2,9	5	14,3
13	Chloramphenicol	C	28	80,0	0	0	7	20,0
14	Gentamicin	C	24	68,6	2	5,7	9	25,7
15	Levofloxacin	C	30	85,7	0	0	5	14,3
16	Moxilfoxacin	C	31	88,5	1	2,9	3	8,6
17	Fusidic Acid	O	35	100	0	0	0	0
18	Tigecline	O	35	100	0	0	0	0
19	Teicoplanin	Inv	33	94,3	0	0	2	5,7

Trong kháng sinh nhóm A, *S. aureus* đề kháng hoàn toàn với penicillin, đề kháng khá cao với các kháng sinh azithromycin, clindamycin, erythromycin, oxacillin từ 80,0 – 91,4%. Ở nhóm B, vi khuẩn đề kháng với tetracycline (31,4%), vancomycin (14,3%), nhạy cảm hoàn toàn với linezolid, nhạy cảm cao với amikacin, rifampicin. Vi khuẩn đề kháng tương đối với các kháng sinh nhóm C như ciprofloxacin, chloramphenicol, gentamicin, levofloxacin, moxifloxacin. Vi khuẩn nhạy cảm hoàn toàn với các kháng sinh nhóm O: fusidic acid, tigecline.

Bảng 5: Kết quả kháng sinh đồ của *Pseudomonas aeruginosa* (N = 17)

STT	Kháng sinh	Nhóm	Nhạy cảm		Trung gian		Đề kháng	
			n	%	n	%	n	%
1	Ceftazidime	A	16	94,1	1	5,9	0	0
2	Gentamicin	A	17	100	0	0	0	0
3	Piperacillin/Tazobactam	A	14	82,4	3	17,6	0	0
4	Tobramycin	A	17	100	0	0	0	0
5	Amikacin	B	17	100	0	0	0	0
6	Ciprofloxacin	B	17	100	0	0	0	0
7	Cefepime	B	15	88,2	0	0	2	11,8
8	Imipeneme	B	17	100	0	0	0	0
9	Levofloxacin	B	14	82,4	3	17,6	0	0
10	Colistin	O	17	100	0	0	0	0
11	Ticarcillin/Clavulanic Acid	O	11	64,7	6	35,3	0	0

Pseudomonas aeruginosa nhạy cảm với tất cả các kháng sinh, nhạy cảm hoàn toàn với gentamicin, tobramycin, ciprofloxacin, colistin, đề kháng tương đối với cefepime thuộc nhóm B với tỷ lệ 11,8%.

Bảng 6: Kết quả kháng sinh đồ của *Streptococcus pneumoniae* (N = 13)

STT	Kháng sinh	Nhóm	Nhạy cảm		Trung gian		Đề kháng	
			n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
1	Penicillin	A	6	46,2	4	30,7	3	23,1
2	Erythromycin	A	0	0	0	0	13	100
3	Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	A	1	7,7	1	7,7	11	84,6
4	Clindamycin	B	0	0	0	0	13	100
5	Cefotaxime	B	9	69,2	3	23,1	1	7,7
6	Ceftriaxone	B	8	61,5	3	23,1	2	15,4
7	Levofloxacin	B	13	100	0	0	0	0
8	Moxifloxacin	B	13	100	0	0	0	0
9	Tetracycline	B	5	38,5	0	0	8	61,5
10	Vancomycin	B	13	100	0	0	0	0

Bệnh viện Trung ương Huế

STT	Kháng sinh	Nhóm	Nhạy cảm		Trung gian		Đề kháng	
			n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
11	Linezolid	C	13	100	0	0	0	0
12	Rifampicin	C	13	100	0	0	0	0
13	Chloramphenicol	C	12	92,3	0	0	1	7,7
14	Tigecline	O	13	100	0	0	0	0

Streptococcus pneumoniae đề kháng hoàn toàn với erythromycin, clindamycin, đề kháng cao với trimethoprim/sulfamethoxazole với tỷ lệ 84,6% trong nhóm kháng sinh A. Nhạy cảm hoàn toàn với các kháng sinh ở nhóm B (levofloxacin, moxifloxacin, vancomycin), nhóm C (linezolid, rifampicin) và nhóm O (tigecline).

Bảng 7: Kết quả kháng sinh đồ của *Haemophilus influenzae* (N = 16)

STT	Kháng sinh	Nhóm	Nhạy cảm		Trung gian		Đề kháng	
			n	%	n	%	n	%
1	Ampicillin	A	0	0	2	12,5	14	87,5
2	Ampicilline/ Sulbactam	B	5	31,3	0	0	11	68,7
3	Ciprofloxacin	B	15	93,7	1	6,3	0	0
4	Cefotaxime	B	2	12,5	0	0	14	87,5
5	Ceftriaxone	B	2	12,5	0	0	14	87,5
6	Ceftazidime	B	1	6,3	0	0	15	93,7
7	Levofloxacin	B	16	100	0	0	0	0
8	Meropenem	B	7	43,8	0	0	9	56,2
9	Amoxicillin/ Clavulanic Acid	C	5	31,3	0	0	11	68,7
10	Azithromycin	C	9	56,2	0	0	7	43,8
11	Chloramphenicol	C	6	37,5	2	12,5	8	50
12	Cefuroxime	C	1	6,3	0	0	15	93,7
13	Imipeneme	C	10	62,5	0	0	6	37,5
14	Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	C	1	6,3	2	12,5	13	81,2
15	Cefepime	O	2	12,5	0	0	14	87,5
16	Piperacillin/ Tazobactam	O	9	56,2	0	0	7	43,8

Vi khuẩn đề kháng với hầu hết các loại kháng sinh. Đề kháng cao với ampicillin (87,5%) ở nhóm A. Trong nhóm kháng sinh B, vi khuẩn nhạy cảm hoàn

toàn với levofloxacin, đề kháng cao với ampicilline/sulbactam, cefotaxime, ceftriaxone,

ceftazidime, meropenem (>50%). Đề kháng hết với các loại kháng sinh thuộc nhóm C, O.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ các chủng vi khuẩn gây viêm tai ở bệnh nhi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất là *S. aureus* (37,6%), trong đó 88,6% là MRSA, tiếp theo là *P. aeruginosa* (18,2%), *H. influenzae* (17,2%), *S. pneumoniae* (13,9%). Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Kasahun G. (2018) và Wasihun A.G, Zemene Y. (2015), trong các chủng vi khuẩn được phân lập, vi khuẩn chiếm ưu thế là *S. aureus*, tiếp theo là *Proteus spp*, *P. aeruginosa* và *H. influenzae* [8], [9]. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Vũ Thị Thu Thủy (2017) trên tổng số 70 chủng vi khuẩn phân lập gây bệnh viêm tai với tỷ lệ *S. aureus* (20%), *S. pneumoniae* (18,6%), *H. influenzae* (44,2%), *P. aeruginosa* (14,3%), *K. pneumoniae* (2,9%) [10]. Tuy có sự khác biệt về tỷ lệ các loài vi khuẩn gây bệnh nhưng nhìn chung *S. aureus* vẫn là vi khuẩn gây bệnh viêm tai chiếm tỷ lệ cao và đáng được quan tâm.

Tỷ lệ viêm tai ở nhóm tuổi < 5 chiếm tỷ lệ cao nhất 88,2%, tiếp theo là nhóm 5-10 và nhóm 11-15 tuổi. Tỷ lệ nhóm trẻ < 5 tuổi bị viêm tai trong nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của tác giả Kasahun G. (41,6%) [8]. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Thủy (2017), tỷ lệ nhóm tuổi <5 chiếm tỷ lệ 82,9%, nhóm tuổi 5 – 10 chiếm tỷ lệ 10% và 7,1% nhóm tuổi 11 – 15 [10]. Viêm tai giữa gặp ở mọi bệnh nhi nhưng chủ yếu gặp ở nhóm dưới 5 tuổi nhiều hơn có thể do một số nguyên nhân như cân nặng khi sinh <2500g, tình trạng bú sữa mẹ của trẻ, tiền sử đi nhà trẻ trước 36 tháng tuổi, tiền sử viêm tai giữa, tiền sử viêm hô hấp trên (≥5 lần/năm), trong nhà có người hút thuốc lá.

Tỷ lệ viêm tai ở trẻ nữ chiếm tỷ lệ 54,8% cao hơn ở nam không đáng kể. Nghiên cứu của tác giả Kasahun G. có tỷ lệ giới tính nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (51,4%) [8]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về sự phân bố các vi khuẩn gây bệnh viêm tai theo giới tính ở bệnh nhi.

4.2. Tỷ lệ kháng thuốc của các chủng vi khuẩn gây viêm tai

Staphylococcus aureus kháng methicillin với tỷ lệ 88,6%, 100% kháng penicillin, đề kháng khá cao với

các kháng sinh azithromycin, clindamycin, erythromycin, oxacillin từ 80,0 – 91,4%. MRSA thường khó điều trị hơn các chủng nhạy cảm và kháng sinh được sử dụng để điều trị những trường hợp này là vancomycin thuộc nhóm B hoặc teicoplanin. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ *S. aureus* kháng vancomycin là 14,3%, đây là vấn đề cần được các bác sĩ quan tâm. Trong kết quả của chúng tôi, tỷ lệ *S. aureus* đề kháng với trimethoprim/sulfamethoxazole, tetracycline, ciprofloxacin và gentamycin thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Wasihun A.G, Zemene Y. (2015) ở Northern Ethiopia [9]. Ngoài ra, vi khuẩn hoàn toàn nhạy cảm với linezolid, axit fusidic, tigecline, cao nhạy cảm với amikacin, rifampicin.

Pseudomonas aeruginosa nhạy cảm hoàn toàn với gentamicin, tobramycin, ciprofloxacin, colistin, nhạy cảm cao với ceftazidime, piperacillin/ tazobactam, levofloxacin, ticarcillin/clavulanic acid, chỉ đề kháng tương đối với cefepime thuộc nhóm B với tỷ lệ 11,8%. Theo nghiên cứu của Kassahun G., *P. aeruginosa* kháng hoàn toàn với ceftriaxone, kháng ceftazidime và cefepime cao nhưng nhạy cảm cao với gentamycin 85,7% [8]. Theo nghiên cứu của Đoàn Thị Mỹ Huệ (2019) tại bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng, tỷ lệ đề kháng với ceftazidime và piperacillin/tazobactam là 16,67% [11]. Kết quả cũng có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuyên (2020) tại bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên: vi khuẩn kháng cao với 14-100% các kháng sinh, chỉ còn nhạy cảm hoàn toàn với colistin [12].

S. pneumoniae đề kháng hoàn toàn với erythromycin và clindamycin, 23,1% kháng với penicillin, đề kháng cao với trimethoprim/sulfamethoxazole (84,6%), tetracycline (61,5%). Nghiên cứu của Wasihun A.G (2015), tỷ lệ vi khuẩn kháng với kháng sinh nhóm B cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (ceftriaxone 60%, tetracycline 100%), kháng với penicillin cao (93%) nhưng tỷ lệ kháng erythromycin lại thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 47% [9]. Nghiên cứu của tác giả Yawei Zhang (2016) ở Trung Quốc có kết quả đề kháng với penicillin dao động từ 27,9% đến 72,2% ở các thành phố khác nhau [13]. Nghiên cứu tại bệnh viện Tai mũi họng Trung ương của tác giả Vũ Thị Thu Thủy (2017), tỷ lệ đề kháng kháng sinh clindamycin (61,5%) thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi và có sự xuất hiện đề kháng vancomycin (15,4%) [10].

Bệnh viện Trung ương Huế

Vi khuẩn *Haemophilus influenzae* đề kháng với hầu hết các loại kháng sinh, đề kháng cao với ampicillin (87,5%) ở nhóm A; đề kháng cao với ampicilline/sulbactam, cefotaxime, ceftriaxone, ceftazidime, meropenem (>50%) và các loại kháng sinh thuộc nhóm C, O. Vi khuẩn còn nhạy cảm hoàn toàn với levofloxacin ở nhóm B. Tỷ lệ vi khuẩn kháng kháng sinh ở nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của giả Wasihun A.G, Zemene Y. (2015) [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự gia tăng đề kháng kháng sinh của các chủng *Haemophilus influenzae* rất đáng lo ngại. Vì vậy việc sử dụng kháng sinh khi điều trị phải rất cân nhắc, cũng như cần gia tăng quản lý và cách ly người bệnh tốt để tránh tình trạng lây lan vi khuẩn kháng thuốc trong bệnh viện.

Đề tài này có một số hạn chế. Nghiên cứu chỉ mới tập trung phân tích kết quả cận lâm sàng chứ chưa thu thập được thông tin lâm sàng của các bệnh nhi (chẩn đoán, điều trị, đáp ứng điều trị ...) từ đó chưa thể phân tích sâu về mối liên quan giữa lâm sàng và mức độ đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn được phân lập.

V. KẾT LUẬN

Trong số 93 chủng vi khuẩn phân lập được gồm 11 loài vi khuẩn gây nên bệnh viêm tai ở bệnh nhi, với 4 loài vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất: *Staphylococcus aureus* (37,6%) trong đó MRSA chiếm 88,6%, *Pseudomonas aeruginosa* (18,2%), *Haemophilus influenzae* (17,2%), *Streptococcus pneumoniae* (13,9%).

Staphylococcus aureus kháng khá cao với các kháng sinh azithromycin, clindamycin, erythromycin, oxacillin từ 80,0 – 91,4% trong nhóm kháng sinh A. Vi khuẩn đề kháng tương đối 8,6 – 25,7% với các kháng sinh nhóm C, nhạy cảm hoàn toàn với các kháng sinh nhóm O.

Pseudomonas aeruginosa còn nhạy cảm với nhiều loại kháng sinh, đề kháng tương đối với cefepime với tỷ lệ 11,8%.

Streptococcus pneumoniae đề kháng hoàn toàn với erythromycin, clindamycin; đề kháng cao với tetracycline trimethoprim/sulfamethoxazole (61,5 – 84,6%).

Haemophilus influenzae đề kháng với hầu hết các loại kháng sinh, đề kháng cao với ampicillin (87,5%) ở nhóm A; với ampicilline/sulbactam, cefotaxime,

ceftriaxone, ceftazidime, meropenem (>50%) ở nhóm B.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lorenzo Monasta, Luca Ronfani et al. Burden of disease caused by otitis media: Systematic review and global estimates. Plos One. 2012; 7(4), 36226.
2. Allan S. Lieberthal, Aaron E. Carroll et al. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Pediatrics. 2013; 131(3), 964–999.
3. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990 – 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet. 2015; 386(9995), 743–800.
4. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980 – 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2018; 392(10159), 1736–1788.
5. World Health Organization. Chronic suppurative otitis media – Burden of illness and management options. World Health Organization, Geneva. 2004.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Antibiotic Resistance Threats in the United States. 2019; 7.
7. Clinical and Laboratory Standards Institute M100. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing. America. 2018; 28th Edition.
8. Kasahun Gorems, Getenet Beyene et al. Antimicrobial susceptibility patterns of bacteria isolated from patients with ear discharge in Jimma Town, Southwest, Ethiopia. BMC Ear, Nose Throat Disorders. 2018; 18(8), 17.
9. Wasihun AG and Zemene Y. Bacterial profile and antimicrobial susceptibility patterns of otitis media in Ayder teaching and referral hospital, Mekelle University, Northern Ethiopia Springerplus. Springerplus. 2015; 4(1), 701.
10. Vũ Thị Thu Thủy. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn gây bệnh và kháng sinh đồ trong viêm tai giữa mạn tính thường thủng nhĩ ở trẻ em. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
11. Đoàn Thị Mỹ Huế, Hoàng Thị Minh Hòa, Nguyễn Thị Đoàn Trinh, Nguyễn Huy Hoàng, Nguyễn Thị Lệ. Nghiên cứu tính kháng thuốc của các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết thường gặp ở bệnh nhi tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng. Tạp chí Y học thực hành. 2019; 1105, 365–371.
12. Hoàng Thị Minh Hòa, Nguyễn Thị Xuyên, Nguyễn Huy Hoàng, Nguyễn Thị Đoàn Trinh, Lê Nguyễn Nguyên Hạ. Nghiên cứu tính kháng kháng sinh của các chủng trực khuẩn gram âm gây bệnh thường gặp phân lập được tại

- Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên. Tạp chí y học cộng đồng. 2020; 2(55), 36-41.
13. Yawei Zhang, Feifei Zhang et al. Antimicrobial susceptibility of *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* and *Moraxella catarrhalis* isolated from community-acquired respiratory tract infections in China: Results from the CARTIPS Antimicrobial Surveillance Program. *Journal of Global Antimicrobial Resistance*. 2016; 5, 36–41.

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ KẾT CỤC LÂM SÀNG NGẮN HẠN SAU XUẤT VIỆN Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI BỊ HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Nguyễn Văn Tân^{1✉}, Bàng Ái Viên¹, Trần Tấn Đạt¹

¹ Bộ môn Lão Khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị bằng thuốc chứng minh là giảm biến cố tim mạch bất lợi và tử vong ở bệnh nhân sau hội chứng vành cấp. Tuân thủ điều trị trở thành mục tiêu quan trọng vì cải thiện tiên lượng, đặc biệt ở bệnh nhân cao tuổi nhiều có nhiều bệnh đồng mắc. Đề tài này nhằm mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc ở bệnh nhân hội chứng vành cấp cao tuổi tại thời điểm 6 tháng sau xuất viện. (2) Xác định các yếu tố liên quan không tuân thủ điều trị và tỷ lệ biến cố tim mạch.

Phương pháp: Phương pháp cắt ngang mô tả, theo dõi dọc trên bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán xuất viện hội chứng vành cấp tại khoa Tim Mạch Cấp Cứu – Can thiệp tại Bệnh viện Thống Nhất từ 6/2020 đến 6/2021. Tất cả bệnh nhân được theo dõi 6 tháng về tuân thủ điều trị bằng thuốc mỗi tại phòng khám.

Kết quả: Có 303 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán hội chứng vành cấp được xuất viện. Tỷ lệ tuân thủ điều trị 5 nhóm thuốc tháng đầu sau xuất viện là 46,2% và giảm xuống tại thời điểm 3 tháng 37,3 % và 6 tháng là 33,3%. Nhóm thuốc ức chế P2Y12 và thuốc statin có tỷ lệ tuân thủ cao nhất lần lượt là 86,5% và 87,8%. Thuốc aspirin là 72,6%; thuốc ức chế beta 53,5% và ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể angiotensin II 68%. Yếu tố làm giảm sự tuân thủ điều trị bằng thuốc gồm trình tuổi, nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên, suy yếu, ý thức thời gian dung thuốc. Tỷ lệ tử vong và tái nhập viện do mọi nguyên nhân là 35,3% và nhóm không tuân thủ điều trị cao hơn có ý nghĩa với $p < 0,001$ (KTC 0,2 – 0,55).

Kết luận: Tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc theo khuyến cáo sau hội chứng vành cấp ở bệnh nhân cao tuổi không cao với 46,2% tại 1 tháng sau xuất viện và 33,3% sau 6 tháng. Không tuân thủ điều trị làm tăng biến cố tim mạch.

Từ khóa: tuân thủ điều trị, điều trị bằng thuốc, sau hội chứng vành cấp, cao tuổi.

ABSTRACT

GUIDELINE ADHERENCE AND SHORT-TERM CLINICAL OUTCOMES IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Nguyen Van Tan^{1✉}, Bang Ai Vien¹, Tran Tan Dat¹.

Background: Prescribing of guideline-recommended medications has been shown to reduce major adverse outcomes of patients after acute coronary syndrome. Adherence to evidence-based therapies has become a crucial element in the path to improve prognosis, especially in elderly patients with multiple comorbidities. This study aims to (1) determine the prevalence of adherence guideline-recommended medications in acute coronary syndrome elderly patients at 6-month after discharge. (2) identify factors associated with non-adherence and the prevalence of adverse cardiovascular events.

Methods: A cross-sectional and longitudinal study was conducted in all patients 60 years of age or older with acute coronary syndrome discharge from the Interventional Cardiology Department at Thong Nhat hospital from June 2020 to June 2021. Eligible patients receiving guideline-recommended medications were followed up at least 6 months in Outpatients Department.

Results: There were 303 patients ≥ 60 years old diagnosed with acute coronary

Ngày nhận bài:

04/01/2022

Chấp thuận đăng:

17/02/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Văn Tân

Email:

nguyenvtan10@ump.edu.vn

SĐT: 0903739273

Tuân thủ điều trị và kết cục lâm sàng ngắn hạn sau xuất viện ...

syndrome discharged from the hospital. The prevalence of adherence of 5 classes guideline-recommended drugs in the first month after discharge was 46.2% at the first month and decreased at 3 months to 37.3% and 33.3% at 6 months. Of those patients, P2Y12 inhibitors and statins had the highest adherence prevalence of 86.5% and 87.8%, respectively. Aspirin was 72.6%, beta blockers were 53.5% and ACE inhibitors/angiotensin II receptor antagonists were 68%. Factors that reduced adherence to drug therapy include age, non-ST segment elevation myocardial infarction, frailty and awareness of medication duration. All-cause mortality and re-hospitalization rates were 35.3% and the non-adherence group was significantly higher with $p < 0.001$ (CI 0.2 – 0.55).

Conclusions: *The prevalence of adherence to recommended drug therapy after acute coronary syndrome in elderly patients was not high, with 46.2% at 1 month after discharge and 33.3% at 6 months. Non-adherence increased adverse cardiovascular events.*

Key words: *adherence, non-adherence, post-acute coronary syndrome, after acute coronary syndrome, guideline-recommended drugs.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp (HCVC) là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới và tương tự tại Việt Nam [1]. Điều trị sau HCVC cũng như bệnh mạn tính khác gồm điều chỉnh lối sống và bằng thuốc theo khuyến cáo phải thực hiện liên tục và gần như vô thời hạn. Điều này được chứng minh cải thiện tiên lượng, giảm tần suất biến cố tim mạch cũng như tử vong [2]. Theo Hướng Dẫn Điều Trị của Hội Tim Mạch Việt Nam (VNHA 2019) các nhóm thuốc điều trị sau HCVC bao gồm Aspirin, kháng thụ thể P2Y12, ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể, statin, ức chế beta [1]. Điều trị theo khuyến cáo tại Việt Nam đã chứng minh hiệu quả giảm biến cố tim mạch bất lợi. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng và cộng sự (2017) chứng minh kết cục lâm sàng bất lợi (tử vong và tái nhập viện) tăng có ý nghĩa ở nhóm không tuân thủ điều trị ở thời điểm 6 tháng sau xuất viện với tỷ lệ là 35,2% so với 25,2% với $p = 0,014$ [3]. Tuân thủ điều trị giảm nguy cơ tương đối biến cố tim mạch bất lợi 29% tại thời điểm 6 tháng (KTC 95% 0,51 – 0,98; $p = 0,039$). Trong thế giới thực thì luôn luôn có khoảng trống từ khuyến cáo dựa trên bằng chứng tới thực tế lâm sàng và trách nhiệm cả hai phía bác sĩ và bệnh nhân. Về phía bác sĩ thì theo kết quả nghiên cứu cấp quốc gia của tác giả Nguyễn Thắng về tuân thủ kê toa thuốc lúc xuất viện của bác sĩ Việt Nam theo hướng dẫn của Bộ Y Tế cho thấy rất cao với tỷ lệ kê toa lần lượt 96,3% aspirin; 91,7% kháng tiểu cầu kép; 90,1% statin; 89,1% ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể và 76,7% ức chế beta [4].

Chính vì thế mà tuân thủ điều trị của bệnh nhân trở thành một mục tiêu quan trọng cần đánh giá trong các lần tái khám hoặc tái nhập viện. Cũng trong nghiên cứu kể trên của tác giả Nguyễn Thắng thì tuân thủ của bệnh nhân chưa tới một nửa (47,3%) [3]. Một số yếu tố trong các nghiên cứu nhỏ tại địa phương liên quan đến việc không tuân thủ của bệnh nhân có ý nghĩa như không có bảo hiểm y tế ($p = 0,01$). Một nghiên cứu khác của tác giả Thanh Tâm thì yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân sau can thiệp mạch vành gồm học vấn, nghề nghiệp, thu nhập, tình trạng trầm cảm, tình trạng tái khám định kỳ và kiến thức về bệnh mạch vành [5].

Như vậy đối với bệnh nhân cao tuổi, nhiều bệnh đồng mắc mạn tính, đa thuốc hay hạn chế tình trạng chức năng thì việc tuân thủ điều trị càng thử thách. Và song song đó, thống kê về vấn đề này hầu như chưa có dữ liệu. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân cao tuổi sau hội chứng vành cấp tại bệnh viện Thống Nhất và yếu tố ảnh hưởng là đáp ứng nhu cầu thực tế lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên đối tượng là tất cả bệnh nhân ≥ 60 tuổi, được chẩn đoán hội chứng vành cấp tại thời điểm xuất viện. Hội chứng vành cấp bao gồm các thể: đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên và nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên theo ESC [6].

Bệnh viện Trung ương Huế

Loại trừ những bệnh nhân mắc bệnh lý ác tính, sa sút trí tuệ, không có người đại diện và không đồng ý tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Tim Mạch Cấp Cứu – Can Thiệp, bệnh viện Thống Nhất trong thời gian từ 6/2020 đến 6/2021.

Cỡ mẫu: chọn p có để được cỡ mẫu lớn nhất là 0,5; $\alpha = 0,05$ và $d = 0,06$, chúng tôi tính toán được cỡ mẫu tối thiểu theo công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Ước tính số lượng BN là 267, dự đoán mất mẫu 10%. Số lượng bệnh nhân tối thiểu là 294 BN.

Chọn mẫu: lấy liên tục trong thời gian nghiên cứu

Định nghĩa biến số chính trong nghiên cứu:

- Tuân thủ điều trị thuốc [7,8] (bảng 1). 5 nhóm thuốc đánh giá sự tuân thủ: aspirin, ức chế tiểu cầu P2Y12 (clopidogrel 75mg/ngày hay Ticargrelor 90

mg 2 lần/ ngày); nhóm statin; ức chế beta; ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể angiotensin II.

Bảng 1: Định nghĩa biến số tuân thủ điều trị

Kê toa thuốc lúc xuất viện	Dùng thuốc tại thời điểm kết thúc theo dõi	Dùng thuốc liên tục	Quy ước
Không	Không/Có	Không/Có	Không tuân thủ
Có	Không	Không/Có	Không tuân thủ
Có	Có	Không	Không tuân thủ
Có	Có	Có	Tuân thủ

- Suy yếu: đánh giá theo thang điểm suy yếu lâm sàng Canada (Canadian Study of Health and Ageing (CSHA) frailty scale) (bảng 2). Đánh giá là suy yếu khi từ mức 5 cho đến mức 9 trên thang điểm cụ thể ở bảng dưới [9].

Bảng 2: Thang điểm suy yếu lâm sàng Canada

Rất khỏe	Những người khỏe mạnh, nhanh nhẹn, đầy sinh lực và tích cực, vận động thể lực đều đặn. So với những người cùng độ tuổi, họ khỏe mạnh nhất.
Khỏe	Những người không có triệu chứng bệnh đang tiến triển nhưng không khỏe bằng những người thuộc nhóm 1. Họ thường vận động thể lực hoặc rất năng động tùy theo từng thời điểm nhất định. Ví dụ: vận động theo mùa.
Sức khỏe ổn định	Những người có bệnh được kiểm soát tốt nhưng không thường xuyên hoạt động ngoài trời đi bộ.
Dễ bị tổn thương	Không phụ thuộc vào người khác trong cuộc sống hàng ngày nhưng các triệu chứng thường giới hạn hoạt động. Than phiền thường gặp là trở nên “chậm chạp” và/hoặc mệt mỏi cả ngày. ADL và IADL không phụ thuộc
Suy yếu nhẹ	Những người này thường chậm chạp rõ rệt hơn và cần sự giúp đỡ trong các hoạt động cao cấp hàng ngày (tài chính, giao thông, công việc nhà, thuốc men). Diễn hình là suy yếu nhẹ làm giảm dần các hoạt động như mua sắm và ra đường một mình, nấu ăn và công việc nội trợ. IADL phụ thuộc trong khi ADL bình thường
Suy yếu trung bình	Những người cần giúp đỡ trong mọi hoạt động sử dụng phương tiện. Trong nhà, họ thường gặp khó khăn khi đi cầu thang và cần được giúp khi tắm rửa và có thể cần sự hỗ trợ tối thiểu khi mặc quần áo. Giảm cả ADL và IADL.
Suy yếu nặng	Hoàn toàn phụ thuộc người khác trong việc chăm sóc bản thân do bất cứ nguyên nhân nào (thể chất hoặc nhận thức). Tuy vậy, họ có vẻ ổn định và không có nguy cơ tử vong cao (trong vòng 6 tháng).
Suy yếu rất nặng	Hoàn toàn phụ thuộc, đang vào giai đoạn cuối đời. Thông thường, họ không thể phục hồi ngay cả khi bệnh nhẹ.

Bệnh giai đoạn cuối	Ở giai đoạn cuối đời. Nhóm này áp dụng đối với những người có kỳ vọng sống < 6 tháng dù có thể không suy yếu rõ ràng.
----------------------------	---

Biến cố tim mạch (kết cục):

- Tử vong chung gồm tử vong do tim mạch và không do tim mạch.

- Tái nhập viện: trong thời gian theo dõi, bệnh nhân phải nhập viện lại.

Quá trình thực hiện theo dõi:

- Bệnh nhân tái khám theo hẹn mỗi tháng trong vòng 6 tháng tại phòng khám ngoại trú của khoa. Tim Mạch Can Thiệp bệnh viện Thống Nhất.

- Bệnh nhân được phỏng vấn trực tiếp theo bảng câu hỏi về sự tuân thủ điều trị thuốc và các lý do (thiết kế sẵn) không dùng thuốc.

- Mất mẫu nếu bệnh nhân không tái khám đúng hẹn và không liên lạc được qua điện thoại trong thời gian 6 tháng. Số lần tối thiểu trong thời gian theo dõi là tháng thứ 1, thứ 3 và thứ 6.

Phân tích thống kê: biến định tính mô tả bằng tần số, tỷ lệ % và được kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương. Biến định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn và được kiểm định bằng phép kiểm T – test. Có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

Y đức: đề tài nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng y đức trong nghiên cứu y sinh học Đại Học Y Dược TPHCM số 446/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 17 tháng 7 năm 2020.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu và theo dõi 6 tháng sau xuất viện, chúng tôi thu nhận được 303 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán hội chứng vành cấp khi xuất viện thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Các đặc điểm dân số nghiên cứu được trình bày trong bảng 3. Sự tuân thủ điều trị qua các tháng theo dõi trong 6 tháng được ghi nhận ở biểu đồ 1.

Bảng 3: Đặc điểm dân số nghiên cứu

	Tổng N = 303	Tuân thủ n = 101	Không tuân thủ n = 202	P
Tuổi (X ± ĐLC)	73 ± 9	70,2 ± 8,5	74,3 ± 9,0	<0,001
Nam giới, n (%)	207 (68,3)	74 (73,3,3)	133 (65,8)	0,19
Thở bệnh xuất viện				
ĐNKOD, n (%)	104 (34,3)	43 (42,6)	61 (30,2)	0,037
NSTEMI, n (%)	142 (46,9)	37 (36,6)	105 (52,0)	
STEMI, n (%)	57 (18,8)	21 (20,8)	36 (17,8)	
Bệnh đồng mắc				
Tăng huyết áp, n (%)	273 (90,1)	86 (85,1)	187 (92,6)	0,032
Đái tháo đường, n (%)	115 (38)	32 (31,7)	76 (37,6)	
Suy tim (EF ≤ 40%), n (%)	103 (34)	21 (20,8)	70 (34,7)	
Bệnh thận mạn, n (%) (eGFR < 60 ml/phút/1,73m²)	44 (14,5)	3 (3)	13 (6,4)	
Rối loạn lipid máu, n (%)	243 (80,2)	79 (78,2)	164 (81,2)	
Nhồi máu cơ tim cũ, n (%)	63 (20,8)	22 (21,8)	41 (20,3)	
Nhồi máu não cũ, n (%)	16 (5,3)	3 (3)	13 (6,4)	
Rung nhĩ, n (%)	10 (3,3)	0 (0,0)	10 (5)	
1 bệnh, n (%)	41 (13,5)	18 (17,8)	23 (11,4)	0,102

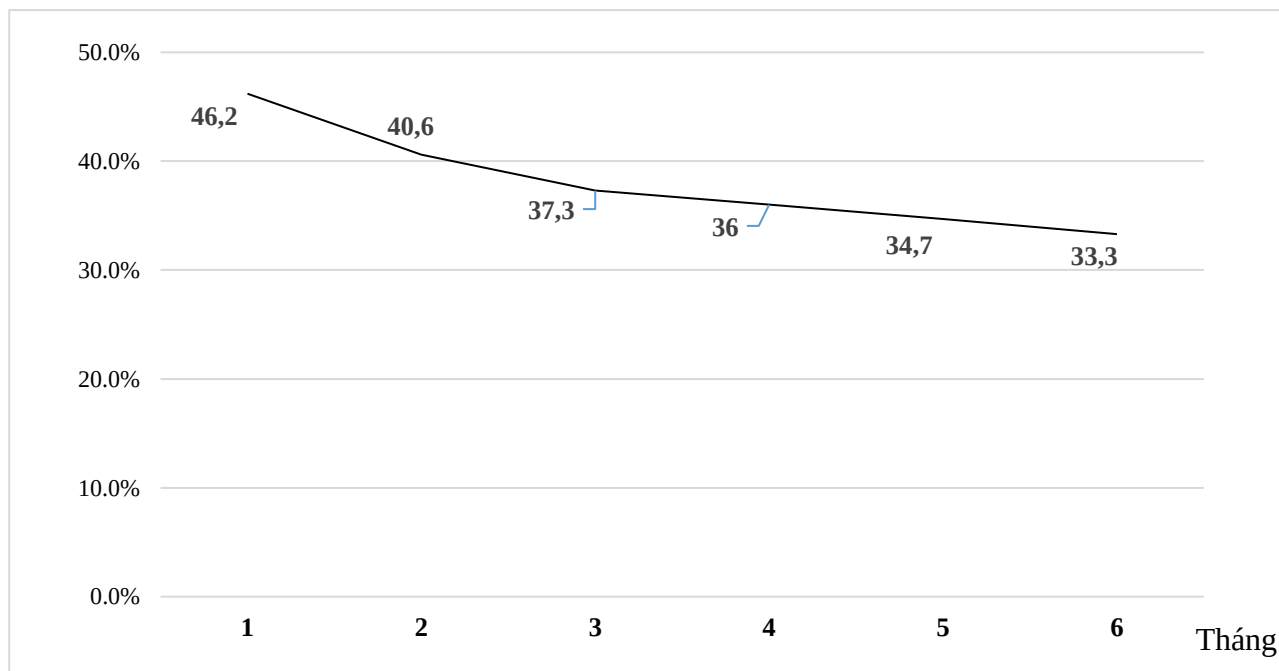
Bệnh viện Trung ương Huế

	Tổng N = 303	Tuân thủ n = 101	Không tuân thủ n = 202	P
2 bệnh, n (%)	69 (22,8)	24 (23,8)	44 (21,8)	
≥ 3 bệnh, n (%)	169 (55,8)	50 (49,5)	120 (59,4)	
Can thiệp mạch vành, n (%)	189 (62,4)	87 (86,1)	102 (50,5)	< 0,001
Trình độ học vấn				
Mù chữ, n (%)	50 (16,5)	10 (9,9)	40 (19,8)	0,063
Cấp 1, n (%)	106 (35,0)	30 (29,7)	76 (37,6)	
Cấp 2, n (%)	74 (24,4)	24 (23,8)	50 (24,8)	
Cấp 3, n (%)	50 (16,5)	24 (23,8)	26 (12,9)	
Trên cấp 3, n (%)	23 (7,6)	13 (12,8)	10 (4,9)	
Suy yếu, n (%)	118 (38,9)	25 (24,7)	93 (46,0)	<0,001
Ý thức thời gian dùng thuốc				
Suốt đời, n (%)	155 (51,2)	61 (60,4)	94 (46,6)	0,023
Không biết, n (%)	148 (48,8)	40 (39,6)	108 (53,4)	

Đặc điểm chung ở nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình khá cao (73 ± 9), nam giới chiếm gấp đôi nữ giới, thể bệnh gặp nhiều nhất là nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên. Các bệnh đồng mắc hay gặp là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và tới 55,8% bệnh nhân có ít nhất 3 bệnh phối hợp. Tỷ lệ điều trị tái thông bằng can thiệp mạch vành qua da tương đối cao 62,4%. Suy yếu (từ mức độ nhẹ trở lên) chiếm

hơn 1/3 dân số nghiên cứu và gần 50% bệnh nhân chưa có ý thức thời gian dùng thuốc.

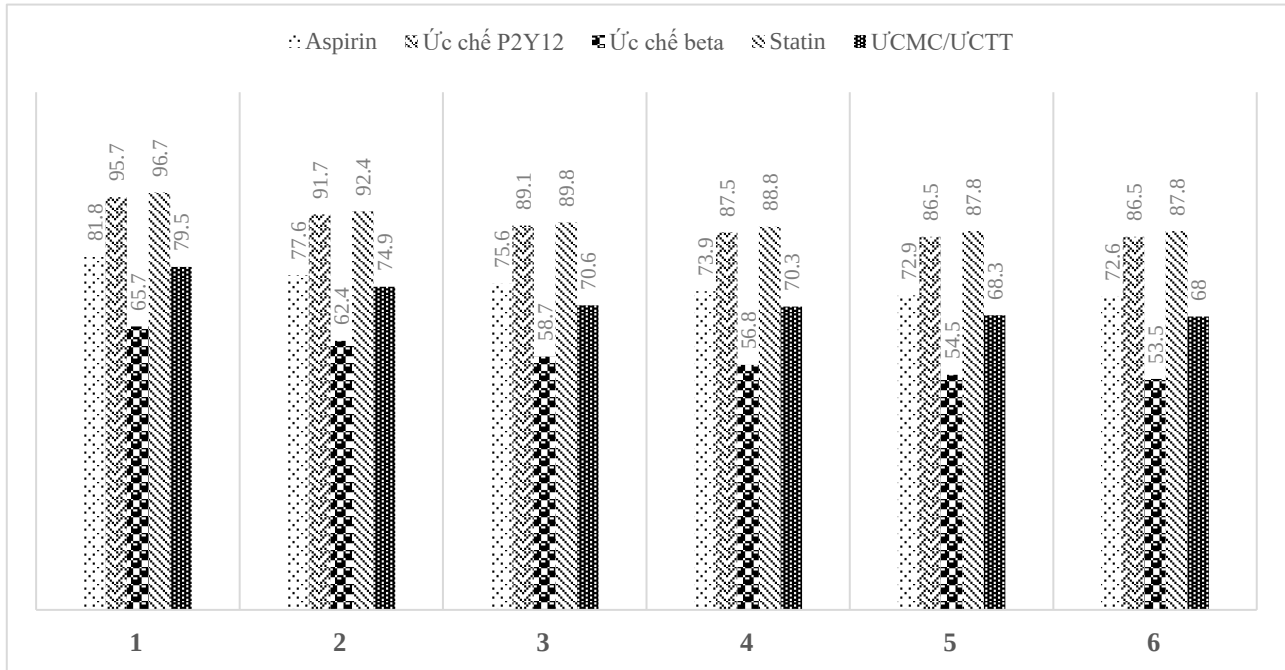
Trong đó nhóm không tuân thủ điều trị có các đặc điểm khác biệt có ý nghĩa so với nhóm tuân thủ điều trị như: tuổi trung bình cao hơn ($p < 0,001$); thể nhồi máu cơ tim không ST chênh lên gặp nhiều hơn ($p = 0,032$); bị suy yếu nhiều hơn ($p < 0,001$), ít được can thiệp mạch vành hơn ($p < 0,001$).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ tuân thủ thuốc qua các tháng theo dõi

Tuân thủ điều trị và kết cục lâm sàng ngắn hạn sau xuất viện ...

Sự tuân thủ điều trị bằng thuốc theo khuyến cáo ở bệnh nhân hội chứng vành cấp là không cao, cụ thể tỉ lệ ở tháng thứ nhất sau xuất viện là 46,2%. Những tháng kế tiếp tiếp tục giảm theo khuynh hướng tuyến tính trong 6 tháng theo dõi và kết thúc thời gian nghiên cứu thì tỉ lệ 33,3%.



Biểu đồ 2: Tỉ lệ tuân thủ từng nhóm thuốc qua các tháng theo dõi

Nhóm thuốc điều trị theo khuyến cáo sau hội chứng vành cấp có tỷ lệ tuân thủ cao là nhóm statin và ức chế P2Y12. Ngược lại, tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là nhóm ức chế beta. Tuân thủ điều trị của từng nhóm thuốc theo khuyến cáo khuynh hướng giảm theo thời gian trong 6 tháng sau xuất viện (biểu đồ 2).

Bảng 4: Biến cố tim mạch bất lợi của nhóm nghiên cứu tại 6 tháng theo dõi

	Tổng N = 303	Tuân thủ n = 101	Không tuân thủ n = 202	HR KTC 95%	P
Tái nhập viện và tử vong do mọi nguyên nhân, n (%)	107 (35,3)	17 (16,8)	90 (44,6)	0,32 (0,20 – 0,55)	<0,001
Tái nhập viện và tử vong do nguyên nhân tim mạch, n (%)	79 (26,1)	13 (12,9)	66 (32,7)	0,36 (0,20 – 0,65)	<0,001

Như vậy, biến cố tim mạch bất lợi bao gồm tái nhập viện và tử vong do mọi nguyên nhân hay do tim mạch sau 6 tháng đều tăng có ý nghĩa thống kê ở nhóm không tuân thủ điều trị so với nhóm tuân thủ điều trị, $p < 0,001$ (bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân ≥ 60 tuổi hội chứng vành cấp sau xuất viện với tuổi trung bình khá cao là 70 tuổi. Nhóm tuân thủ điều trị thấp hơn có ý nghĩa (70,2% vs 74,3% với $p < 0,001$). Nam giới gấp 2 lần nữ. Thở bệnh hội chứng vành cấp không ST chênh lên chiếm gần như đa số (nhồi máu cơ tim cấp là 46,9% và đau ngực không ổn định là 34,3%) trong

khí đó thì nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên chỉ chiếm gần 1/5 (18,8%). Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có tỷ lệ là 65,7% cao hơn so với nghiên cứu của Yaman và cộng sự thực hiện ở Malaysia chỉ 41,6% [10]. Sự khác biệt này có thể là thời điểm nghiên cứu 2 nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán. Nghiên cứu của Yaman thực hiện cách đây 5 năm, thời điểm mà chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp chưa lấy tiêu chuẩn vàng tăng Troponin (khi có giá trị cao hơn bách phân vị 99 giá trị tham chiếu) để chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp như hiện tại theo ESC/AHA định nghĩa toàn cầu lần thứ IV về nhồi máu cơ tim [6]. Bên cạnh đó, sự khác biệt cũng có sự góp phần

Bệnh viện Trung ương Huế

ở địa điểm lấy mẫu bởi nghiên cứu của chúng tôi thực hiện lấy mẫu tại khoa tim mạch can thiệp.

Bệnh lý mạn tính đồng mắc chiếm tỷ lệ cao là tăng huyết áp (90,1%) và rối loạn lipid máu (80,9%). Điều này thường gặp ở nhóm bệnh nhân cao tuổi có bệnh tim mạch cao tuổi. Đặc điểm khác của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là có tỷ lệ khá cao bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu thất trái giảm chiếm tới 34%. Đây là nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao tái nhập viện cũng như biến cố tim mạch. Bệnh nhân suy yếu chiếm hơn 1/3 trường hợp với 38,9%. Điều trị tái thông bằng can thiệp mạch vành với tỷ lệ khá cao 62,4%. Tỷ lệ này cao hơn gấp đôi so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng là 25% [3]. Sự khác biệt này khả năng là thời điểm nghiên cứu khi tái thông bằng phương pháp can thiệp mạch vành qua da trở nên phổ biến và dễ tiếp cận hơn các phương pháp khác. Phần khác là địa điểm nghiên cứu thực hiện tại khoa tim mạch can thiệp.

Trong thời gian 6 tháng thu thập 303 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán hội chứng vành cấp khi xuất viện và tiến hành theo dõi ngoại trú 6 tháng sau xuất viện. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tuân thủ điều trị 5 nhóm thuốc theo khuyến cáo (aspirin, ức chế P2Y12, statin, ức chế thụ thể/ ức chế men chuyển và ức chế beta) sau 6 tháng là không cao, với tỷ lệ 33,3%. Tuy nhiên so với thời điểm 1 tháng sau xuất viện thì tỷ lệ này cũng gần một nửa với tỷ lệ 46,2%. Khuynh hướng giảm tuyến tính theo thời gian theo dõi, ở tháng thứ hai là 40,6%; tháng thứ ba là 37,3%, tháng thứ tư là 36%; tháng thứ năm là 34,7%. Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng và cộng sự với tỷ lệ tuân thủ ở thời điểm 6 tháng là 47,3% [3]. Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Yaman và cộng sự thực hiện tại Malaysia trên 190 bệnh nhân sau hội chứng vành cấp thì tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ trung bình – cao (theo MMAS ≥ 6 điểm) ở thời điểm 6 tháng khá cao là 69,5%. Và khuynh hướng cũng tuân thủ cũng giảm dần theo thời gian theo dõi, thời điểm kết thúc nghiên cứu 18 tháng thì tuân thủ điều trị chỉ còn ở mức độ trung bình (theo MMAS) là 49%. Sự thay đổi này trong nghiên cứu cũng theo dạng tuyến tính [10].

Trong 5 nhóm thuốc điều trị theo khuyến cáo ở bệnh nhân sau hội chứng vành cấp thì thuốc ức chế beta có tỷ lệ thấp nhất từ thời điểm tháng thứ nhất

tới thời điểm tháng thứ sáu khi kết thúc theo dõi với tỷ lệ lần lượt là 65,7% và 53,5%. Xét tốc độ giảm trong 6 tháng của nhóm thuốc này tương tự như các nhóm còn lại. Tỷ lệ tuân thủ điều trị của thuốc ức chế beta thấp, một phần do nằm trong chống chỉ định tương đối hoặc thái độ không chắc chắn của bác sĩ đối với bệnh nhân suy tim chưa ổn định sau nhồi máu cơ tim hoặc xuất hiện triệu chứng khó thở trong thời gian khởi đầu điều trị. Điều này cũng thấy ở các nghiên cứu nước ngoài thì tỷ trọng sử dụng thuốc cũng không cao, quanh quẩn 50%. Tuân thủ điều trị với thuốc Aspirin ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu cũng với lý do tương tự, mà tác dụng phụ thường gặp là trên dạ dày.

Thuốc ức chế P2Y12 và nhóm statin (cụ thể atorvastatin và rosuvastatin) có tỷ lệ tuân thủ cao nhất và duy trì tới thời điểm 6 tháng. Tỷ lệ tuân thủ ở thuốc ức chế P2Y12 ở tháng thứ 1 và thứ 6 lần lượt là 95,7% và 86,5%; với thuốc statin thì tỷ lệ lần lượt là 96,7% và 87,8%. Điều này cũng tương tự ở các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng thì thuốc ức chế P2Y12 và statin lần lượt là 94,3% và 93,1%. Một nghiên cứu khác trong nước của tác giả Trần Quốc Dũng thực hiện ở bệnh viện Tim Mạch An Giang thì tỷ lệ tuân thủ 2 nhóm thuốc này sau 6 tháng là 82,3% [8]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh điều trị cải thiện tiên lượng với 2 nhóm thuốc này là tuyệt đối. Bên cạnh đó, tác dụng phụ được báo cáo của 2 nhóm thuốc này là không đáng kể. Thuốc ức chế P2Y12 đặc biệt quan trọng với bệnh nhân được can thiệp mạch vành nên việc bệnh nhân được thông tin về nhóm thuốc này về thời gian sử dụng tối thiểu 12 tháng và chỉ ngưng khi có chống chỉ định đặc biệt như đang chảy máu hoặc giảm tiểu cầu $< 50\ 000/\text{mL}$. Một trong những biến chứng nặng của việc ngưng thuốc ức chế P2Y12 là tắc trong stent vì tiên lượng tử vong của biến chứng này thống kê gần 50%.

Khi xem xét các yếu tố liên quan đến sự không tuân thủ điều trị, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được tuổi ($p < 0,001$); thể bệnh (nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, $p = 0,037$); suy yếu ($p < 0,001$); ý thức thời gian dùng thuốc ($p = 0,023$) làm tăng sự không tuân thủ điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngược lại, thì can thiệp mạch vành lại cho thấy sự tuân thủ của bệnh nhân tốt hơn với $p <$

0,001. Các nghiên cứu trong nước của tác giả Nguyễn Thắng và nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Dũng thì yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị bao gồm bệnh nhân không có bảo hiểm y tế, suy tim ($EF \leq 40\%$) [3,11]. Và 2 nghiên cứu này cũng ghi nhận điều tương tự như nghiên cứu của chúng tôi là can thiệp mạch vành là yếu tố làm tăng sự tuân thủ điều trị có ý nghĩa thống kê.

Trong thời gian 6 tháng theo dõi thì tỷ lệ biến cố tim mạch là tái nhập và tử vong do mọi nguyên nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,3%; trong đó do nguyên nhân tim mạch là 26,1%. Nhóm không tuân thủ điều trị làm tăng biến cố tim mạch có ý nghĩa so với nhóm tuân thủ điều trị. Điều này cũng được chứng minh qua nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng chứng minh được tuân thủ điều trị làm giảm tử vong và biến cố tim mạch bất lợi sau 6 tháng, giảm được 29% nguy cơ tương đối (HR 0,71, KTC 95%: 0,51 – 0,98) [3].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc theo khuyến cáo sau hội chứng vành cấp ở bệnh nhân cao tuổi không cao với 46,2% tại 1 tháng sau xuất viện và 33,3% sau 6 tháng. Yếu tố góp phần làm tăng sự không tuân thủ điều trị có ý nghĩa là tuổi, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, suy yếu và ý thức thời gian dùng thuốc. Sự không tuân thủ điều trị bằng thuốc làm tăng biến cố tim mạch bất lợi trên những bệnh nhân cao tuổi bị hội chứng vành cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế. Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp. 2019. 14-15. Link: <https://kcb.vn/vanban/quyet-dinh-2187-qd-byt-ngay-03-6-2019-cua-bo-truong-bo-y-te-ve-viec-ban-hanh-tai-lieu-chuyen-mon-huong-dan-chan-doan-va-xu-tri-hoi-chung-mach-vanh-cap>
2. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 2020. 42 (14): 1289–1367.
3. Nguyen T, Le KK, Cao KTH, et al. Association between in-hospital guideline adherence and postdischarge major adverse outcomes of patients with acute coronary syndrome in Vietnam: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 2017. 7: e017008.
4. Nguyen T, Nguyen HT, Pham KTH, et al. Physicians' adherence to acute coronary syndrome prescribing guidelines in Vietnamese hospital practice: a cross-sectional study. *Trop Med Int Health*, 2015. 20: 627–637.
5. Nguyễn Thị Thanh Tâm, Nguyễn Văn Lưu, Phạm Thị Thu Hương. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh sau can thiệp động mạch vành qua da tại tỉnh Hải Dương năm 2018. *Khoa học điều dưỡng*. 2018. 1 (3): 16 – 21
6. Thygesen K, Alpert SJ, Jaffe SA, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction 2018. *European Heart Journal*. 2019. 40 (3), 237–269
7. Võ Thị Dễ. Nghiên cứu sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân bệnh động mạch vành đã được can thiệp Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y dược TPHCM. 2009.
8. Hee JB, Yang Y, Choi E J. Optimal medical therapy for secondary prevention after an acute coronary syndrome: 18- month follow-up results at a tertiary teaching hospital in South Korea. *Dove Press journal: Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2016. 12: 167–175
9. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005. 173 (5): 489-495.
10. Yaman WK, Yahaya H, Noorizan AA, et al. Trends in adherence to secondary prevention medications in post-acute coronary syndrome patients. *Pak. J. Pharm. Sci*. 2015. 28 (2): 641-646.
11. Trần Quốc Dũng, Nguyễn Văn Thà, Phan Thanh Hải. Tuân thủ điều trị thuốc sau đặt stent động mạch vành tại Bệnh viện Tim Mạch An Giang. Hội nghị khoa học kỹ thuật thường niên Bệnh viện năm 2016. Link: http://benhvientimmachangiang.vn/?tabid=2049&ndid=1489&key=TUAN_THU_DIEU_TRI_THUOC_SA_U_DAT_STENT_DONG_MACH_VANH_TAI_BENH_VIEN_TIM_MACH_AN_GIANG

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ X-QUANG RĂNG CỐI LỚN THỨ HAI HÀM DƯỚI CÓ HỆ THỐNG ỐNG TỦY HÌNH CHỮ C

Nguyễn Hồng Lợi^{1✉}, Nguyễn Viết Cửu¹, Võ Trần Nhã Trang¹

¹Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sự phức tạp, đa dạng của hệ thống ống tủy với nhiều biến thể, một trong số đó phải kể đến hệ thống ống tủy hình chữ C. Phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón được ứng dụng ngày càng rộng rãi trong Nha khoa và thể hiện tính ưu việt của mình trong ứng dụng nghiên cứu hệ thống ống tủy và điều trị nội nha.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện ở 25 bệnh nhân với 32 răng cối lớn thứ hai hàm dưới có ống tủy hình chữ C được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục đến khám và điều trị tại khoa Nha Tổng Quát-Trung tâm Răng Hàm Mặt- Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2021. Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Kết quả: Vị trí lỗ sâu gặp nhiều nhất là ở mặt xa là 20 răng chiếm tỉ lệ 62,6%. Trong số 20 răng sâu mặt xa có 15 răng sâu do răng cối lớn thứ ba hàm dưới mọc chiếm tỉ lệ 46,9%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau, chiếm tỉ lệ 75%. Răng có 2 ống tủy gặp với tỉ lệ cao nhất, chiếm 50%. Phần lớn 21/32 răng, chiếm tỉ lệ 65,6% ống tủy hình C có dạng dải cong liên tục (C1) ở phần ba cổ. Trong đó có 2/21 răng (9,5%) có 1 ống xuyên suốt chiều dài, còn lại phân tách thành 2, 3 ống tủy ở các phần ba giữa và chóp.

Kết Luận: Ống tủy hình chữ C có dạng dải cong liên tục (C1) ở phần ba cổ hay gặp nhất. Phim cắt lớp chùm tia hình nón nhiều tính ưu việt trong ứng dụng nghiên cứu hệ thống ống tủy.

Từ khóa: Ống tủy hình chữ C, phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón.

ABSTRACT

C-SHAPED ROOT CANALS OF MANDIBULAR SECOND MOLARS: CLINICAL CHARACTERISTICS AND CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY STUDY

Nguyen Hong Loi^{1✉}, Nguyen Viet Cuu¹, Vo Tran Nha Trang¹

Introduction: the root canal system of the mandibular second molar is diverse and complex with many variations, especially C-shaped root canal system. Cone-beam computed tomography film is widely applied in dentistry and demonstrates its superiority in the application of root canal system research and endodontic treatment.

Methods: The study was carried out in 25 patients with 32 mandibular second molars with C-shaped canals diagnosed with irreversible pulpitis who came for examination and treatment at the Department of General Dentistry, Odonto-Stomatology Center, Hue Central Hospital from May 2020 to May 2021. Study design: Descriptive cross-sectional study.

Results: The most common site of caries was in the distal surface with 20 teeth, accounting for 62,6%. Among 20 distal caries, there were 15 caries caused by mandibular third molars (46,9%). The most frequent clinical symptom was pain, accounting for 75%. Teeth with 2 root canals are encountered with the highest rate, accounting for 50%. The most frequent configuration in the coronal third was C1, accounting for 65.6%. Of which, 2/21 teeth (9.5%) have 1 canal throughout the length, the rest split into 2, 3 canals in the middle and apical thirds.

Ngày nhận bài:

26/02/2022

Chấp thuận đăng:

30/03/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Hồng Lợi

Email:

drloivietnam@yahoo.com.vn

SĐT: 0913498549

Conclusions: The most common C-shaped canal system in mandibular second molars were the C1 form. Conebeam CT film has many advantages in the application of root canal system research.

Keywords: C-shaped canal system, mandibular second molars, CT conebeam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển về khoa học kỹ thuật và đời sống xã hội, ý thức giữ gìn sức khỏe nói chung và sức khỏe răng miệng nói riêng ngày càng được người dân quan tâm, từ đó nhu cầu bảo tồn răng và điều trị nội nha cũng được chú trọng hơn. Lịch sử Nội nha hiện đại được cho là bắt đầu từ năm 1809, khi E. Hudson thực hiện trám bít ống tủy với những lá vàng [1]. Để phục vụ việc điều trị tủy, hình thái hệ thống ống tủy đã được nghiên cứu ngày càng sâu. Từ đó thấy được sự phức tạp, đa dạng của hệ thống ống tủy với nhiều biến thể, một trong số đó phải kể đến hệ thống ống tủy chữ C. Keith và Knowles (1911) là những tác giả đầu tiên mô tả ống tủy hình C quan sát được ở răng cối lớn thứ hai hàm dưới người Neanderthal. Cooke và Cox (1979) là các tác giả đầu tiên sử dụng thuật ngữ ống tủy hình chữ C (C-shaped), được gọi theo hình thể ống tủy qua mặt phẳng cắt ngang chân răng, và sau đó thuật ngữ này được sử dụng rộng rãi cho đến nay [2].

Trên thế giới cũng như trong nước đã có nhiều công trình nghiên cứu về hình thái hệ thống ống tủy như Manning S.A.(1990) [3], Haddad G.Y. và Cs. (1999) [4], Lê Thị Hương (2009) [5], Vũ Quang Hưng (2018) [6], Huỳnh Hữu Thực Hiền (2019) [7] với nhiều phương pháp như khử khoáng, nhuộm, cắt lát hay khảo sát trên Computer technology Conebeam. Mỗi phương pháp có ưu, nhược điểm riêng, tuy nhiên trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, Computer technology Conebeam được ứng dụng ngày càng rộng rãi trong Nha khoa và thể hiện tính ưu việt của mình trong ứng dụng nghiên cứu hệ thống ống tủy và điều trị nội nha.

Để đạt hiệu quả cuối cùng cao trong điều trị nội nha ở răng cối lớn thứ hai hàm dưới có hệ thống ống tủy hình chữ C vẫn là một thách thức rất lớn với các bác sĩ nha khoa. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm xác định các đặc điểm lâm sàng và X-quang răng cối lớn thứ hai hàm dưới có hệ thống ống tủy hình chữ C.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện ở bệnh nhân với răng cối lớn thứ hai hàm dưới (RCLT2HD) có ống tủy (OT) hình chữ C được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục đến khám và điều trị tại khoa Nha Tổng Quát-Trung tâm Răng Hàm Mặt- Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1) Bệnh nhân có RCLT2HD có miệng ống tủy hình chữ C được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục, có chỉ định điều trị nội nha không phẫu thuật. (2) Răng đã đóng kín chóp (3) Những răng còn khả năng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ. (4) Bệnh nhân có đủ sức khỏe và có yêu cầu chữa răng.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân mắc một trong các bệnh toàn thân như suy tim, viêm thận mạn, đái tháo đường ở giai đoạn nặng, tâm thần... (2) Răng có bệnh lý vùng quanh chóp. (3) Nhưng răng bị nứt dọc, chân răng dị dạng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả với cỡ mẫu thuận tiện: 25 bệnh nhân có 32 RCLT2HD có OT hình chữ C được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục

Phương tiện và vật liệu nghiên cứu:

- Máy chụp phim kỹ thuật số tại Trung tâm Răng hàm mặt Bệnh viện Trung Ương Huế.

- Dụng cụ chung: Ghế máy nha khoa, đèn đọc phim, Syringe gây tê, đèn cồn.

- Dụng cụ khám: Bộ dụng cụ khám răng: gương, kẹp gấp, thăm trầm. Tay khoan high speed, mũi khoan mở tủy, tay khoan low speed. Máy đo chiều dài ống tủy: Propex II-Densly. Máy nội nha X-Smart cùng bộ trám máy Protaper (Densply). Trâm gai, bộ nong dũa tay K file, H file, C file, lentulo, bộ lèn ngang (Mani). Thước đo chiều dài ống tủy, bơm kim tiêm súc rửa ống tủy. Kính lúp nha khoa độ phóng đại 3X. Đầu nội nha siêu âm.

Bệnh viện Trung ương Huế

- Vật liệu: Thuốc tê Epinephrine + Lidocaine 2%. Glyde (EDTA) của hãng Dentsply, dung dịch NaOCl 3%. Côn gutta percha chính, côn phụ. Côn giấy của hãng Dentsply. Vật liệu phục hồi thân răng: GIC, Composite. Xi măng trám bít ADSEAL resin.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Tiếp nhận và khám bệnh nhân.
- Đánh giá các đặc điểm lâm sàng.
- Chụp phim X- quang kỹ thuật số trước: đánh giá sơ bộ về tình trạng OT, số lượng OT, xác định các tổn thương vùng chóp răng, dây chằng vùng quanh răng.
- Tiến hành mở tủy và quan sát bằng kính lúp nha khoa.
- Trường hợp phát hiện trên buồng tủy vào ống tủy hình chữ C được đưa vào nghiên cứu. Tiến hành chụp CT Conebeam ghi nhận chính xác hình thái, số lượng chân răng và ống tủy chân răng.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu được xử lý thống kê trên phần mềm SPSS 22.0. So sánh các giá trị trung bình bằng kiểm định T-test. Mô tả các số liệu bằng tỷ lệ phần trăm, số trung bình cùng độ lệch chuẩn.

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài này được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Trung ương Huế. Được sự đồng ý của khoa Nha Tổng Quát, Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế.

Bệnh nhân và người nhà được giải thích rõ ràng và đồng ý tham gia nghiên cứu. Được chẩn đoán chính xác và áp dụng phương pháp điều trị đúng chỉ định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Phân bố vị trí lỗ sâu ở răng tổn thương

Vị trí lỗ sâu		Số lượng (SL)	Tỉ lệ (%)
Mặt nhai		7	21,9
Mặt xa	Mặt xa hoặc cổ răng mặt xa	10	31,3
	Mặt nhai và mặt xa	10	31,3
Mặt gần	Mặt gần hoặc cổ răng mặt gần	2	6,3

Vị trí lỗ sâu		Số lượng (SL)	Tỉ lệ (%)
	Mặt nhai và mặt gần	3	8,2
Tổng cộng		32	100

Bảng trên cho thấy, vị trí lỗ sâu gặp nhiều nhất là ở mặt xa, chiếm tỉ lệ 62,6%; tỉ lệ vị trí lỗ sâu ở mặt nhai và mặt gần lần lượt là 21,9% và 14,5%.

Bảng 2: Tỉ lệ sâu răng mặt xa RCL2HD do răng cối lớn thứ 3 hàm dưới mọc lệch

Răng cối lớn thứ 3 hàm dưới mọc lệch	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Có	15	46,9
Không	17	53,1
Tổng cộng	32	100

Phân bố sâu răng mặt xa răng cối lớn thứ 2 hàm dưới do răng cối lớn thứ 3 hàm dưới mọc lệch có tỷ lệ lớn, 15/32 răng chiếm 46,9%.

Bảng 3: Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỉ lệ (%)	P
Đau	24	75,0	<0,05
Có điểm hở tủy	22	68,8	
Răng lung lay	4	12,5	
Răng đổi màu	6	18,8	

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau, chiếm tỉ lệ 75%. Tủy hở gặp ở 22 răng, chiếm tỉ lệ 68,8% và ít gặp nhất là triệu chứng răng lung lay, chiếm tỉ lệ 12,5%. ($p < 0,05$)

Bảng 4: Phân bố theo vị trí răng bị tổn thương

Vị trí răng tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ %
RCLT2HD phải	16	50
RCLT2HD trái	16	50
Tổng cộng	32	100

Tỷ lệ phân bố tổn thương RCLT2HD bên trái và bên phải không có sự khác biệt với tỷ lệ tương đương nhau là 50%.

3.2. Đặc điểm X- quang

Bảng 5: Phân bố hình thái chân răng có hình thái ống tủy chữ C

Hình thái chân răng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
1 chân chữ C	3	9,4
2 chân chập hoàn toàn	22	68,8

Hình thái chân răng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
2 chân chập không hoàn toàn	7	21,8
Tổng cộng	32	100

Ở các răng có chân dạng chữ C, tỉ lệ răng 2 chân chập hoàn toàn gặp nhiều nhất chiếm 68,8%, răng 2 chân chập không hoàn toàn chiếm 21,8% và răng 1 chân chữ C ít gặp nhất với tỉ lệ 9,4%.

Bảng 6: Phân bố số lượng ống tủy với dạng chân răng chữ C

Số lượng ống tủy	1 ống tủy		2 ống tủy		3 ống tủy		Tổng cộng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
1 chân chữ C	2	66,7	1	33,3	0	0	3	100
2 chân chập hoàn toàn	0	0,0	13	59,1	9	40,9	22	100
2 chân chập không hoàn toàn	0	0,0	3	42,9	4	57,1	7	100
Tổng cộng	2	6,2	17	50,0	13	40,6	32	100

Răng có 2 ống tủy gặp với tỉ lệ cao nhất, chiếm 50%; răng có 1 ống tủy chiếm tỉ lệ 6,2%; răng có 3 ống tủy chiếm tỉ lệ 40,6% và không có răng có 4 ống tủy. Răng 1 chân chữ C chỉ có 1 hoặc 2 ống tủy, trong đó răng 1 ống tủy (66,7%) gặp nhiều hơn có 2 ống tủy (33,3%). Răng có chân chập hoàn toàn chủ yếu có 2 ống tủy (chiếm 59,1%) còn lại là 40,9% răng có 3 ống tủy. Răng có chân chập không hoàn toàn 57,1% các răng có 3 ống tủy và 42,9% các răng có 2 ống tủy.

Bảng 7: Phân bố số lượng ống tủy theo vị trí chân răng ở răng 2 chân

Số lượng ống tủy	Chân gần		Chân xa	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
1 ống tủy	23	79,3	22	75,9
2 ống tủy	6	20,7	7	24,1
Tổng cộng	29	100	29	100

Chân gần thường có 1 ống tủy tỷ lệ 79,3%, tỷ lệ 2 ống tủy chiếm 20,7%. Chân xa tỷ lệ 1 ống tủy chiếm phần lớn 75,9%, 2 ống tủy chiếm tỷ lệ 24,1%.

Bảng 8: Phân loại hình thái ống tủy chữ C theo Fan và Cs

	Phần ba cổ		Phần ba giữa		Phần ba chóp	
	SL	%	SL	%	SL	%
C1	21	65,6	6	18,8	3	9,4
C2	3	9,4	12	37,5	10	31,3
C3	8	25,0	14	43,8	16	50,0
C4	0	0,0	0	0,0	3	9,4
Tổng	32	100	32	100	32	100

Tại phần ba cổ, phần lớn răng cối lớn 2 hàm dưới có ống tủy hình C (65,6%) có dạng dải cong liên tục (C1), các dạng khác ít gặp hơn. Tại phần ba giữa, 43,8% răng có ống tủy hình C có ống tủy dạng (C3), còn lại có C2 (37,5%) hoặc C1 (18,8%). Tại phần ba chóp, 16 răng (50%) có ống tủy hình C3, có 10 ống tủy dạng C2 (31,3%), còn lại ống tủy có hình C1, C4 (cùng 9,4%).

Bệnh viện Trung ương Huế

Bảng 9: Sự xuyên suốt của hệ thống ống tủy hình C

Dạng ống tủy	Xuyên suốt		Không xuyên suốt		Tổng cộng	
	SL	%	SL	%	SL	%
C1	2	9,5	19	90,5	21	100
C2	1	33,3	2	66,7	3	100
C3	5	62,5	3	37,5	8	100
Tổng cộng	8	25,0	24	75,0	32	100

Tỉ lệ hệ thống ống tủy chữ C xuyên suốt chiếm tỉ lệ 25%. Ống tủy dạng C3 xuyên suốt chiếm tỉ lệ cao (62,5%). Ống tủy dạng C1 xuyên suốt chỉ chiếm tỉ lệ 9,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện ở những RCLT2HD với chẩn đoán viêm tủy không hồi phục, qua hỏi bệnh và thăm khám, chúng tôi thấy bệnh nhân thường có nhiều triệu chứng cơ năng và thực thể khác nhau trong đó đau là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 75% các trường hợp. Bệnh nhân xuất hiện cơn đau tự nhiên, đau thành cơn, đau tăng lên khi ăn đồ ăn nóng hoặc mắc thức ăn. Bệnh nhân thường đau nhiều về đêm gây cảm giác khó chịu, mất ngủ, mệt mỏi. Ngưỡng đau tùy thuộc vào từng bệnh nhân, nhiều bệnh nhân đau dữ dội, thuốc giảm đau ít đáp ứng.

Tiếp đó là triệu chứng lộ tủy, đây là triệu chứng được thấy khá nhiều khi thăm khám, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 22 răng có điểm hở tủy, chiếm tỉ lệ 68,8%. Phần lớn các trường hợp tủy hở là ở những răng có lỗ sâu lớn. Những trường hợp có điểm hở tủy, bệnh nhân thường rất đau khi ăn nhai, do vậy việc điều trị tủy sớm là cần thiết cho bệnh nhân.

Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu ở răng viêm tủy không hồi phục của Vũ Quang Hưng với tỷ lệ răng có triệu chứng đau tủy kinh điển là 94,6%, tỷ lệ hở tủy là 48,2% với 27/56 răng [6].

Tỷ lệ sâu răng mặt xa RCLT2HD do răng khôn hàm dưới mọc lệch rất lớn: có 15 răng chiếm 46,9%. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự ảnh hưởng của răng cối lớn thứ ba hàm dưới mọc lệch đến thương tổn

RCLT2HD rất lớn. Điều này là do vị trí giải phẫu đặc biệt của răng cối lớn thứ ba hàm dưới và cạnh lên xương hàm dưới. Đây là một biến chứng hay gặp ở răng khôn hàm dưới mọc lệch được nhắc nhiều trong y văn. Vì vậy, việc nhổ dự phòng răng khôn hàm dưới mọc lệch cũng như giáo dục ở cộng đồng về ảnh hưởng của răng khôn mọc lệch là rất cần thiết. Ngoài ra, chúng tôi thấy vị trí lỗ sâu có thể ở mặt nhai hoặc mặt gần.

Trong tổng số 32 RCLT2HD có ống tủy dạng chữ C được nghiên cứu, chúng tôi gặp 16 răng bên phải, chiếm tỉ lệ 50% và 16 răng bên trái, chiếm tỉ lệ 50%. Tỉ lệ răng tổn thương có sự tương đương nhau giữa các vị trí, nhưng không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu ở những RCLT2HD viêm tủy không hồi phục, do vậy, kết quả này chưa phản ánh một cách chính xác về tỉ lệ RCLT2HD có ống tủy chữ C giữa các vị trí. Tuy nhiên, chúng tôi cho rằng tỉ lệ các RCLT2HD có ống tủy dạng chữ C không có mối liên quan với vị trí răng trên cung hàm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi giống với của tác giả Chu Thị Trâm Anh với 26 răng mỗi bên, chiếm tỉ lệ 50% [8]. Nghiên cứu sử dụng chụp phim cắt lớp để đánh giá hình thái ống tủy ở các RCLT2HD của Zheng và Cs nhận thấy, trong tổng số 204 răng có ống tủy dạng chữ C, tỉ lệ gặp RCLT2HD có ống tủy chữ C ở bên phải chiếm 41,2% (84 răng) và bên trái chiếm 58,8% (120 răng) [9].

4.2. Đặc điểm X - quang

Kết quả nghiên cứu ở 32 RCLT2HD có ống tủy dạng chữ C thấy, phần lớn các răng có 2 ống tủy (chiếm 50%), răng có 1 ống tủy chúng tôi gặp ở 2 trường hợp (chiếm 6,3%), 14 răng có 3 ống tủy (chiếm 43,7%) và không có 4 ống tủy. Kết quả chúng tôi thu được tương đồng với kết quả của Vũ Quang Hưng [6] khi đa số răng có HTOT chữ C chủ yếu có 2 ống tủy (55,3%), hơi khác biệt về tỷ lệ răng có 1 OT và 3 OT lần lượt là 26,8%, 16,1%. Ở các răng nhiều ống tủy, tỷ lệ chân xa có 2 ống tủy và chân gần có 2 ống tủy không chênh nhau lắm với 79,3% (chân gần), 75,9% (chân xa). Tỷ lệ này khác biệt với kết quả của tác giả Vũ Quang Hưng [6]. Trong nghiên cứu của tác giả đưa đến kết quả như sau: các chân xa có 1 ống tủy chiếm tỉ lệ 95,1% và chỉ có 4,9% các chân xa có 2 ống tủy. Trong khi ở chân gần, 78% các trường hợp có 1 ống tủy và 22% các trường hợp còn lại có 2 ống tủy. Một số các nghiên cứu khác cũng cho kết quả khác

biệt về số lượng ống tủy ở các RCLT2HD. Kết quả nghiên cứu của Chu Thị Trâm Anh cho thấy, tỉ lệ các RCLT2HD có 1 ống tủy, 2 ống tủy, 3 ống tủy và 4 ống tủy lần lượt là 3,85%; 17,31%; 71,15% và 7,69% [8]. Tác giả cũng báo cáo, 90% các chân xa có 1 ống tủy và 10% có 2 ống tủy, trong khi đó, các tỉ lệ tương ứng ở chân gần lần lượt là 20% và 80%. Tuy nhiên, Chu Thị Trâm Anh đưa ra kết quả về số lượng ống tủy ở RCLT2HD nói chung và không đưa ra số lượng ống tủy ở các răng có ống tủy dạng chữ C, nên chúng tôi không có số liệu để so sánh.

Ladeira và Cs sử dụng phim chụp cắt lớp để đánh giá hình thái ống tủy ở RCLT2HD của người Brazil [10]. Kết quả cho thấy, 62 trong tổng số 406 răng được nghiên cứu có ống tủy dạng chữ C. Trong đó, 11 răng có 1 ống tủy (chiếm tỉ lệ 17,7%), 23 răng có 2 ống tủy (chiếm tỉ lệ 37,1%), 27 răng có 3 ống tủy (chiếm tỉ lệ 43,5%) và chỉ thấy 1 răng có 4 ống tủy (chiếm tỉ lệ 1,6%). Sự khác biệt về số lượng ống tủy ở các RCLT2HD có ống tủy dạng chữ C trong nghiên cứu của Ladeira và Cs so với chúng tôi và các nghiên cứu ở người châu Á, có thể được giải thích là do sự khác biệt về địa lý và dân tộc. Điều này cũng được khẳng định bởi chính tác giả.

Nghiên cứu chúng tôi tiến hành đọc các lớp cắt ngang của hệ thống ống tủy chữ C trên CT conebeam dọc theo chân răng ở 1/3 cổ, 1/3 giữa, 1/3 chóp đạt được kết quả như sau: Tại phần ba cổ, phần lớn răng cối lớn thứ hai hàm dưới có ống tủy hình C (65,6%) có dạng dải cong liên tục (C1), các dạng khác ít gặp hơn. Tuy nhiên chỉ 25% là có dạng một ống tủy dạng dải liên tục suốt chiều dài chân răng, từ cổ đến chóp. Còn lại 75% hình thể ống tủy hình C trong lát cắt ngang thường thay đổi từ cổ đến chóp, hệ thống ống tủy hợp lại, tách ra phức tạp. Trong đó, 59,3% (19/32) răng có ống tủy hình C liên tục (C1) ở phần ba cổ, sau đó tách ra thành 2 hay 3 ống tủy. Tại chóp, phần nửa (50%) răng có ống tủy hình C có 1 ống tủy dạng (C3), còn lại có C2 (31,3%) hoặc C1/C4 (9,4%) ống tủy.

Tỉ lệ ống tủy hình C ở răng cối lớn thứ hai hàm dưới người Việt tương đối cao cho thấy khả năng gặp phải ống tủy hình C cao khi điều trị nội nha các răng cối lớn thứ hai hàm dưới. Nhưng may thay hầu hết răng có ống tủy hình C cũng có lỗ tủy hình C [11-14]. Fan và cộng sự (2004) khảo sát các răng cối lớn thứ hai hàm dưới có ống tủy hình C của người Trung Quốc thì thấy phần lớn răng có ống tủy hình C có lỗ

ống tủy nằm ở vị trí 3mm bên dưới đường nối men xê măng, và hầu hết có lỗ tủy là một hình C liên tục (hầu hết là C1 và một ít C2, hiếm khi C3). Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng ghi nhận tương tự, 88,0% răng có ống tủy hình C có dạng C1 ở cổ răng. Tuy nhiên, hình dạng lỗ tủy không giúp tiên đoán được hình dạng ống tủy ở phần ba giữa hay phần ba chóp [52]. Các nghiên cứu khảo sát ống tủy hình C thống nhất rằng hình thái ống tủy hình C không cùng một kiểu mà thay đổi suốt chiều dài chân răng [11-13]. Tuy dạng C1 thường thấy ở phần ba cổ của các răng có ống tủy hình C, nhưng sau đó hệ thống ống tủy hình C có thể phân nhánh, rồi hợp lại rất đa dạng. Do vậy, việc sửa soạn và trám bít hệ thống ống tủy hình C thật sự là một thách thức cho cả những nhà lâm sàng nội nha nhiều kinh nghiệm. Vì vậy, nếu chỉ khảo sát trên phim quanh chóp và quan sát trên lâm sàng không đủ cơ sở để người điều trị nội nha nắm rõ hình thái giải phẫu riêng biệt của răng có ống tủy hình C cần điều trị, không có cơ sở để đánh giá liệu hệ thống ống tủy dạng dải ở phần sàn tủy có phân tách thành 2 hoặc 3 ống tủy, rồi sau đó có hợp lại hay không... Do hình ảnh chân chụm dính trên phim không đủ để xác định ống tủy hình C nên nếu đặc điểm sàn tủy không phải dạng dải cong (C1 hoặc C2) ở phần cổ thì nhà lâm sàng không thể biết được sự thông nối bên dưới để có biện pháp thích hợp, dù chỉ dưới 5% răng có ống tủy hình C trong nghiên cứu này có dạng C3 tại phần ba cổ. Qua quá trình thực hiện nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy Conebeam CT là một phương tiện khảo sát ba chiều thích hợp, có thể cung cấp đầy đủ thông tin về tính chất của ống tủy hình C. Nhờ Conebeam CT, nhà lâm sàng có thể khảo sát lần lượt những thay đổi (nếu có) của ống tủy hình C trong lát cắt ngang qua chân răng từ cổ đến chóp, từ đó có những lưu ý phù hợp trong điều trị.

V. KẾT LUẬN

Vị trí lỗ sâu gặp nhiều nhất là ở mặt xa là 20 răng chiếm tỉ lệ 62,6%. Trong số 20 răng sâu mặt xa có 15 răng sâu do răng cối lớn thứ ba hàm dưới mọc chiếm tỷ lệ 46,9%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau, chiếm tỉ lệ 75%.

Răng có 2 ống tủy gặp với tỉ lệ cao nhất, chiếm 50%. Phần lớn (21/32 răng chiếm tỷ lệ (65,6%) ống tủy hình C có dạng dải cong liên tục (C1) ở phần ba cổ. Trong đó có 2/21 răng (9,5%) có 1 ống xuyên suốt

Bệnh viện Trung ương Huế

chiều dài, còn lại phân tách thành 2, 3 ống tủy ở các phần ba giữa và chóp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cruse W. P., R. B. A historic review of endodontics, 1689-1963, part 1. J Endod. 1980; 6(3): 495-499.
2. Cooke H. G., L. CF. C-shaped canal configurations in mandibular molars. J Am Dent Assoc. 1979; 99(5): 836-9.
3. Manning S. A. Root canal anatomy of mandibular second molars Part I. Int Endod J. 1990; 23(1): 34-39.
4. Haddad G. Y., Nehme W. B., F. OH. Diagnosis, classification, and frequency of C-shaped canals in mandibular second molars in the Lebanese population. J Endod. 1999; 25(4): 268-271.
5. Lê Thị Hương, Lê Gia Vinh, Trương Uyên Thái. Nghiên cứu hình thái ống tủy dạng chữ C ở răng số 7 hàm dưới vĩnh viễn. Tạp chí Y Học Thực Hành. 2009; 680 (9): 42-44.
6. Vũ Quang Hưng. Nghiên cứu hệ thống ống tủy răng cối lớn thứ hai hàm dưới trên thực nghiệm và đánh giá kết quả điều trị nội nha ống tủy chữ C trên lâm sàng. Luận văn tiến sĩ y học. Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng; Luận án tiến sĩ y học. 2018
7. Huỳnh Hữu Thực Hiền. Đặc điểm hình thái chân răng và ống tủy răng cối lớn thứ nhất và thứ hai người Việt. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. 2019.
8. Chu Thị Trâm Anh. Nhận xét hình thái ống tủy và đánh giá kết quả điều trị tủy răng hàm lớn thứ hai hàm dưới. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội. 2009.
9. Zheng Q., Zhang L., Zhou X., et al. C-shaped root canal system in mandibular second molars in a Chinese population evaluated by cone-beam computed tomography. Int Endod J. 2011; 44(9): 857-62.
10. Ladeira D. B., Cruz A. D., Freitas D. Q., et al. Prevalence of C-shaped root canal in a Brazilian subpopulation: a cone-beam computed tomography analysis. Braz Oral Res. 2014; 28: 39-45.
11. De Moor R. J., Deroose C. A., L. CF. The radix entomolaris in mandibular first molars: an endodontic challenge. Int Endod J. 2004; 37(11): 789-99.
12. Fan B., Cheung G. S., Fan M., et al. C-shaped canal system in mandibular second molars: Part I--Anatomical features. J Endod. 2004; 30(12): 899-903.
13. Min Y., Fan B., Cheung G. S., et al. C-shaped canal system in mandibular second molars Part III: The morphology of the pulp chamber floor. J Endod. 2006; 32(12): 1155-9.
14. Seo D. G., Gu Y., Yi Y. A., et al. A biometric study of C-shaped root canal systems in mandibular second molars using cone-beam computed tomography. Int Endod J. 2012; 45(9): 807-14.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM SỰ CỐ Y KHOA TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ NĂM 2021

Mai Xuân Hào^{1✉}, Phan Hải Thanh¹, Nguyễn Thanh Xuân¹, Phạm Nguyên Dạ Thảo¹, Tôn Nữ Nguyễn Hanh¹, Nguyễn Thị Tú Minh¹, Lê Hồ Xuân Thịnh¹

¹Phòng Quản lý chất lượng, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sự cố y khoa là các tình huống không mong muốn xảy ra trong quá trình chẩn đoán, chăm sóc và điều trị do các yếu tố khách quan, chủ quan mà không phải do diễn biến bệnh lý hoặc cơ địa người bệnh, tác động sức khỏe, tính mạng của người bệnh. Là một trong những vấn đề đáng lo ngại nhất trong quá trình cung ứng loại hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe an toàn cho người bệnh/khách hàng. Đề tài này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm sự cố y khoa tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 2021.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích 447 báo cáo sự cố y khoa gửi về phòng Quản lý chất lượng - Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian từ 01/01/2021 đến 31/12/2021.

Kết quả: Sự cố được phát hiện nhiều nhất ở các phòng bệnh (87,5%) và được các nhân viên y tế khối lâm sàng thực hiện báo cáo nhiều nhất (92,6%). Thời điểm xảy ra sự cố y khoa nhiều nhất là buổi chiều với 47,9%. Có 90,8% sự cố y khoa xảy ra tác động trực tiếp đến người bệnh. Mức độ tổn thương trung bình và nặng chiếm tỷ lệ cao và tương đối như nhau (38,9% và 36,9%). Sự cố về nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,0%.

Kết luận: Nhiễm khuẩn bệnh viện là nhóm sự cố y khoa chính xảy ra tại Bệnh viện Trung ương Huế. Không có sự cố y khoa nào nghiêm trọng xảy ra trong thời gian nghiên cứu.

Từ khoá: Sự cố y khoa, an toàn người bệnh chất lượng bệnh viện.

ABSTRACT

AN OBSERVATIONAL STUDY OF MEDICAL INCIDENTS AT HUE CENTRAL HOSPITAL IN 2021

Mai Xuan Hao^{1✉}, Phan Hai Thanh¹, Nguyen Thanh Xuan¹, Pham Nguyen Da Thao¹, Ton Nu Nguyen Hanh¹, Nguyen Thi Tu Minh¹, Le Ho Xuan Thinh¹

Background: Medical incidents are undesirable situations that occur in diagnosis, healthcare and treatment due to objective and subjective factors, which aren't due to the disease process or the patient's location affecting the health and life of the patient. This problem is one of the most worrying issues in providing safe healthcare services for patients/customers. This study aims to describe the characteristics of medical incidents occurring at Hue Central Hospital in 2021.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 447 medical incidents which were reported to the Quality Management Department of Hue Central Hospital during the period from January 1, 2021 to December 31, 2021.

Results: Incidents were detected the most in in-patient rooms (87,5%) and were reported the most by the staff of clinical departments (92,6%). The time when medical incidents occurred the most was in the afternoon with 47,9%. There were 90,8% of medical incidents that had a direct impact on the patient. Moderate and severe lesions accounted for a high and relatively similar rate (38.9% and 36.9%). Incidents of hospital-acquired infections showed the highest rate with 70.0%.

Ngày nhận bài:

17/01/2022

Chấp thuận đăng

20/02/2022

Tác giả liên hệ:

Mai Xuân Hào

Email:

xuanhaomai.95@gmail.com

SĐT: 0906513795

Conclusions: Hospital-acquired infections are the main group of medical incidents occurring at Hue Central Hospital. There were no serious medical incidents occurring during the study period.

Keywords: Medical incidents (adverse event), patient safety management, hospital quality management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự cố y khoa là các tình huống không mong muốn xảy ra trong quá trình chẩn đoán, chăm sóc và điều trị do các yếu tố khách quan, chủ quan mà không phải do diễn biến bệnh lý hoặc cơ địa người bệnh tác động sức khỏe, tính mạng của người bệnh [1]. Theo các chuyên gia y tế thách thức hàng đầu trong lĩnh vực y tế hiện nay là bảo đảm cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe an toàn cho người bệnh/khách hàng và sự cố y khoa là một trong những vấn đề đáng lo ngại nhất trong quá trình cung ứng loại hình dịch vụ này. Cụ thể theo Tổ chức Y tế Thế giới, cứ 10 người bệnh sẽ có 1 người bị sự cố trong quá trình chăm sóc tại bệnh viện, sự cố y khoa do chăm sóc không an toàn có thể là 1 trong 10 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế trên phạm vi toàn cầu, tần suất sự cố y khoa trong chăm sóc sức khỏe ban đầu và chăm sóc ngoại trú là 4/10 và trong 100 người bệnh nhập viện thì có 10 người bị nhiễm trùng bệnh viện [2]. Vì vậy, việc ghi nhận và phân tích sự cố y khoa là vấn đề quan trọng được các nhà quản lý quan tâm hiện nay nhằm không chỉ góp phần giảm thiểu ảnh hưởng của các rủi ro do sự cố gây ra mà còn giúp hạn chế sự tái diễn của các vấn đề tương tự xảy ra trong tương lai, qua đó giúp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại đơn vị.

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, công tác báo cáo sự cố y khoa đã được triển khai từ đầu năm 2019 căn cứ theo Thông tư 43/2018/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 26/12/2018 [1] và Thông báo số 58/TB-BVH ngày 22/01/2019 của Giám đốc Bệnh viện Trung ương Huế [3]. Từ đầu năm 2020, Bệnh viện tiến hành ứng dụng phần mềm báo cáo sự cố y khoa trên tiện ích Google Forms, qua đó hỗ trợ các Trung tâm/Khoa/Phòng chủ động hơn trong việc báo cáo sự cố về phòng Quản lý chất lượng nhưng đến nay Bệnh viện chưa có bất cứ nghiên cứu nào về đặc điểm sự cố y khoa tại Bệnh viện. Do đó, với mong muốn đem lại sự an toàn cho người bệnh ở mức cao nhất, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm sự cố y khoa tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các sự cố y khoa xảy ra và được báo cáo về phòng Quản lý chất lượng tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 1 thông qua phần mềm báo cáo sự cố y khoa trong thời gian từ ngày 01 tháng 01 năm 2021 đến ngày 31 tháng 12 năm 2021.

Tiêu chuẩn xác định sự cố y khoa: Là các tình huống không mong muốn xảy ra trong quá trình chẩn đoán, chăm sóc và điều trị do các yếu tố khách quan, chủ quan mà không phải do diễn biến bệnh lý hoặc cơ địa người bệnh, tác động sức khỏe, tính mạng của người bệnh.

Phân loại sự cố y khoa theo nhóm tác động: thực hiện quy trình kỹ thuật, thủ thuật chuyên môn, nhiễm khuẩn bệnh viện, thuốc và dịch truyền, máu và các chế phẩm máu, thiết bị y tế, hành vi, tai nạn đối với người bệnh, hạ tầng cơ sở, quản lý nguồn lực và tổ chức, hồ sơ/tài liệu/thủ tục hành chính, chăm sóc/điều trị, quản lý người bệnh, loét do tì đè hoặc các vấn đề khác.

Tiêu chuẩn loại trừ: các báo cáo không đúng qui định hoặc thiếu thông tin cần thiết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ các báo cáo sự cố y khoa được ghi nhận trên phần mềm báo cáo sự cố y khoa trong thời gian nghiên cứu.

Kỹ thuật thu thập số liệu: Phần mềm báo cáo sự cố y khoa được xây dựng trên ứng dụng Google Forms theo mẫu đính kèm trong Thông tư 43/2018/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 26/12/2018 [1].

Nội dung báo cáo:

- Đơn vị và đối tượng thực hiện báo cáo.
- Thông tin về đối tượng bị xảy ra sự cố.

Đánh giá đặc điểm sự cố y khoa tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 2021

- Thông tin về sự cố được báo cáo: địa điểm xảy ra sự cố, ngày giờ xảy ra sự cố, mô tả sự cố, đề xuất giải pháp và xử lý đã thực hiện, đánh giá mức độ của sự cố.

Hình 1: Giao diện trang chủ của biểu mẫu báo cáo sự cố y khoa

2.3. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu thu thập được phân tích bằng phương pháp thống kê y học, có sử dụng chương trình Excel, SPSS. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng bảng tần số và tỉ lệ.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2021, chúng tôi ghi nhận và đã phân tích toàn bộ sự cố y khoa được báo cáo trên phần mềm với số lượng là 447 sự cố với kết quả phân tích cụ thể như sau:

Bảng 1: Phân loại theo đối tượng báo cáo

Chuyên khoa	Bác sỹ		Điều dưỡng		Khác		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ngoại	0	0,0%	47	12,7%	0	0,0%	47	10,5%
Nội	6	13,6%	53	14,3%	0	0,0%	59	13,2%
Nhi	0	0,0%	63	17,0%	0	0,0%	63	14,1%
Ung bướu	4	9,1%	27	7,3%	0	0,0%	31	6,9%
Chấn thương chỉnh hình	0	0,0%	58	15,7%	0	0,0%	58	13,0%
Tim mạch	5	11,4%	15	4,1%	0	0,0%	20	4,5%
Gây mê – Chăm sóc đặc biệt	18	40,9%	97	26,2%	0	0,0%	115	25,7%
Khác (Răng hàm mặt, tai mũi họng, mắt...)	11	25,0%	10	2,7%	0	0,0%	21	4,7%
Cận lâm sàng	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Phòng chức năng	0	0,0%	0	0,0%	33	100,0%	33	7,4%
Tổng	44	9,8%	370	82,8%	33	7,4%	447	100,0%

Đối tượng thực hiện báo cáo sự cố y khoa nhiều nhất là điều dưỡng với tỷ lệ 82,8%. Khối lâm sàng

thực hiện báo cáo nhiều nhất (92,6%) với chuyên khoa gây mê – chăm sóc đặc biệt là khu vực ghi nhận

Bệnh viện Trung ương Huế

nhiều sự cố y khoa xảy ra nhất (25,7%). Khối cận lâm sàng không ghi nhận bất cứ báo cáo sự cố y khoa nào.

Bảng 2: Phân loại theo thời điểm xảy ra sự cố y khoa

Thời gian	n	%
0h – 6h	24	5,3%
06h – 12h	164	36,7%
12h – 18h	214	47,9%
18h – 24h	45	10,1%

Thời điểm xảy ra sự cố y khoa nhiều nhất là buổi chiều lúc 12h – 18h với 47,9%. Thời điểm ít xảy ra sự cố nhất là lúc 0h – 6h (5,4%).

Bảng 3: Phân loại theo vị trí xảy ra sự cố y khoa

Thời gian	n	%
Phòng bệnh	392	87,7%
Phòng mổ	1	0,2%
Phòng cấp cứu	6	1,4%
Khu vực ngoại trú	35	7,8%
Nhà vệ sinh	5	1,1%
Hành lang	6	1,4%
Ngoài khuôn viên Bệnh viện	1	0,2%
Khác	1	0,2%

Hầu hết các sự cố y khoa đều xảy ra tại phòng bệnh với 391/447 trường hợp (87,5%). Khu vực ngoại trú được ghi nhận với 35/447 báo cáo (7,8%).

Bảng 4: Phân loại đối tượng bị sự cố y khoa tác động

Thời gian	n	%
Người bệnh	406	90,8%
Nhân viên y tế	1	0,2%
Hồ sơ bệnh án/Phiếu kết quả	31	6,9%
Nhân viên vệ sinh	1	0,2%
Người nhà/khách đến thăm	2	0,4%
Trang thiết bị/cơ sở hạ tầng	6	1,3%

Có 406/447 (90,8%) sự cố y khoa xảy ra tác động trực tiếp đến người bệnh, 1 sự cố ảnh hưởng đến nhân viên y tế và đáng chú ý có 31 trường hợp liên quan đến sai sót trong hồ sơ bệnh án hoặc phiếu trả kết quả cận lâm sàng cho bệnh nhân.

Bảng 5: Phân loại theo mức độ tổn thương do sự cố y khoa gây ra

Thời gian	n	%
Tình huống có nguy cơ xảy ra sự cố	0	0,0%
Nhẹ	108	24,2%
Trung bình	174	38,9%
Nặng	165	36,9%

Tổn thương do sự cố y khoa gây ra ở mức độ trung bình và nặng chiếm tỷ lệ cao và tương đối như nhau (38,9% và 36,9%).

Bảng 6: Phân loại theo nhóm sự cố

Đối tượng	n	%
Thực hiện quy trình kỹ thuật, thủ thuật chuyên môn	12	2,7%
Nhiễm khuẩn bệnh viện	313	70,0%
Máu và các chế phẩm máu	35	7,8%
Thiết bị y tế	1	0,2%
Hành vi	2	0,4%
Tai nạn đối với người bệnh	22	4,9%
Hạ tầng cơ sở	11	2,5%
Hồ sơ, tài liệu, thủ tục hành chính	33	7,4%
Chăm sóc/Điều trị	5	1,1%
Quản lý người bệnh	2	0,4%
Loét do tì đè	9	2,0%
Khác	2	0,4%

Sự cố y khoa tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 2021 tương đối đa dạng với nhiều nhóm sự cố khác nhau, trong đó sự cố về nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm tỷ lệ cao nhất với 313/447 trường hợp (70,0%).

IV. BÀN LUẬN

Điều dưỡng là lực lượng có tỷ lệ thực hiện báo cáo sự cố y khoa cao nhất (82,8%), mặc dù số liệu này lớn hơn các báo cáo của Gerald Sendlhofer (57%), Nguyễn Thị Thu Hà (67,9%) và Kiều Quang Phát (62,7%), nhưng lại phản ánh cùng một thực trạng là các báo cáo được thực hiện chủ yếu do đội ngũ điều dưỡng [4-6]. Điều này dễ dàng hiểu được, điều dưỡng luôn là lực lượng thường xuyên tiếp xúc thực hiện công tác chăm sóc và điều trị, do đó họ luôn là lực lượng phát hiện sự cố đầu tiên xảy ra tại khoa phòng mình. Bên cạnh đó, số liệu này còn cho thấy vai trò

quan trọng của điều dưỡng trong việc góp phần cải tiến chất lượng chăm sóc sức khỏe tại Bệnh viện Trung ương Huế nói riêng và các cơ sở y tế nói chung. Mặc khác, tỷ lệ bác sỹ thực hiện báo cáo sự cố y khoa trong nghiên cứu (9,8%) là khác với báo cáo của Davide Ferorelli (86,0%) [7]. Lý do cho sự khác biệt này có thể bắt nguồn từ vai trò và trách nhiệm tại mỗi cơ sở y tế là khác nhau. Mặc dù số lượng báo cáo được thực hiện bởi đội ngũ thường xuyên tiếp xúc với người bệnh (điều dưỡng) là dấu hiệu tích cực nhưng điều này cũng cho thấy sự cần thiết của việc khuyến khích lực lượng bác sỹ tham gia thực hiện báo cáo sự cố nhằm góp phần đa dạng thông tin và kiến thức chuyên môn xử lý các tình huống sự cố y khoa tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Trách nhiệm hoàn thiện và ý thức cung cấp đầy đủ thông tin sự cố y khoa của nhân viên y tế tại Bệnh viện Trung ương Huế được đánh giá cao khi tất cả các báo cáo đều được cung cấp đầy đủ thông tin về địa điểm và thời gian xảy ra sự cố với tỷ lệ 100%, cao hơn số liệu trong nghiên cứu của Kiều Quang Phát [8].

Hầu hết các sự cố y khoa đều được báo cáo từ các khoa lâm sàng (92,6%), số liệu này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Gerald Sendlhofer, Nguyễn Thị Thu Hà, Kiều Quang Phát và Davide Ferorelli [4-7]. Hơn nữa, đa số các sự cố đều xảy ra tại phòng với 397/447 trường hợp (sự chiếm ưu thế này tương đồng với báo cáo của Nguyễn Thị Thu Hà [6]), qua đó xác định được khu vực người bệnh thường nghỉ ngơi, sinh hoạt và được thực hiện các kỹ thuật chuyên môn chẩn đoán và điều trị cũng là nơi dễ xảy ra sự cố cho người bệnh nhất.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra thời điểm thường xuyên xảy ra sự cố nhất là vào buổi chiều (12h - 18h) với 47,9%, tương đồng với nghiên cứu của Kiều Quang Phát [8] và khác với nghiên cứu của Davide Ferorelli [7] là buổi tối. Điều này vẫn chưa đưa ra được nhận định chung gì vì đánh giá của Kiều Quang Phát [8] còn thiếu thông tin và các nhà nghiên cứu còn lại không chỉ ra dữ liệu này [4-6], nhưng có thể thấy chúng tôi đã bước đầu xác định được thời điểm thường xảy ra nhất trong ngày để các nhà quản lý có thể nắm bắt phòng ngừa trong thời gian tới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh là đối tượng bị tác động nhiều nhất do sự cố y khoa gây ra với tỷ lệ 90,8%, điều này tương đồng với các nghiên

cứu của Nguyễn Thị Thu Hà và Kiều Quang Phát. Vấn đề này khá phù hợp với thực tế vì đây là đối tượng chính trong nhiệm vụ chăm sóc và điều trị của bệnh viện. Ngoài ra, trong khi kết quả nghiên cứu của 2 tác giả trên còn chỉ ra nhân viên y tế và trang thiết bị/cơ sở hạ tầng là 2 đối tượng cũng thường xuyên bị tác động với tỷ lệ trên 20% thì ở nghiên cứu chúng tôi chỉ ra nhóm này lại rất thấp (dưới 2%), điều này cho thấy công tác phòng ngừa xảy ra sự cố cho 2 đối tượng này tại bệnh viện luôn được đảm bảo nhằm tạo điều kiện tối đa nhất trong việc cung ứng dịch vụ chăm sóc người bệnh [5,8].

Nghiên cứu chỉ ra mức độ tổn thương do sự cố y khoa là khác với các nghiên cứu của các tác giả khác. Tỷ lệ tổn thương ở 3 mức độ trong nghiên cứu là khá tương đồng nhau (~30%) trong khi tổn thương nhẹ lại chiếm đa số ở các nghiên cứu của Davide Ferorelli (73,9%) và Kiều Quang Phát (62,7%) [7,8]. Sự khác biệt này rất khó để so sánh và xác định nguyên nhân do nhiều yếu tố khách quan và chủ quan trong quá trình điều trị cũng như sự khác biệt giữa các bệnh viện và mặt bệnh khác nhau.

Sự cố nhiễm khuẩn bệnh viện được ghi nhận tại bệnh viện chúng tôi chiếm đa số (70,0%) trong khi đó nghiên cứu của Davide Ferorelli tại một bệnh viện Đại học Ý [7] chỉ ra té ngã là sự cố hàng đầu của họ và các nghiên cứu khác không đưa ra số liệu này [4-6,8]. Điều này cũng tương tự với số liệu về mức độ ảnh hưởng của sự cố, do nhiều yếu tố khác nhau nên tại các cơ sở y tế sẽ có mặt bệnh và loại hình sự cố đặc trưng riêng cho mỗi cơ sở điều trị. Và theo kết quả của nghiên cứu của chúng tôi thì nhiễm khuẩn bệnh viện là một nguy hại hiện hữu và rõ ràng nhất mà nhà quản lý Bệnh viện Trung ương Huế nên tập trung vào giải quyết.

V. KẾT LUẬN

Đây là một nghiên cứu được thực hiện với phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang về số liệu các sự cố y khoa được các khoa, phòng trong một bệnh viện hạng đặc biệt của Bộ Y tế - Việt Nam báo cáo trong năm 2021. Trong thời gian nghiên cứu có tất cả 447 báo cáo đã ghi nhận với sự đa dạng khác nhau về loại hình, đối tượng và nội dung. Điều dưỡng là lực lượng chính tham gia vào công tác này với tỷ lệ 82,8%. 100% sự cố mô tả đầy đủ thời gian và địa điểm xảy ra sự cố, các sự cố được phát hiện nhiều nhất ở các phòng bệnh (87,5%) và được các nhân viên y tế khối

Bệnh viện Trung ương Huế

lâm sàng thực hiện báo cáo nhiều nhất (92,6%). Thời điểm xảy ra sự cố y khoa nhiều nhất là buổi chiều lúc 12h – 18h với 47,9%. Có 406/447 (90,8%) sự cố y khoa xảy ra tác động trực tiếp đến người bệnh. Các sự cố y khoa gây ra tổn thương ở mức độ trung bình và nặng chiếm tỷ lệ cao và tương đối như nhau (38,9% và 36,9%). Sự cố về nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm tỷ lệ cao nhất với 313/447 trường hợp (70,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018. 2018.
2. World Health Organization. 10 facts on patient safety. Patient Safety and Risk Management Service Delivery and Safety. 2019.
3. Bệnh viện Trung ương Huế. Thông báo về việc báo cáo sự cố y khoa và tai biến xảy ra tại Bệnh viện TW Huế. Thông báo số 58/TB-BVH ngày 22/01/2019. 2019.
4. Sendlhofer, G., Schweppe, P., Sprincnik, U. et al. Deployment of Critical Incident Reporting System (CIRS) in public Styrian hospitals: a five year perspective. BMC Health Serv Res. 2019. 19(412):1-8.
5. Nguyễn Thị Thu Hà, Trần Viết Tiếp, Nguyễn Thị Trang Nhung. Kết quả bước đầu triển khai hệ thống báo cáo sự cố y khoa tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí giai đoạn 2013-2018. Tạp chí nghiên cứu Y học. 2019. 123 (7):172-180.
6. Kiều Quang Phát, Nguyễn Huy Ngọc, Nguyễn Thị Kim Ngân, Nguyễn Quang Ân. Báo cáo sự cố y khoa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021. 503(1):203-208
7. Ferorelli D, Solarino B, Trotta S et al. Incident Reporting System in an Italian University Hospital: A New Tool for Improving Patient Safety. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020.17(17): 6267.
8. Kiều Quang Phát, Nguyễn Huy Ngọc, Nguyễn Thị Kim Ngân, Nguyễn Quang Ân. Đặc điểm sự cố y khoa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021. 503(1):133-137.

DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT QUA DA XUYÊN GAN TRONG XỬ TRÍ TẮC MẬT ÁC TÍNH: KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU

Lê Nguyên Pôn¹, Trần Văn Khôi², Ngô Đắc Hồng Ân¹, Huyền Tôn Nữ Hồng Hạnh³, Lê Minh Tuấn¹, Đặng Quang Hùng³, Lê Hoàng Huy³, Lê Trọng Bình^{1✉}

¹Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế

²Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế

³Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật dẫn lưu đường mật qua da xuyên gan (PTBD) trong xử trí tắc mật ác tính.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả ngang có theo dõi trên 48 bệnh nhân tắc mật ác tính được dẫn lưu mật qua da xuyên gan (PTBD) tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế từ 1/2019 đến 10/2021. Mô tả các đặc điểm kỹ thuật và chỉ định của PTBD. Đánh giá tính an toàn thông qua các biến chứng, tính hiệu quả thông qua sự thành công về mặt kỹ thuật và giảm bilirubin toàn phần (bilirubin TP).

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $66,4 \pm 13,3$. Giá trị trung bình của bilirubin toàn phần là $235,25 \pm 129,87$ ($\mu\text{mol/l}$). Tỷ lệ thành công về mặt thủ thuật là 100%, tỷ lệ đặt được dẫn lưu trong – ngoài là 37,5%, giảm bilirubin toàn phần đáng kể là 78,9%. Tổn thương gan đa ổ làm giảm hiệu quả hạ bilirubin. Tỷ lệ biến chứng nặng là 12,5% và biến chứng nhẹ là 18,8%, các biến chứng nặng đều liên quan đến nhiễm trùng.

Kết luận: PTBD là một kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong cải thiện triệu chứng của tắc mật ác tính.

Từ khóa: Tắc mật ác tính, dẫn lưu đường mật qua da, bilirubin

ABSTRACT

PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC BILIARY DRAINAGE FOR MALIGNANT BILIARY OBSTRUCTION: A PRELIMINARY RESULT

Le Nguyen Pon¹, Tran Van Khoi², Ngo Dac Hong An¹, Huyen Ton Nu Hong Hanh³, Le Minh Tuan¹, Dang Quang Hung³, Le Hoang Huy³, Le Trong Binh^{1✉}

Aim: to evaluate the safety and effectiveness of percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD) for malignant biliary obstruction.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 48 patients with malignant biliary obstruction who underwent PTBD at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from 1/2019 to 10/2021. Indications, technique, safety and effectiveness of PTBD were based on the Society of Interventional Radiology (SIR) guideline. Study endpoint was the successful placement of the drainage catheter within the biliary tract. A post PTBD reduction of total bilirubin level $\geq 20\%$ was defined significant. Catheter position, configuration and side-hole modification were decided case-by-case based on cholangiographic findings and treatment purposes.

Results: The mean age was 66.4 ± 13.3 years. The mean total bilirubin level was 235.25 ± 129.87 $\mu\text{mol/l}$. PTBD was indicated as a first-line modality in 89.6%, mostly for palliative purpose (89.6%); 10.4% in emergency setting. Technical success was 100%,

Ngày nhận bài:

26/11/2021

Chấp thuận đăng:

05/02/2022

Tác giả liên hệ:

Lê Trọng Bình

Email:

letrongbinh@hueuni.edu.vn

SĐT: 0905215096

37.5% achieved internal-external drainage. Significant reduction in serum total bilirubin in 78.9% of cases. Multifocal liver lesions were associated with reduced drainage outcome. In-hospital major and minor complication rates were 12.5% and 18.8%, respectively. All major complications were infection-related.

Conclusions: PTBD is safe and effective for the management for malignant biliary obstruction.

Keywords: malignant biliary obstruction, percutaneous transhepatic biliary drainage, bilirubin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc mật ác tính là một bệnh cảnh lâm sàng nặng, điều trị khó khăn do bệnh nhân thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, bệnh tiến triển, toàn trạng kém [1]. Tắc mật gây ra nhiều hậu quả nặng nề như nhiễm trùng, sốc nhiễm trùng, suy gan, suy thận và tử vong. Tình trạng tắc mật cũng là chống chỉ định của nhiều phương pháp điều trị như phẫu thuật, hóa trị, xạ trị. Vì vậy dẫn lưu thường được chỉ định để giảm áp đường mật, giảm các biến chứng tại chỗ và toàn thân, cải thiện toàn trạng của bệnh nhân và tạo tiền đề cho những can thiệp điều trị tiếp theo [2-4].

Dẫn lưu đường mật qua da xuyên gan (PTBD) là kỹ thuật can thiệp xâm nhập tối thiểu tiếp cận đường mật ngoại vi qua da xuyên gan dưới hướng dẫn của hình ảnh [5]. PTBD có tỉ lệ thành công cao (70-100%) [4-7] và tỷ lệ biến chứng thấp (4-12%) [6,8]. PTBD có vai trò quan trọng trong giảm áp đường mật, cải thiện triệu chứng và toàn trạng, từ đó tạo điều kiện cho phẫu thuật triệt để hoặc hóa trị, xạ trị [5]. Trong những trường hợp phẫu thuật hoặc nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) có chống chỉ định, nguy cơ cao hay thất bại, PTBD là một lựa chọn thay thế an toàn và hiệu quả [5]. Ngoài ra, PTBD cũng là can thiệp bước đầu trước khi đặt stent đường mật qua da nhằm tái lưu thông đường mật [9]. Đề tài được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá sự an toàn và hiệu quả của PTBD trong xử trí tắc mật ác tính.

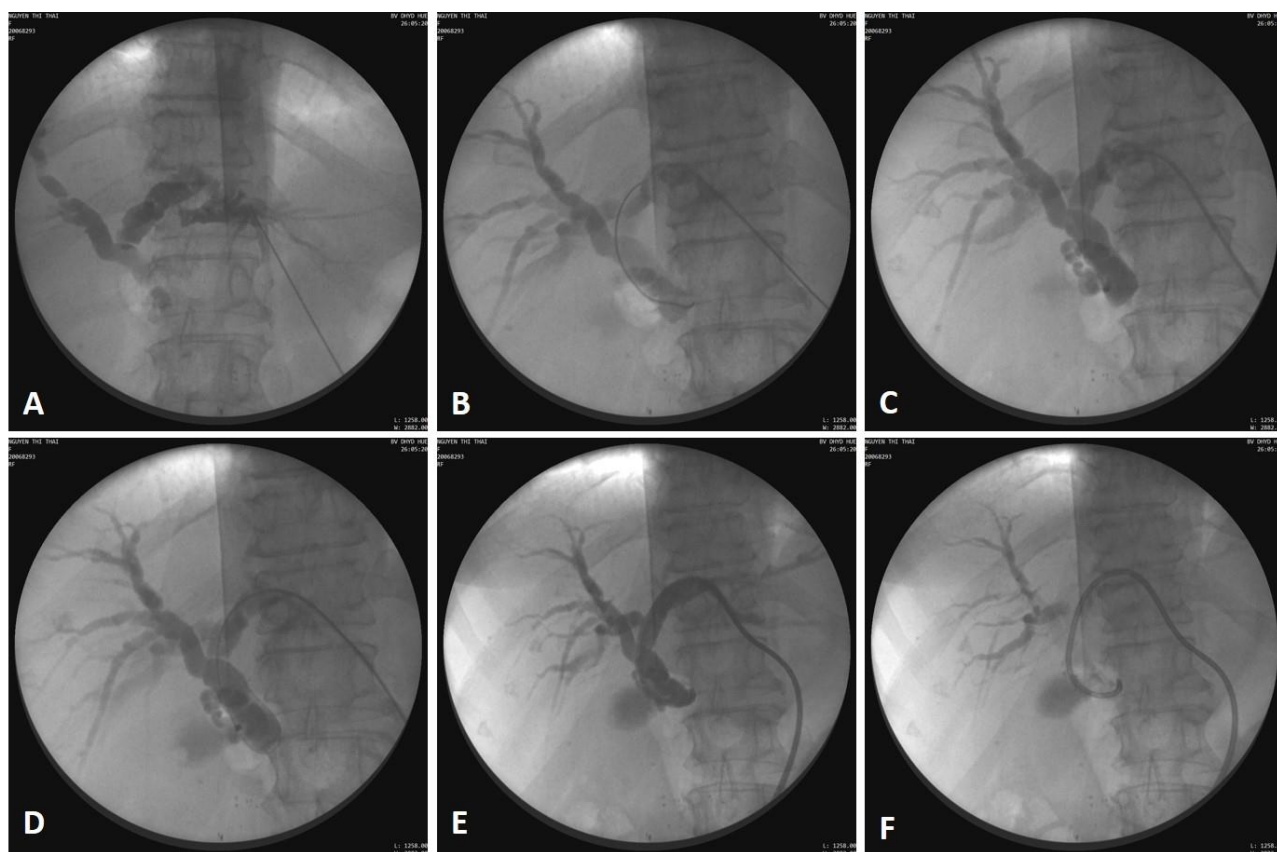
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả ngang có theo dõi trên 48 bệnh nhân tắc mật ác tính được thực hiện PTBD tại Bệnh

viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 1/2019 đến 10/2021. Chẩn đoán tắc mật dựa vào lâm sàng, xét nghiệm Bilirubin và các kỹ thuật hình ảnh (siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ) khi có giãn đường mật trong gan (được định nghĩa khi đường kính đường mật $\geq 2\text{mm}$) [10]. Chỉ định của PTBD gồm: (i) giảm áp trong tắc nghẽn đường mật, hẹp miệng nối mật ruột, viêm-nhiễm trùng đường mật, dò mật và (ii) tiếp cận đường mật nhằm mục đích điều trị như lấy sỏi, nong, đặt stent đường mật, phối hợp với ERCP (kỹ thuật rendez-vous), nội soi đường mật [7,11]. Kỹ thuật, đánh giá an toàn và hiệu quả của PTBD theo hướng dẫn thực hành của Hội Chẩn đoán hình ảnh can thiệp Hoa Kỳ (SIR) [7].

Mô tả kỹ thuật PTBD theo phương pháp Seldinger (Hình 1): chọc nhánh đường mật ngoại vi bằng kim Chiba 22G dưới hướng dẫn siêu âm. Chọc đường mật qua kim (1A). Luồn dây dẫn hair wire 0.018" vào đường mật dưới hướng dẫn của C-arm/DSA (1B). Đặt sheath 5F, chụp toàn bộ đường mật để đánh giá giải phẫu, vị trí tắc, mức độ tắc, kiểu tắc, nguyên nhân tắc và biến chứng (1C). Luồn dây dẫn 0.035" (Terumo, Tokyo, Japan) vào đường mật xuống ống mật chủ (1D). Có thể sử dụng catheter (thường là Cobra 5F) để hỗ trợ trong việc luồn dây dẫn đi xuyên qua vị trí tắc. Đòi dây dẫn cứng Amplatz (Boston scientific, Natick, MA, USA). Nong đường mật bằng ống nong (dilator) 8F và đặt dẫn lưu 8-10F (1E). Vị trí đặt dẫn lưu, kiểu dẫn lưu (ngoài vs. trong-ngoài, chữ T vs. chữ Y, có lỗ bên) được quyết định tùy trường hợp cụ thể. Chụp kiểm tra sau dẫn lưu (1F). Nong bằng bóng và đặt stent đường mật thì hai nếu có chỉ định.

Dẫn lưu đường mật qua da xuyên gan trong xử trí tắc mật ác tính: Kết quả bước đầu



Hình 1: Mô tả kỹ thuật PTBD ở bệnh nhân tắc mật do u đầu tụy.

Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm chung về tuổi và giới, chỉ định, đặc điểm kỹ thuật, các biến chứng trong và sau thủ thuật, sự thay đổi giá trị Bilirubin toàn phần huyết tương trước và sau thủ thuật. Các biến chứng chia làm 2 nhóm: nặng và nhẹ theo SIR [7]. Thành công về mặt kỹ thuật được định nghĩa là đặt được dẫn lưu vào đường mật, dịch mật chảy ra qua catheter. Giảm Bilirubin TP có ý nghĩa khi giá trị Bilirubin TP sau khi PTBD (được lấy máu xét nghiệm trong vòng 1 tuần sau PTBD) giảm $\geq 20\%$ so với giá trị Bilirubin TP trước PTBD.

Sử dụng test Chi square để kiểm định sự khác biệt giữa các nhóm trong một biến, Binary logistic regression đơn biến và đa biến để khảo sát mối tương quan giữa hiệu quả giảm Bilirubin TP và một số yếu tố. Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 (IBM corp, IL, Hoa Kỳ). Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $66,4 \pm 13,3$. Không có sự khác biệt về giới. Giá trị trung bình của bilirubin toàn phần và trực tiếp trước PTBD lần

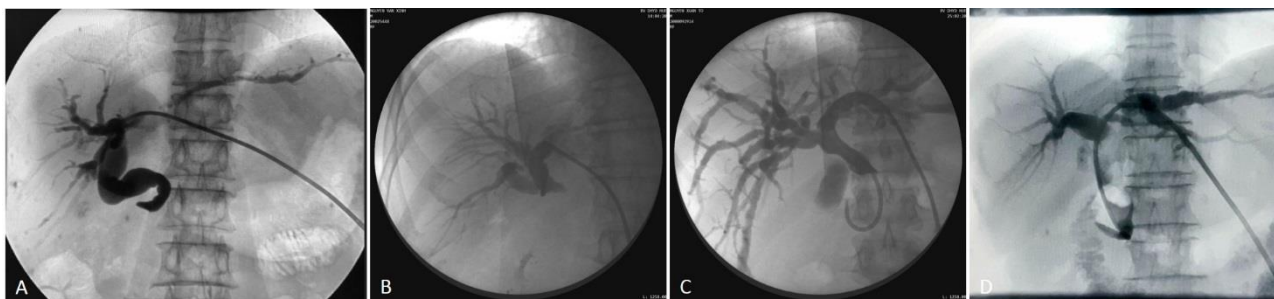
lượt là $235,25 \pm 129,87 \mu\text{mol/l}$ và $208,33 \pm 122,24 \mu\text{mol/l}$. Nguyên nhân tắc mật gồm: u Klatskin (39,6%), u đầu tụy (18,8%), ung thư dạ dày-tá tràng (12,5%), hạch ác tính đầu tụy (10,4%), HCC đa ổ (8,3%), u bóng Vater (8,3%), di căn gan đa ổ (2,1%).

Có 89,6% PTBD được chỉ định ngay từ đầu, 89,6% để điều trị giảm nhẹ; 10,4% PTBD cấp cứu. Tỷ lệ thành công về mặt thủ thuật của PTBD là 100%. Đa số được dẫn lưu bên trái (62,5%), bên phải (18,8%) và hai bên (18,8%); có 37,5% bệnh nhân được dẫn lưu trong-ngoài (Hình 2, 3). Tỷ lệ biến chứng nặng là 12,5% và biến chứng nhẹ là 18,8%. Biến chứng nặng bao gồm nhiễm trùng huyết (4,2%), nhiễm trùng đường mật (4,2%), viêm phúc mạc mật (2,1) và viêm tụy cấp (2,1%). Sau PTBD, 78,9% bệnh nhân giảm bilirubin toàn phần huyết tương đáng kể. Hiệu quả giảm bilirubin tương quan nghịch với tổn thương gan đa ổ ($p < 0,01$) và không có tương quan với các yếu tố tuổi, giới, báng, Bilirubin TP trước thủ thuật. Số ngày nằm viện trung bình sau PTBD của bệnh nhân là 17,75 ngày (3-66 ngày). Có 87,5% ra viện với tình trạng ổn định, 12,5% bệnh nặng, không đáp ứng điều trị.

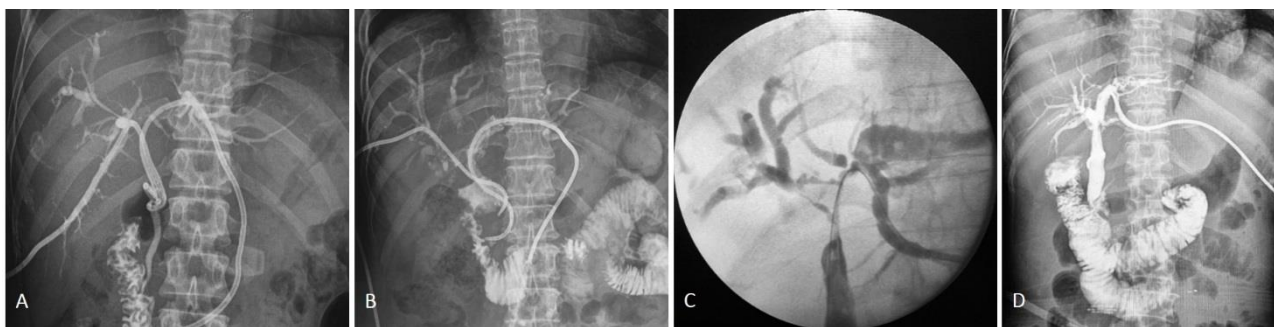
Bệnh viện Trung ương Huế

Các biến chứng nhẹ bao gồm: dò mật quanh catheter (n=2), chảy máu đường mật thoát qua (n=4), chảy máu chân dẫn lưu thoát qua (n=1), tụt dẫn lưu (n=1), tắc ruột cơ năng (n=1). Có 6 trường hợp biến chứng nặng đều liên quan đến nhiễm trùng,

trong đó có 4 trường hợp được điều trị nội khoa ổn định và xuất viện; còn 2 trường hợp shock nhiễm trùng huyết và viêm phúc mạc mật không đáp ứng với hồi sức tích cực và tử vong.



Hình 2: PTBD 1 bên. (A) Tiền phẫu khối u đầu tụy. (B) Chăm sóc giai đoạn cuối ở bệnh nhân ung thư dạ dày di căn hạch đầu tụy-rốn gan. (C) Dẫn lưu trong-ngoài ở bệnh nhân Lymphoma. (D) Dẫn lưu tạm thời ở bệnh nhân u Klatskin type II.



Hình 3: PTBD hai bên và đặt stent đường mật qua da. (A) PTBD có lỗ bên ở bệnh nhân u Klatskin IIIA. (B) PTBD hai bên kiểu chữ Y ở bệnh nhân ung thư đường mật giai đoạn cuối, xâm lấn rộng. (C, D) PTBD và stent kiểu chữ T ở bệnh nhân u Klatskin type II. Tái thông đường mật hoàn toàn sau đặt stent.

IV. BÀN LUẬN

Nguyên nhân tắc mật ác tính hay gặp nhất là ung thư đường mật rốn gan (u Klatskin) (39,6%), tiếp theo là ung thư tụy (18,8%). Trong xử trí tắc mật, PTBD có thể được chỉ định ngay từ đầu ở những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật, đang trong tình trạng nghi ngờ shock nhiễm trùng, tiên lượng ERCP khó khăn (89,6%), hoặc sau khi ERCP thất bại (10,4%). Tất cả các trường hợp sau ERCP thất bại khi thực hiện PTBD đều thành công về mặt thủ thuật. Mục đích chính của PTBD trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là điều trị giảm nhẹ lâu dài (89,6%), chỉ có 5 trường hợp (10,4%) được dẫn lưu PTBD để cải thiện trước khi thực hiện phẫu thuật. Nghiên cứu của Teng kết luận rằng dẫn lưu mật trước phẫu thuật đặc biệt hiệu quả trong cải thiện dự hậu của bệnh nhân cũng như

giảm tỷ lệ bệnh tật và tử vong nếu Bilirubin toàn phần ở mức cao ($>15\text{mg/dl}$) [12]. Chúng tôi lựa chọn dẫn lưu bên trái ở 65,6 % vì sự thoải mái cho bệnh nhân, cải thiện chất lượng sống. So với bên phải, dẫn lưu bên trái ít gây triệu chứng đau liên sườn, khó thở, mệt mỏi chán ăn, tuy nhiên thao tác bên trái gây nhiễm xạ nhiều hơn cho phẫu thuật viên [13,14].

Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật của PTBD trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, cao hơn ngưỡng mà SIR đưa ra đối với đường mật giãn là 95% [7]. Điều này là do đa số bệnh nhân tắc mật ác tính đều có giãn đường mật ở nhiều mức độ. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ thành công cao của PTBD như Chung Hoàng Phương 100% [15], Giurazza 100% [16], Guang Yuan Zhang 100% [1]. PTBD có hiệu quả giảm Bilirubin TP trong 78,9% trường hợp, tương tự với kết quả nghiên cứu của Marcela là 80% [17] và

Dẫn lưu đường mật qua da xuyên gan trong xử trí tắc mật ác tính: Kết quả bước đầu

của Guang Yuan Zhang [1] là 76,5%. Sự thành công trong giảm Bilirubin có mối liên quan rất có ý nghĩa với yếu tố tổn thương gan đa ổ, tương tự nghiên cứu của Guang Yuan Zhang năm 2014 [1].

Các kỹ thuật dẫn lưu qua da trước đây thường sử dụng kim chọc cỡ lớn (14-16G), tiếp cận đường mật gần lớn dưới hướng dẫn của siêu âm, dẫn lưu được đặt vào đường mật ở vị trí bất kỳ. Đối với PTBD, chúng tôi sử dụng bộ mở đường nhỏ với kim chọc 22G, dây dẫn hair wire 0.018" và microsheath 5F cho phép tiếp cận ngoại vi đường mật gần tối thiểu, giúp tăng tỉ lệ thành công và giảm tỉ lệ tai biến do chọc. Ngoài ra việc chụp đường mật có cản quang trong quá trình thủ thuật giúp đánh giá đầy đủ giải phẫu và các biến thể giải phẫu của đường mật; xác định vị trí, mức độ, kiểu hẹp/tắc đường mật; nguyên nhân tắc mật (u trong lòng, chèn ép, xâm lấn từ bên ngoài...); các biến chứng của tắc mật (dò vào mạch máu, tụ dịch mật...). Việc thực hiện thủ thuật dưới hướng dẫn của máy chụp mạch xóa nền giúp cho việc thao tác dây dẫn và catheter dễ dàng hơn: đi xuyên qua vị trí tắc, đặt dẫn lưu vào vị trí mong muốn, nhiều kiểu dẫn lưu khác nhau (dẫn lưu trong; dẫn lưu trong-ngoài có lỗ bên; dẫn lưu 2 thùy gan kiểu chữ Y, kiểu chữ T), nong và đặt stent đường mật. Do vậy vừa tăng hiệu quả dẫn lưu vừa đảm bảo lưu thông dịch mật sinh lý, đồng thời mở rộng chỉ định can thiệp tái thông đường mật cho những trường hợp tắc mật phức tạp như tắc nhiều vị trí, u xâm lấn đường mật, u đường mật rốn gan [18,19].

Tuy PTBD là thủ thuật xâm nhập tối thiểu nhưng các biến chứng cũng khá phổ biến với biến chứng nhẹ 18,8% và biến chứng nặng 12,5%, tương tự như nghiên cứu của Gamanagatti [13]. Tỷ lệ các biến chứng nặng đơn lẻ của chúng tôi đều thấp hơn ngưỡng khuyến cáo của SIR, điều đó cho thấy PTBD là một kỹ thuật an toàn. Các biến chứng nặng của PTBD đều liên quan đến nhiễm trùng, do vậy cần theo dõi sau thủ thuật để xử trí kịp thời.

Một số hạn chế của nghiên cứu gồm: (i) cỡ mẫu nhỏ và đơn trung tâm; (ii) không phải tất cả nguyên nhân tắc mật đều được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, và (iii) chỉ theo dõi được các biến chứng trong thời gian nằm viện nên không đánh giá được biến chứng muộn của thủ thuật.

V. KẾT LUẬN

PTBD là kỹ thuật can thiệp tối thiểu có tỉ lệ thành công cao, an toàn và hiệu quả trong cải thiện triệu chứng của tắc mật ác tính. Có thể phối hợp nhiều kiểu PTBD như kiểu chữ T, chữ Y, có lỗ bên và đặt stent đường mật qua da để tối ưu hóa hiệu quả dẫn lưu, đặc biệt là trong trường hợp tắc mật phức tạp và ở vùng rốn gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang GY, Li WT, Peng WJ, Li GD, He XH, Xu LC. Clinical outcomes and prediction of survival following percutaneous biliary drainage for malignant obstructive jaundice. *Oncol Lett.* 2014. 7: 1185-1190.
2. Covey AM, Brown KT. Percutaneous transhepatic biliary drainage. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2008. 11: 14-20.
3. Mori S, Aoki T, Park KH, Shiraki T, Sakurao Y, Iso Y, et al. Impact of preoperative percutaneous transhepatic biliary drainage on post-operative survival in patients with distal cholangiocarcinoma. *ANZ J Surg.* 2019. 89: E363-E367.
4. van Delden OM, Lameris JS. Percutaneous drainage and stenting for palliation of malignant bile duct obstruction. *Eur Radiol.* 2008. 18: 448-56.
5. Chandrashekhara SH, Gamanagatti S, Singh A, Bhatnagar S. Current Status of Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage in Palliation of Malignant Obstructive Jaundice: A Review. *Indian J Palliat Care.* 2016. 22: 378-387.
6. Das M, van der Leij C, Katoh M, Benten D, Hendriks BMF, Hatzidakis A. CIRSE Standards of Practice on Percutaneous Transhepatic Cholangiography, Biliary Drainage and Stenting. *CardioVascular and Interventional Radiology.* 2021.
7. Saad WE, Wallace MJ, Wojak JC, Kundu S, Cardella JF. Quality improvement guidelines for percutaneous transhepatic cholangiography, biliary drainage, and percutaneous cholecystostomy. *J Vasc Interv Radiol.* 2010. 21: 789-95.
8. Weber A, Gaa J, Rosca B, Born P, Neu B, Schmid RM, et al. Complications of percutaneous transhepatic biliary drainage in patients with dilated and nondilated intrahepatic bile ducts. *Eur J Radiol.* 2009. 72: 412-7.
9. Dahlstrand U, Sandblom G, Eriksson LG, Nyman R, Rasmussen IC. Primary patency of percutaneously inserted self-expanding metallic stents in patients with malignant biliary obstruction. *HPB (Oxford).* 2009. 11: 358-63.
10. Expert Panel on Interventional R, Fairchild AH, Hohenwarter EJ, Gipson MG, Al-Refaie WB, Braun AR, et al. ACR Appropriateness Criteria((R)) Radiologic Management of Biliary Obstruction. *J Am Coll Radiol.* 2019. 16: S196-S213.
11. Das M, van der Leij C, Katoh M, Benten D, Hendriks BMF, Hatzidakis A. CIRSE Standards of Practice on Percutaneous Transhepatic Cholangiography, Biliary Drainage and Stenting. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2021. 44: 1499-1509.

12. Teng F, Tang YY, Dai JL, Li Y, Chen ZY. The effect and safety of preoperative biliary drainage in patients with hilar cholangiocarcinoma: an updated meta-analysis. *World J Surg Oncol*. 2020. 18: 174.
13. Gamanagatti S, Singh T, Sharma R, Srivastava DN, Dash NR, Garg PK. Unilobar Versus Bilobar Biliary Drainage: Effect on Quality of Life and Bilirubin Level Reduction. *Indian J Palliat Care*. 2016. 22: 50-62.
14. Castiglione D, Gozzo C, Mammino L, Failla G, Palmucci S, Basile A. Health-Related Quality of Life evaluation in "left" versus "right" access for percutaneous transhepatic biliary drainage using EORTC QLQ-BIL-21 questionnaire: a randomized controlled trial. *Abdom Radiol (NY)*. 2020. 45: 1162-1173.
15. Chung Hoàng Phương, Nguyễn Đình Luân, Trần Minh Hiền, Nguyễn Văn Hải. Kết quả dẫn lưu, đặt stent kim loại đường mật xuyên gan qua da ở bệnh nhân tắc mật do ung thư tiến xa. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2017. 21: 2.
16. Giurazza F, Corvino F, Contegiacomo A, Marra P, Lucarelli NM, Calandri M, et al. Safety and effectiveness of ultrasound-guided percutaneous transhepatic biliary drainage: a multicenter experience. *J Ultrasound*. 2019. 22: 437-445.
17. Crosara Teixeira M, Mak MP, Marques DF, Capareli F, Carnevale FC, Moreira AM, et al. Percutaneous transhepatic biliary drainage in patients with advanced solid malignancies: prognostic factors and clinical outcomes. *J Gastrointest Cancer*. 2013. 44: 398-403.
18. Gupta P, Maralakunte M, Rathee S, Samanta J, Sharma V, Mandavdhare H, et al. Percutaneous transhepatic biliary drainage in patients at higher risk for adverse events: experience from a tertiary care referral center. *Abdom Radiol (NY)*. 2020. 45: 2547-2553.
19. Rees J, Mytton J, Evison F, Mangat KS, Patel P, Trudgill N. The outcomes of biliary drainage by percutaneous transhepatic cholangiography for the palliation of malignant biliary obstruction in England between 2001 and 2014: a retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2020. 10: e033576.

KINH NGHIỆM SỬ DỤNG VẬT DA CÂN THƯỢNG ĐÒN TÁI TẠO KHUYẾT HỔNG TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ VÙNG ĐẦU CỔ GIAI ĐOẠN MUỘN

Phạm Duy Hoàng¹, Nguyễn Việt Dũng¹, Nguyễn Hoàng Thiên Bảo^{1✉}, Đặng Thanh Hào¹, Trương Công Tuấn Anh¹, Nguyễn Trần Minh Khánh¹, Hồ Thiên Tân¹, Lê Văn Cường¹

¹Khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng, Bệnh viện Ung bướu, TP. Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lựa chọn vật đảo động mạch thượng đòn có cuống là một giải pháp tái tạo linh hoạt cho các khuyết hổng vùng đầu cổ. Các nghiên cứu về giải phẫu học gần đây đã nâng cao hiểu biết về nguồn cung cấp mạch máu của vật đảo động mạch thượng đòn. Tại Bệnh viện Ung bướu, vật đảo động mạch thượng đòn đã trở thành một lựa chọn đáng tin cậy để tái tạo các khuyết hổng phức tạp vùng đầu cổ. Đề tài nhằm mục tiêu: Mô tả dạng cải biên của vật đảo động mạch thượng đòn trong tái tạo ung thư đầu cổ và kết quả tái tạo.

Phương pháp: nghiên cứu loạt trường hợp ung thư đầu cổ được phẫu thuật tận gốc hoặc cứu vớt kết hợp tái tạo tại Bệnh viện Ung bướu TP.HCM từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 3 năm 2021; nghiên cứu tiến cứu. Chúng tôi đánh giá kỹ thuật và kết quả tái tạo.

Kết quả: 17 BN được phẫu thuật tái tạo bằng vật thượng đòn, trong đó có 15 nam và 2 nữ. Tuổi trung bình 49,6 (39-69 tuổi). Các trường hợp bao gồm ung thư biểu mô hạ hầu- thanh quản (13 trường hợp), ung thư thành sau họng (1 trường hợp) và ung thư da tế bào gai (3 trường hợp), ở giai đoạn III, IVA của bệnh theo phân loại AJCC-2017 hoặc bệnh tái phát sau điều trị ban đầu. Các khuyết hổng vùng hầu họng (4 trường hợp), hầu- thực quản (5 trường hợp), hầu- đáy lưỡi (2 trường hợp), ống thực quản cổ (3 trường hợp) và da vùng cổ mặt được tái tạo tức thì, kích thước khuyết hổng da trung bình là 10 x 17 cm; kích thước vật nhỏ nhất là 6 x 10cm và kích thước lớn nhất là 11 x 26 cm. Kết quả điều trị với 16/17 trường hợp vật sống hoàn toàn, 1 trường hợp vật sống một phần cần bổ sung thêm một vật khác, 3 BN xuất hiện dò hầu ra da, trong đó có 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và được chăm sóc vết thương kéo dài (2 bệnh nhân này có tiền sử xạ trị vùng cổ) và 1 trường hợp hoại tử một phần vật nêu trên. Vùng cho vật được may khít hoàn toàn trong tất cả các trường hợp, không có biến chứng nghiêm trọng nào tại vùng cho vật. Hầu hết bệnh nhân phục hồi hoàn toàn chức năng nuốt trong vòng hai tuần sau phẫu thuật và có sự phục hồi cảm giác trên vật; 3 trường hợp ung thư da sau tái tạo có kết quả thẩm mỹ rất tuyệt vời.

Kết luận: Vật đảo động mạch thượng đòn có cải biên là một vật da cân có cuống mỏng linh hoạt, an toàn, đáng tin cậy, có cảm giác, mềm mại, có tỷ lệ biến chứng thấp, với kết quả thẩm mỹ và chức năng tốt trên vùng nhận và vùng cho, phù hợp để tái tạo khuyết hổng phần mềm vùng đầu cổ.

Từ khóa: Vật thượng đòn, khuyết hổng vùng đầu cổ, ung thư vùng đầu cổ giai đoạn tiến triển, phẫu thuật tận gốc, phẫu thuật cứu vớt.

ABSTRACT

A CLINICAL EXPERIENCE OF THE SUPRACLAVICULAR FLAP USED TO RECONSTRUCT HEAD AND NECK DEFECTS IN ADVANCED- STAGE CANCER SURGERY

Ngày nhận bài:

09/11/2021

Chấp thuận đăng:

24/12/2021

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Hoàng Thiên Bảo

Email:

nhthienbao285@gmail.com

SĐT: 0834561560

Pham Duy Hoang¹, Nguyen Viet Dung¹, Nguyen Hoang Thien Bao^{1✉}, Dang Thanh Hao¹, Truong Cong Tuan Anh¹, Nguyen Tran Minh Khanh¹, Ho Thien Tan¹, Le Van Cuong¹

Background: The supraclavicular artery island flap is a pedicled flap that offers a versatile reconstructive option for head and neck defects. Recent anatomical studies have improved our understanding of the vascular supply of the supraclavicular artery island flap. At our hospital, the supraclavicular artery island flap (SCAIF) has become a reliable option for fasciocutaneous coverage of complex head and neck defects. This study aims to describe the modified type of the supraclavicular artery flap in head and neck oncologic defects and reconstructive results.

Methods: A case series study of head and neck cancer who were treated by radical surgery or salvage surgery with reconstruction between January 2020 and March 2021 in HCMC Oncology Hospital; a prospective study. We assessed reconstructive techniques and outcomes.

Results: Seventeen cases underwent reconstructive surgery by supraclavicular artery island flap of which 15 were males and 2 females. The mean age was 49.6 (39-69 years old). Cases included carcinoma of the hypopharynx & larynx (13 cases), pharyngeal posterior wall (1 case) and squamous cell skin cancer (3 cases), staged III, IVA according to 8th AJCC Classification- 2017 or recurrence after initial therapy. Defects of the hypopharynx (4 cases), pharyngeal esophagus (5 cases), pharyngeal tongue base (2 cases), cervical esophagus (3) and cervico-facial skin were immediately reconstructed, the mean skin defect size was 10 cm × 17 cm; the smallest flap was 6 × 10 cm and the largest size was 11 × 26 cm. Our results with complete flap survival in 16/17 cases, a partial flap survival in one patient which required additional another flap. Three patients developed a pharyngeocutaneous fistula, 2 of which were wound infection and prolonged wound care (who had a history of previous radiation) and 1 case of partial flap loss mentioned above. All donor sites were closed primarily. There was no serious donor- site morbidity. Most patients fully recover their ability to swallow within two weeks after surgery and there was a restoration of sensation on the flap; the cosmetic result was excellent for 3 cases of skin cancer

Conclusions: The modified type of supraclavicular artery island flap is a thin versatile, safe, reliable, sensate, pliable fasciocutaneous pedicled flap that has low morbidity, with the good cosmetic and the functional outcome at both of recipient and donor- site, suitable for reconstructing of soft tissue in head and neck region.

Keywords: Supraclavicular artery island flap, head and neck defect, advanced-stage head and neck cancer, radical surgery, salvage surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tạo hình- tái tạo là một công đoạn không thể tách rời trong điều trị phẫu thuật tận gốc bệnh lý ung thư và trong điều trị ung thư đầu cổ cũng không phải là một ngoại lệ [1]. Tại vùng đầu cổ, dường như đây là một “mảnh đất” để cho các kỹ thuật phẫu thuật tái tạo “dụng võ”, mặc sức nở rộ và phổ biến; nhưng vẫn còn đó thách thức lớn lao trong điều trị các ung thư khó- ung thư đầu cổ lan rộng. Kể cả trong chỉ định điều trị tận gốc hay “cứu vớt”, thì mọi sự xoay vần đều dẫn đến cơ hội được phẫu thuật, có lẽ đây chính là phương pháp đem lại nhiều hy vọng, cùng với các phương pháp khác, mở ra triển vọng

điều trị tốt hơn cho những trường hợp ung thư đầu cổ giai đoạn muộn [2,3].

Trong nhiều năm qua, chúng tôi đã cố gắng mở rộng chỉ định, phát triển các loại hình phẫu thuật cũng nhằm mục tiêu trên và cho đến nay, chúng tôi đã có nhiều lựa chọn hơn trong điều trị. Cách làm của chúng tôi không phải là “thay cũ đổi mới” mà cố gắng phát triển, cải tiến trên cơ sở các kỹ thuật kinh điển song song với việc ứng dụng các kỹ thuật tái tạo mới để nhằm hướng đến phương pháp phẫu trị tối ưu và phù hợp cho từng bệnh nhân, được cụ thể hóa như sau: giảm thiểu biến chứng điều trị, rút ngắn thời gian điều trị, tăng kết quả điều trị bệnh và phục hồi chức năng cho bệnh nhân. Nghiên cứu ứng dụng vật da cân

thượng đòn trong điều trị các ung thư vùng đầu cổ giai đoạn muộn cũng nằm trong chiến lược điều trị của Đơn vị và bước đầu đem lại các kết quả tích cực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đầu cổ giai đoạn III, IVA theo Phân loại AJCC - ấn bản thứ 8 - 2017; ung thư đầu cổ tái phát hoặc tồn dư sau hóa - xạ trị được nhập viện tại Khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng, Bệnh viện Ung bướu TP.HCM, từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 3 năm 2021

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: (1) Ung thư đầu cổ có chỉ định điều trị phẫu thuật tận gốc hoặc cứu vớt, kết hợp tái tạo; (2) Chẩn đoán mô bệnh học: ung thư biểu mô; (3) Không có chống chỉ định phẫu thuật; (4) Không có di căn xa.

Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu, mô tả loạt ca

Nội dung nghiên cứu: Mô tả đặc điểm kỹ thuật và đánh giá kết quả tái tạo bằng vật da cân thượng đòn có cuống trong điều trị một số ung thư đầu cổ giai đoạn muộn.

III. KẾT QUẢ

Đối tượng nghiên cứu gồm 17 bệnh nhân (5 nam, 2 nữ). Tuổi trung bình 49,6 (39- 69, SD=7,2). Đặc điểm bệnh học, kết quả phẫu thuật, theo dõi sau phẫu thuật được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh học, kết quả phẫu thuật, theo dõi sau phẫu thuật

Đặc điểm		Số BN (n=17)
Loại ung thư	UT hạ hầu - thanh quản	13
	UT thành sau hầu	1
	UT da	3
Giai đoạn	III, IVA	10
	Ung thư tái phát, tồn dư sau xạ trị	7
Mô bệnh học	UT biểu mô tế bào gai	17
Tiền căn xạ trị		7
PP phẫu thuật	Cắt hầu - thanh quản toàn phần	4

Đặc điểm		Số BN (n=17)
	Cắt hầu - thanh quản toàn phần+ thực quản cổ	8
	Cắt hầu thanh quản toàn phần + đáy lưỡi	2
	Cắt rộng sang thương da cơ vùng mặt	3
	Nạo hạch cổ	14/17
Vật tái tạo	Vật da cân thượng đòn	15
	Vật da cân thượng đòn - cơ delta	2
Vị trí lấy vật	Thượng đòn	5
	Thượng đòn - delta (1/3 trên cánh tay)	6
	Thượng đòn- delta (2/3 trên cánh tay)	6
Khuyết hồng	Hầu	4
	Hầu - thực quản cổ	5
	Hầu + ống thực quản cổ	3
	Hầu + đáy lưỡi	2
	Phản mềm - da cổ mặt	3
Biến chứng	Dò hầu - da	3
	Nhiễm trùng vết mổ	2
	Tê bì + đau vùng cổ- cánh tay	3
Phục hồi chức năng	Phục hồi ăn - nuốt hoàn toàn	12/14
	Phục hồi hình dáng khuôn mặt	3/3
	Phục hồi cảm giác trên vật	16/17
Thời gian nằm viện TB (ngày)		16 (10-35)
Thời gian theo dõi TB (tháng)		9,6 (3-14)
Tỷ lệ tái phát tại hạch cổ		2/17

Bệnh viện Trung ương Huế

Các đặc điểm khác: Khuyết hồng trung bình các trường hợp ung thư da tái phát: 10x17cm. Kích thước vật nhỏ nhất 6x10cm, lớn nhất 11x26cm. Tình trạng tê bì, đau vùng cổ- cánh tay giảm và hết sau 3 tháng. Có 2 bệnh nhân phục hồi chậm ăn nuốt sau phẫu thuật do dò hầu- da được mở thông dạ dày nuôi dưỡng tạm thời.

IV. BÀN LUẬN

Phân tích số liệu của các kết quả nghiên cứu trên các nền tảng dữ liệu Pubmed, Medline, EMBASE, Amed và Biosis; tác giả Fanny và Cs (2019) đã ghi nhận ưu thế của một số vật có cuống liền như vật đảo da cơ dưới cằm (SMIF) và vật đảo động mạch trên đòn (SCAIF) so với vật tự do trong tái tạo các khuyết hồng ung thư vùng đầu cổ trên các bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh tim mạch- hô hấp và chuyển hóa đi kèm; còn trong các trường hợp phẫu trị ung thư đầu cổ khác, việc ứng dụng các vật trên cho kết quả tái tạo tương đương vật tự do [1]. Và rõ ràng, các vật có cuống này vẫn còn là “vũ khí” lợi hại trong tái tạo các khuyết hồng vùng đầu cổ áp dụng cho các trường hợp nhất định, với kỹ thuật dễ thực hiện, chi phí điều trị giảm, thời gian phẫu thuật và thời gian hậu phẫu được rút ngắn, giảm biến chứng phẫu thuật- là lựa chọn rất tốt trong điều trị [2,3].

Mặc dù được Lamberty đề xuất vào năm 1979 (vật kinh điển) [4], và được nghiên cứu xác định vùng cấp máu mở rộng của vật bởi Baudet và Martin vào năm 1983 dẫn đến tăng ứng dụng vật da cân thượng đòn trong tạo hình và tái tạo vùng đầu cổ [5]; nhưng việc ứng dụng vật này tại Việt Nam vẫn còn hạn chế, tác giả Trần Thiết Sơn và cộng sự có báo cáo vào năm 2013, chủ yếu áp dụng trong điều trị các sẹo bỏng vùng cổ và u máu đã cho kết quả tốt, tác giả cũng cho thấy được một số điểm giá trị của vật như: có thể lấy vật kích thước lớn (lớn nhất 21x16cm), vật phù hợp khuyết hồng phần mềm vùng cổ về độ dày, màu sắc [6]; tuy vậy, nghiên cứu chưa chú trọng mở rộng góc xoay và đầu xa của vật, có lẽ do chỉ ứng dụng trong tạo hình khuyết hồng da vùng cổ. Một số tác giả trong nước (tại Viện Bỏng Quốc gia và Học viện Quân Y) cũng sử dụng vật này để điều trị hữu hiệu cho các trường hợp sẹo co rút vùng mặt cổ do bỏng.

Bên cạnh việc tiếp thu, ứng dụng vật kinh điển và một số dạng cải biên trên thế giới về vật thượng đòn; do yêu cầu trong thực tế điều trị, chúng tôi đã mạnh dạn phát triển vật theo các hướng: mở rộng góc xoay

tối đa (arc of rotation) thông qua việc phẫu tích tốt cuống mạch làm tăng tính linh hoạt của vật trong tái tạo, cải thiện độ vươn dài và kích thước của vật để đáp ứng tạo hình che phủ các khuyết hồng rộng và ở xa. Một số điểm mới trong việc ứng dụng vật trong nghiên cứu đó là: sử dụng trong tái tạo hầu, đáy lưỡi, thực quản cổ cho các trường hợp ung thư vùng thành khẩu hầu, ung thư hạ hầu- thanh quản xâm lấn rộng; đặc biệt đối với các ung thư xâm lấn rộng, di căn hạch cổ và có xạ trị trước đó, vật tỏ ra tương thích, giảm thiểu được nguy cơ tồn lưu hạch do vẫn thực hiện được nạo hạch tiêu chuẩn mà không ảnh hưởng đến vật, vùng xạ trị hệ hạch cổ cũng ít gây ảnh hưởng đến chất lượng của vật tái tạo như trong báo cáo của Shantanu và Cs tại Trung tâm Ung thư Memorial Sloan Kettering, New York cũng đã nhận định tính an toàn cao về tiêu chuẩn ung thư học và kết quả phẫu thuật trong việc áp dụng vật thượng đòn trong tái tạo và hồi phục chức năng ăn uống sau cắt bỏ tổ chức ung thư kết hợp nạo hạch cổ tiêu chuẩn đối với một số ung thư vùng đầu cổ có xạ trị trước đó [7]. Về điều này, chúng tôi cũng có đánh giá trong thực tế điều trị, việc nạo hạch tiêu chuẩn hoàn toàn không ảnh hưởng đến cuống mạch và đối với các trường hợp ung thư tái phát có tiền căn xạ trị, chất lượng vật không bị ảnh hưởng do nguồn cấp máu- hệ mạch thượng đòn- cổ ngang nằm thấp tại nền cổ, cuống mạch là hằng định và có kích thước khá lớn. Cụ thể trong nghiên cứu, chúng tôi thực hiện nạo vét hạch cổ tận gốc biến đổi cho 14/17 trường hợp, bệnh nhân sau xạ trị vùng cổ là 7/17 trường hợp.

Cơ sở mở rộng vật cả về kích thước vật lẫn khả năng vươn dài của vật ban đầu chủ yếu dựa trên mô tả của Baudet và Martin, các tác giả này đã mô tả việc phát triển vật về các hướng vượt qua xương đòn và vùng cơ delta cánh tay dựa trên nguyên lý tăng cường hệ mạch qua sự liên kết của hệ mạch trên đòn và các nhánh da của hệ mạch mũ cánh tay sau cùng với bảo tồn hệ mạch máu đi kèm thần kinh trên đòn. Chúng tôi đã phát triển đầu xa của vật vượt qua vùng delta cánh tay đến 2/3 trên cánh tay để tăng sức vươn dài của vật đối với các trường hợp cụ thể trong nghiên cứu để tái tạo vùng thành hầu trong 1 trường hợp ung thư thành sau hầu, tái tạo đáy lưỡi- hầu sau cắt bỏ ung thư hạ hầu thanh quản lan thượng thanh môn- đáy lưỡi trong 2 trường hợp. Đây chính là điểm mới trong thực hành điều trị, mặc dù các nghiên cứu về phân bố mạng mạch máu vùng thượng đòn- delta- cánh tay đã được

thực hiện từ khá lâu; Wang và Cs (2003), đã mô tả sự tiếp nối của các mạng mạch máu từ các nhánh động tĩnh mạch da của vùng này thông qua mạng lưới mạch kết hợp giữa động tĩnh mạch cánh tay (các nhánh xuyên cơ da delta và cơ tam đầu) với động tĩnh mạch thượng đòn (hệ mạch cổ ngang) và hệ mạch cùng vai ngực, nên việc phát triển cả kích thước rộng và dài của vật có thể chỉ cần sự cung ứng của một trong các nguồn cấp máu trên là đủ [8]. Những nghiên cứu gần đây về giải phẫu học lâm sàng trên thế giới đã củng cố cơ sở thực chứng của kỹ thuật cũng như việc phát triển các vật ngược dòng và vật tăng cường hệ mạch máu (supercharged flap).

Một điểm mới khác của kỹ thuật đã được chúng tôi vận dụng trong điều trị đó là phương pháp phẫu tích cuống vật để tăng cường tính linh hoạt biểu thị qua việc cải thiện góc xoay của vật, vật được sử dụng là vật dạng đảo, việc tinh chỉnh cuống vật trở nên “dễ xoay trở” cũng là một kinh nghiệm hữu ích trong lâm sàng, kỹ năng này cũng dựa trên hiểu biết về phân bố mạch máu vùng cuống vật, chúng tôi giữ lại nhánh tĩnh mạch thượng đòn tùy hành cùng với nhánh nối giữa vật và tĩnh mạch cảnh ngoài nhằm đảm bảo sự hồi lưu máu của vật. Các trường hợp tạo hình toàn bộ ống thực quản cổ- hầu trong nghiên cứu được thực hiện dễ dàng do khả năng quay của vật có thể đạt đến 360°.

Dựa trên các kết quả nghiên cứu, có sự kết hợp và vận dụng có đổi mới trong thực hiện kỹ thuật, chúng tôi đã thực hiện bước đầu cho 17 bệnh nhân ung thư đầu cổ bao gồm chủ yếu là ung thư hạ hầu thanh quản lan rộng hoặc tái phát sau xạ trị, còn lại là ung thư da tái phát và ung thư thành bên hầu. Trong tương lai, chúng tôi sẽ mở rộng chỉ định tái tạo dựa trên những đúc kết, đánh giá của nhiều tác giả trên thế giới và kinh nghiệm thực hiện của chúng tôi. Theo một phân tích của Sae Hwi Ki (2015), qua tổng hợp các số liệu trên dữ liệu Pubmed từ 1980 đến 2015, về khuynh hướng tái tạo hầu- thực quản trên thế giới; đã mô tả vật da cân thượng đòn là một vật liệu tái tạo đáng tin cậy và phù hợp cho loại khuyết hồng này; vật có độ dày và kích thước tương thích cho mọi loại khuyết hồng hầu- thực quản, cuống mạch hằng định, dễ ráp nối, là lựa chọn tốt và cho kết quả tương đương vật tự do. Sự cải thiện đáng kể tính linh hoạt của vật mà chúng tôi thực hiện được, cũng góp phần giải quyết tốt khó khăn trong tái tạo do hạn chế góc xoay

vật (cũng là hạn chế của vật thượng đòn) mà các tác giả đề cập đến trước đó [9]. Sự lựa chọn vật tái tạo cho các loại ung thư đầu cổ thực sự đa dạng và vật da cân thượng đòn cũng được cân nhắc trong đó, ngoài ứng dụng cho các khuyết hồng vùng cổ mặt của vật kinh điển, Palua là người đầu tiên phát triển dạng vật đảo thượng đòn và cũng mô tả phương pháp phát triển vật nhằm gia tăng kích thước vật để tái tạo cho nhiều vùng khuyết hồng hơn nữa, và theo tác giả thì kỹ thuật tiến hành không quá phức tạp [10]. Trên cơ sở đó, Chiu và Cs (2009) đã mở rộng chỉ định tái tạo cho nhiều loại ung thư đầu cổ khác như thực quản cổ, khí quản, niêm mạc miệng với kết quả tốt đồng thời ghi nhận vật dễ thực hiện và có tính linh hoạt cao, ít biến chứng [11]. Trong nghiên cứu, chúng tôi thực hiện tất cả các trường hợp là vật đảo, với kích thước vật nhỏ nhất là 6x10cm và lớn nhất là 11x 26cm, vùng cho vật được may khếp khá dễ dàng; vị trí lấy vật bao gồm 5 vật tại vùng thượng đòn, 6 vật vùng thượng đòn- delta (đến 1/3 trên cánh tay) và 6 vật thượng đòn- delta với đầu xa được kéo dài đến tận 2/3 trên cánh tay; trong đó có 15 vật da cân và 2 vật da cân- cơ delta, 2 vật dạng này được sử dụng để tái tạo thêm đáy lưỡi sau cắt bỏ một phần đáy lưỡi trong 2 trường hợp ung thư thanh môn xâm lấn khẩu hầu; có 1 trường hợp tái tạo khuyết hồng thành sau hầu sau cắt bỏ rộng tổ chức ung thư tại đây cũng được tiến hành thuận lợi vì khả năng vươn dài của vật, vật không bị kéo căng cũng như xoắn vặn; chúng tôi nhận thấy rằng vật mềm mại có độ dày tương thích cho các loại khuyết hồng của vùng hầu miệng và hầu- thực quản. Đối với 3 trường hợp ung thư da tái phát sau phẫu thuật và xạ trị ban đầu, khuyết hồng để lại là rất rộng, trung bình 10x17cm, bệnh nhân có tình trạng mất da- cơ vùng hàm mặt thông với khoang miệng đòi hỏi được cung cấp vật lớn và thiết kế mở rộng đầu xa của vật, kết quả thẩm mỹ thu được là rất tốt nếu so sánh với các trường hợp tương tự trước đó được chúng tôi thực hiện bằng vật da cơ ngực lớn. Theo kinh nghiệm của nhiều tác giả, việc thực hiện vật tự do trong những trường hợp sau xạ trị như thế này gặp phải nhiều khó khăn trong thực hiện kỹ thuật và làm giảm hiệu quả tái tạo thậm chí thất bại do nguy cơ tắc mạch, nhiễm trùng, chậm hồi phục dẫn đến kéo dài thời gian hậu phẫu, nên việc lựa chọn vật da cân thượng đòn trong những trường hợp như vậy cũng là một cơ hội tốt cho bệnh nhân.

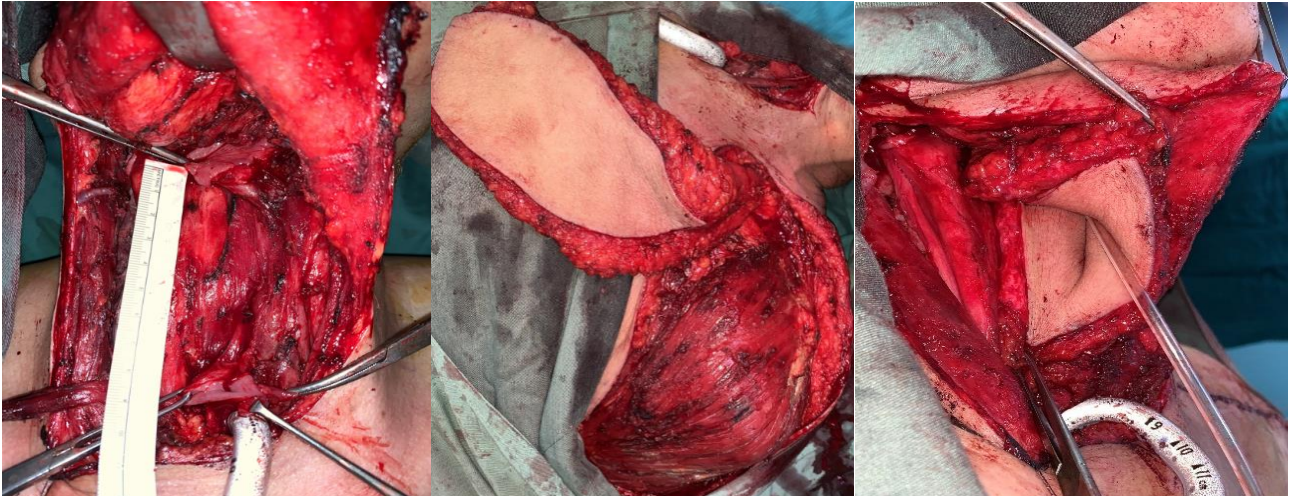
Bệnh viện Trung ương Huế

Kết quả tái tạo được chúng tôi ghi nhận như sau: có 3 trường hợp dò hầu – da, trong đó 1 trường hợp dò do hoại tử một phần vật được tăng cường thêm một vật khác, 2 trường hợp bệnh nhân có tiền căn xạ trị vùng cổ với biểu hiện tụ dịch hầu miệng, chậm liền thương và nhiễm trùng vết mổ, kết quả nội soi sau 2 tuần phẫu thuật ghi nhận vật có bóc tách một phần nhưng không có biểu hiện hoại tử, cả hai BN đều hồi phục sau hơn 1 tháng điều trị. Một số ảnh hưởng khác trên vùng cho vật là không đáng kể, có một số trường hợp xảy ra tình trạng bong tróc thượng bì da vùng delta do phẫu tích cũng hồi phục nhanh sau mổ (thường sau 1 tuần), ngoài ra, có 3 trường hợp tê bì, tăng cảm giác đau khi chạm vào vùng cho vật- triệu chứng này cũng giảm dần và mất sau 3 tháng. Sự cải thiện chức năng sau phẫu thuật là rất tốt, 12/14 trường hợp được tái tạo hầu- thực quản- đáy lưỡi phục hồi hoàn toàn phản xạ nuốt sau mổ, chỉ có hai trường hợp dò dài ngày (trên 1 tháng) được mở thông dạ dày ra da nuôi dưỡng tạm thời. Các trường hợp ung thư da sau phẫu thuật có hình dáng vùng cổ- mặt cân xứng, không có tình trạng dò dịch khoang miệng ra da. So sánh vật thượng đòn với các vật tự do trong tái tạo các khuyết hồng vùng đầu cổ, Jay và Cs (2013), báo cáo 34 trường hợp tái tạo vùng đầu cổ (18 vật thượng đòn so với 16 vật tự do) với kết quả: vật có kích thước lớn hơn ($164,6 \pm 60$ cm so với 111 ± 68 cm, $p < 0,05$), thời gian phẫu thuật được rút ngắn hơn (588 ± 131 ph so với 816 ± 149 ph, $p < 0,05$), giảm thời gian nằm trong khu hồi sức hơn (1,8 so với 5,6 ngày, $p < 0,05$) và tỷ lệ biến chứng chung giữa hai nhóm là không khác biệt (vật thượng đòn 39% so với vật tự do 44%) [12]. Nhiều tác giả khác cũng đều nhận định vật thượng đòn và một số vật có cuống là vật liệu có giá trị trong tái tạo, đặc biệt vượt trội về kết quả tái tạo so với vật khác trong các trường hợp bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh nền tim mạch- hô hấp và chuyển hóa hoặc sau hóa xạ trị [1,3]. Nhìn chung, trong tái tạo miệng hầu, thực quản, tỷ lệ biến chứng dò hoặc hở miệng nói thấp- tương ứng khoảng 16% và 17%; tỷ lệ hoại tử vật chỉ 4-6% nên đây là một vật rất an toàn [9,11,13]. Như vậy, nếu chúng ta phát huy tối ưu khả năng của vật này, thì vật có thể ứng dụng rất tốt trong phần lớn các khuyết hồng phần mềm sau cắt bỏ tổ chức ung thư vùng đầu cổ, đặc biệt là các khuyết hồng rộng, liên cơ quan.

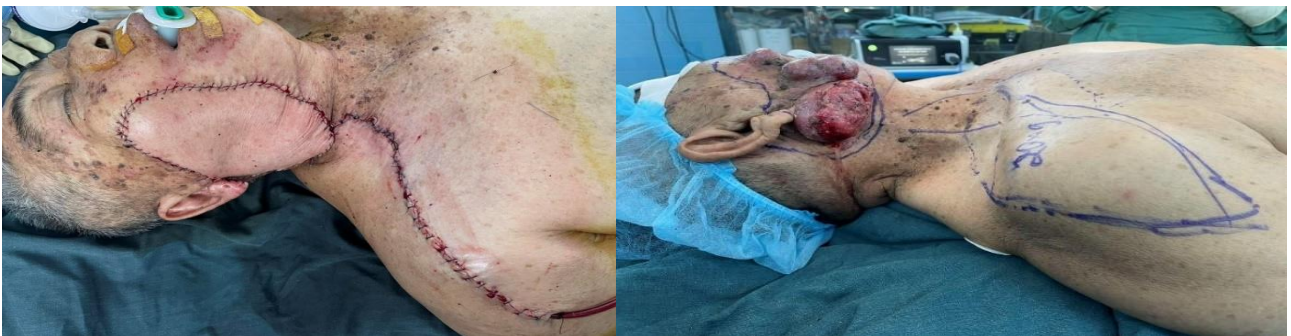
Một ghi nhận quan trọng của chúng tôi về cảm giác của vật với khả năng nhận cảm nhiệt độ của thức ăn và nước uống tại vùng tái tạo là biểu hiện đáng mừng, hầu hết bệnh nhân đều nhận biết được khi ăn uống và thực sự hài lòng. Với kỹ thuật bảo tồn thần kinh cảm giác vùng trên đòn tại vị trí cuống vật, đã giúp chuyển được cảm giác này vào trong vùng tái tạo, đây cũng chính là “monitor” giúp theo dõi tình trạng của vật sau tái tạo, cũng là một ưu điểm khi so sánh với các vật khác, kể cả vật tự do không kết hợp thần kinh. Phát huy tốt lợi điểm này là nhằm củng cố ưu tiên lựa chọn vật khi chúng ta bàn đến việc cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân- một phần quan trọng trong điều trị bệnh nhân ung thư.

Với thời gian theo dõi trung bình là 9,6 tháng (3-14 tháng), có hai trường hợp xuất hiện tái phát sau phẫu thuật tại thời điểm 5 và 6 tháng. Tất cả hai trường hợp này đều tái phát tại hạch cổ, có 1 trường hợp xuất hiện ung thư mới tại vị trí vòm hầu. Mặc dù được phẫu thuật nạo hạch cổ nhưng tình trạng xâm nhiễm tổ chức phần mềm vùng cổ (cơ, thần kinh, tĩnh mạch cảnh trong) do ung thư trên bệnh nhân chính là yếu tố gây tái phát; mặt khác, tất cả 2 trường hợp này đều có dò vùng cổ sau phẫu thuật trong đó 1 BN ung thư hạ hầu đã hóa- xạ trị đồng thời trước đó được cắt rộng tổn thương u, hạch kết hợp tái tạo toàn bộ ống thực quản cổ và 1 BN có hoại tử vật 1 phần được tăng cường thêm vật; sự chậm điều trị hỗ trợ tiếp theo cũng là một yếu tố nguy cơ của tái phát trong nghiên cứu. Đây cũng chính là kinh nghiệm quý báu giúp chúng tôi có thái độ xử trí tốt hơn đối với các trường hợp tiếp theo.

Đối với các ung thư đầu cổ giai đoạn muộn (giai đoạn III, IV), tỷ lệ tái phát sau điều trị là rất cao và phần lớn tái phát trong năm theo dõi đầu tiên. Theo Vermorken, đối với ung thư giai đoạn III, IV còn mổ được, có trên 60% xuất hiện tái phát và 20% di căn xa sau điều trị phối hợp phẫu thuật và hóa- xạ trị, với sống còn 5 năm dưới 35% [14]. Việc đẩy mạnh phẫu thuật tái tạo giúp chúng ta tự tin hơn trong việc kiểm soát tại vùng cho các trường hợp ung thư vùng đầu cổ giai đoạn muộn chưa có di căn xa; và trong rất nhiều trường hợp, vai trò của phẫu thuật “cứu vớt” điều trị các tổn thương tồn dư hoặc tái phát sau hóa xạ trị giúp cải thiện chất lượng cuộc sống đáng kể và góp phần kéo dài thời gian sống còn cho bệnh nhân.



Hình 1: Tái tạo ống thực quản sau cắt hầu - thực quản cổ
(Nguồn: Khoa Ngoại Đầu cổ- Tai mũi họng, Bệnh viện Ung bướu TP.HCM)



Hình 2: Tái tạo vùng cổ mặt trong ung thư da tái phát
(Nguồn: Khoa Ngoại Đầu cổ- Tai mũi họng, Bệnh viện Ung bướu TP.HCM)

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ứng dụng vật da cân thượng đòn tái tạo các khuyết hổng vùng đầu cổ trong điều trị ung thư vùng đầu cổ lan rộng bước đầu cho kết quả tốt, phát huy ưu điểm và khắc phục một số tồn tại của vật từ trước giúp chúng tôi có thêm một lựa chọn hữu hiệu trong điều trị người bệnh tại Bệnh viện Ung bướu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gabrysz- Forget F, Tabet P, Ayad T. Free versus pedicled flaps for reconstruction of head and neck cancer defects: a systematic review. J of Otolaryngol- Head & Neck Surg. 2019. 48(1):13.
2. Nguyễn Việt Dũng, Phạm Như Hiệp, Nguyễn Hồng Lợi, Nguyễn Đình Tùng, Trần Xuân Phú, Lê Kim Hồng. Ứng dụng các vật da- cơ- xương trong điều trị triệt căn và tái tạo cơ quan đối với ung thư đầu cổ tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2017. 1:15-27
3. Nguyễn Việt Dũng, Lê Văn Cường, Phạm Duy Hoàng, Nguyễn Đăng Khoa, Nguyễn Hoàng Thiên Bảo, Nguyễn Trần Minh Khánh, Đặng Thanh Hào, Trương Công Tuấn Anh. Phẫu thuật tái tạo trong ung thư da vùng đầu cổ lan rộng: kinh nghiệm và kỹ thuật hiện nay. Tạp chí ung thư học Việt Nam. 2021. 1: 41-51
4. Lamberty BG. The supraclavicular axial patterned flap. Britain Journal Plastic Surgery. 1979. 32(3):207-12.
5. Baudet & Martin. The supraclavicular neurovascular free flap. Anatomy and clinical application. Textbook of microsurgery 1983.
6. Baudet J, Martin D, Ferreira R, Buffet M, Rivet D, Kleiman L, et al. The supraclavicular neurovascular free flap. Anatomy and clinical applications. in: 3rd ed. Textbook of microsurgery. Masson, Paris1988: 169-175
7. Trần Thiết Sơn, Dương Mạnh Chiến. Tính linh hoạt của vật da cân thượng đòn trong tạo hình khuyết phần mềm vùng cổ. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2013. 86 (1): 43-50
8. Razdan SN, Albornoz CR, Ro T et al. Safety of the Supraclavicular Artery Island Flap (SAIF) in the setting of neck dissection and radiation therapy. J Reconstr Microsurg. 2015. 31(5):378-383.
9. Wang Z, Sano K, Inokuchi T, Lan X, Sekine J, Ikeda H. The free deltoid flap: Microscopic anatomy studies and clinical application to oral cavity reconstruction, Plast. Reconstr. Surg. 2003. 112(2): 404-11

Bệnh viện Trung ương Huế

10. Ki SH, Choi JH, Sim SH. Reconstructive Trends in Post-Ablation Patients with Esophagus and Hypopharynx Defect. *Arch Craniofac Surg*. 2015;16(3): 105-113
11. Pallua N, Machens HG, Rennekampff O, Becker M, Berger A. The fasciocutaneous supraclavicular artery island flap for releasing postburn mentosternal contractures. *Plast Reconstr Surg*. 1997. 99:1878-84
12. Chiu ES, Liu PH, Friedlander PL. Supraclavicular artery island flap for head and neck oncologic reconstruction: indications, complications, and outcomes. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124:115-23
13. Granzow JW, Suliman A, Roostaeian J, Perry A, Boyd JB. Supraclavicular artery island flap (SCAIF) vs free fasciocutaneous flaps for head and neck reconstruction. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;148(6):941-8
14. Kokot N, Mazhar K, Reder LS, Peng GL, Sinha UK. The supraclavicular artery island flap in head and neck reconstruction: applications and limitations. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;139:1247-55
15. Vermorken JB, Specenier P. Optimal treatment for recurrent/metastatic head and neck cancer. *Ann Oncol*. 2010. 21(7): 252-61.

SO SÁNH SỰ PHÂN BỐ LIỀU GIỮA KỸ THUẬT 3D CRT – IMRT – VMAT TRONG XẠ TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN II - III

Nguyễn Đình Thanh Thanh^{1✉}, Nguyễn Quốc Bảo¹, Cung Thị Tuyết Anh¹

¹Khoa Xạ trị Tổng Quát, Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh sự phân bố liều xạ trị vào cơ quan đích và cơ quan lành (ruột non, bàng quang và cổ xương đùi) của kỹ thuật xạ trị 3D-CRT, IMRT và VMAT trong hóa-xạ trị đồng thời ung thư trực tràng.

Phương pháp: nghiên cứu ngẫu nhiên trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng giai đoạn II-III tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/01/2019 - 31/12/2019.

Kết quả: Mẫu nghiên cứu có 30 trường hợp, mỗi trường hợp được mô phỏng và lập kế hoạch xạ trị với 03 kỹ thuật 3D-CRT, IMRT và VMAT, tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 57,2; tỷ lệ nam : nữ là 1 : 2,3. Đa số bước ở 1/3 dưới trực tràng (53,3%), xạ trị dự phòng hạch bên hai bên chiếm 23,3%. Sự phân bố liều đối với PTV_4500 và PTV_5040 của IMRT và VMAT tốt hơn 3D-CRT ở liều: D98%, Dmean, V95, V100, chỉ số HI và CI ($p<0,05$); VMAT tốt hơn IMRT ở liều D2% và IMRT lại tốt hơn VMAT ở V100 và HI ($p<0,05$). Số MU của phương pháp IMRT là cao nhất, kế đến là VMAT rồi đến 3D-CRT ($p<0,05$); do đó, thời gian xạ trị của kỹ thuật 3D-CRT là nhanh nhất, IMRT có thời gian phát tia lâu nhất. Sự phân bố liều vào bàng quang, cổ xương đùi hai bên và bao ruột của IMRT và VMAT đều tốt so với 3D-CRT đặc biệt với những thông số ngưỡng quan trọng: V45 bao ruột và V45 ở cổ xương đùi, VMAT tốt hơn IMRT liều V45 của bao ruột. Thể tích bàng quang của nhóm II (250 – 350ml) và nhóm III (> 350 ml) giúp giảm liều bao ruột có ý nghĩa thống kê so với nhóm I (< 250 ml). IMRT và VMAT giảm liều xạ vào cổ xương đùi trong xạ trị dự phòng hạch bên hai bên hơn so với 3D-CRT, sự phân bố liều của VMAT tốt hơn so với IMRT ở thông số: V30, V40 và V45 ($p<0,05$).

Kết luận: Sự phân bố liều của kỹ thuật xạ trị IMRT và VMAT tốt hơn 3D-CRT vào cơ quan đích (PTV_4500 và PTV_5040) và cơ quan lành (bàng quang, cổ xương đùi, bao ruột). Thể tích bàng quang tối ưu là 250 - 350ml giúp giảm liều bàng quang và bao ruột. VMAT và IMRT bảo vệ cổ xương đùi tốt hơn 3D-CRT trong xạ trị dự phòng vào hạch bên hai bên, trong đó VMAT ưu thế hơn IMRT.

Từ khóa: Intensity-modulated radiation therapy (IMRT), Volumetric modulated arc therapy (VMAT), three-dimensional conformal radiation therapy (3D-CRT), xạ trị, ung thư trực tràng, hóa-xạ trị đồng thời.

ABSTRACT

DOSIMETRIC OF 3D-CRT, IMRT AND VMAT IN RADIATION THERAPY FOR STAGE II – III RECTAL CANCER

Nguyen Dinh Thanh Thanh^{1✉}, Nguyen Quoc Bao¹, Cung Thi Tuyet Anh¹

Objectives: To compare 3-Dimensional Conformal Radiotherapy (3D-CRT) with Intensity Modulated Radiotherapy (IMRT) with Volumetric-Modulated Arc Therapy (VMAT) for PTV coverage and OAR sparing in rectal cancer.

Ngày nhận bài:

01/11/2021

Chấp thuận đăng:

24/12/2021

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Đình Thanh Thanh

Email:

nguyendinhthanhthanh85@gmail.com

SĐT: 0988649374

Methods: Radiotherapy plans for 30 patients with stage II-III rectal cancer were prospectively developed for 3D-CRT, IMRT and VMAT using Varian Eclipse planning system in Ho Chi Minh City Oncology Hospital from 01/01/2019 to 31/12/2019.

Results: Radiotherapy plans for 30 patients, average age 57.2 years old. Ratio of male: women = 1 : 2.3. Tumors were in the lower (53.3%), inguinal lymph node radiotherapy accounted for 23.3%. The dosimetric for PTV_4500 and PTV_5040 of IMRT and VMAT is better than 3D-CRT: D98%, Dmean, V95, V100, HI and CI ($p < 0.05$); VMAT is better than IMRT at D2% and IMRT is better than VMAT in V100 and HI ($p < 0.05$). The MU of the IMRT is the highest, then VMAT and then 3D-CRT ($p < 0.05$); therefore, the radiotherapy time of the 3D-CRT technique is the fastest, IMRT complexity involves the requirement of longest treatment times. The dosimetric of IMRT and VMAT in the bladder, femoral head and bowel bag is better than 3D-CRT especially with V45 (femoral head and bowel bag), VMAT better than IMRT dose V45 of bowel bag. The bladder volume of group II (250 – 350ml) and group III (> 350ml) helps reduce the dose of the bowel bag than group I (< 250ml). The dosimetric of IMRT and VMAT in the femoral head during inguinal lymph node radiotherapy is better than 3D-CRT, the dosimetric of VMAT is better than IMRT in V30, V40 and V45 ($p < 0.05$).

Conclusions: The dosimetric of IMRT and VMAT techniques are better than 3D-CRT into the target PTV_4500, PTV_5040 and the OARs (bladder, femoral head and bowel bag). VMAT is superior to IMRT. The optimal bladder volume is 250 - 350ml.

Key words: 3 dimensional Conformal radiotherapy (3D-CRT), Intensity Modulated Radiotherapy (IMRT), Volumetric-Modulated Arc Therapy (VMAT), radiotherapy, rectal cancer, chemoradiation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một trong mười loại ung thư thường gặp nhất ở các nước phát triển. Tại Việt Nam, ung thư trực tràng đứng vị trí thứ 6 trong các bệnh ung thư với tỷ lệ mắc là 9,2/100.000 dân và tỷ lệ tử vong là 5/100.000 dân [1].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính đối với ung thư trực tràng. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) vẫn có tỷ lệ tái phát tại chỗ khoảng 20% đối với bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II và III [2,3]. Bên cạnh những tiến bộ vượt bậc của các phương pháp phẫu thuật nhằm đem lại hiệu quả tối ưu thì hóa - xạ trị đồng thời cũng góp phần giảm nguy cơ tái phát cho người bệnh. Tuy nhiên, biến chứng trên cơ quan lành đặc biệt là biến chứng ruột như: tắc ruột, thủng ruột, xuất huyết... trong hóa - xạ trị đồng thời ung thư trực tràng vẫn đang là vấn đề lưu ý hàng đầu [4-6]. Cho đến nay, kỹ thuật xạ trị ba chiều sát hợp thể tích đích (3D-CRT) là cách xạ trị tiêu chuẩn cho ung thư trực tràng giai đoạn II – III. Nhưng từ đầu thế kỷ 21, với sự tiến bộ của khoa học công nghệ, khoa học máy tính, các

dòng máy xạ trị hiện đại đã cho phép thực hiện những kỹ thuật xạ trị mới, sát hợp thể tích đích hơn, điển hình là kỹ thuật điều biến cường độ chùm tia (IMRT) và kỹ thuật điều biến thể tích cung tròn (VMAT). Những kỹ thuật tiên tiến này được kỳ vọng đem lại sự phân bố liều tối ưu trên thể tích bướu đồng thời không chế liều đến mức tối thiểu trên cơ quan lành [7].

Câu hỏi đặt ra là, liệu sự phân bố liều xạ trị của kỹ thuật IMRT và VMAT có thật sự tốt hơn so với kỹ thuật 3D-CRT hay không? Để trả lời câu hỏi này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu so sánh sự phân bố liều giữa ba kỹ thuật 3D-CRT, IMRT và VMAT trong hóa - xạ trị đồng thời trước hoặc sau phẫu thuật ung thư trực tràng giai đoạn II – III, nhằm tìm ra phương pháp xạ trị phù hợp cho các bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu ngẫu nhiên trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng giai đoạn II-III tại khoa Xạ trị Tổng Quát Bệnh viện Ung

So sánh sự phân bố liều giữa kỹ thuật 3D CRT-IMRT-VMAT...

Bướu Thành phố Hồ Chí Minh có chỉ định hóa - xạ trị đồng thời từ 01/01/2019 - 31/12/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1) Bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II-III; (2) Có chỉ định hóa xạ đồng thời trước phẫu thuật hoặc sau phẫu thuật; (3) Thời gian tối thiểu từ lúc phẫu thuật đến khi xạ trị ít nhất 30 ngày và không quá 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân tái phát, di căn xa; (2) Bệnh nhân đã hoặc đang mắc các bệnh lý ung thư khác; (3) Bệnh nhân có di căn hạch ngoài vùng chậu-bẹn, còn bướu sau mổ hoặc diện cắt (+); (4) Bệnh nhân đã được xạ trị trước đó vào vùng chậu.

Thiết kế nghiên cứu: Tiền cứu mô tả loạt ca.

Phương pháp nghiên cứu: Ghi nhận 30 trường hợp ung thư trực tràng có chỉ định hóa-xạ trị đồng thời, tiến hành chụp CT mô phỏng và chuyển hình ảnh dữ liệu vào máy Varian với phần mềm Eclipse. Bác sĩ tiến hành vẽ thể tích đích và cơ quan lành. Sau đó, mỗi trường hợp được kỹ sư tiến hành lập kế hoạch điều trị với 3 kỹ thuật 3D-CRT, IMRT và VMAT. Kỹ sư và bác sĩ cùng thảo luận, đánh giá và chọn ra kế hoạch tối ưu nhất của từng kỹ thuật. Sau đó, tiến hành ghi nhận số liệu vào phiếu thu thập số liệu, nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Chúng tôi so sánh các thông số xạ trị giữa 3 kỹ thuật bằng phép kiểm Wilcoxon's bất cặp và báo cáo kết quả.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		N (%)
Tuổi	Trung bình	57,2
	Thấp nhất - cao nhất	34 - 89
Giới tính	Nam	9 (30%)
	Nữ	21 (70%)
Vị trí bướu trực tràng	1/3 trên	6 (20%)
	1/3 giữa	8 (26,7%)
	1/3 dưới	16 (53,3%)
Giai đoạn bướu	T2	3 (10%)
	T3	9 (30%)
	T4	18 (60%)
Giai đoạn bệnh	II – IIIA (trung bình)	4 (13,3%)
	IIIB (trung bình cao)	11 (36,7%)
	IIIC (cao)	15 (50%)
Grad mô học	Độ 1	4 (13,3%)
	Độ 2	26 (86,7%)

Đặc điểm		N (%)
Xạ trị dự phòng hạch bẹn	Có	7 (23,3%)
	Không	23 (76,7%)
Liều xạ	50,4 Gy	30 (100%)
Hóa xạ đồng thời	Có Capecitabine	28 (93,3%)
	Không Capecitabine	2 (6,7%)
Xạ trị	Trước phẫu thuật	13 (43,3%)
	Sau phẫu thuật	17 (56,7%)

Tuổi trung bình là 57,2; cao nhất là 89 tuổi, thấp nhất là 34 tuổi, tỷ lệ nam : nữ là 1 : 2,3. Đa số các trường hợp bướu ở 1/3 dưới chiếm 53,3%, chỉ có 20% bướu ở 1/3 trên trực tràng và số trường hợp phải xạ trị dự phòng hạch bẹn hai bên chiếm 23,3%.

3.2. Sự phân bố liều xạ vào mô đích

Đánh giá thể tích mô đích là CTV nguy cơ chuẩn gồm: mạc treo trực tràng, hạch trước xương cùng, hạch chậu trong, hạch bịt, hạch chậu ngoài (T4 theo AJCC 8th [8]); CTV nguy cơ cao gồm: mạc treo trực tràng và hạch trước xương cùng [9]. PTV nguy cơ chuẩn/ PTV nguy cơ cao bằng CTV nguy cơ chuẩn/ CTV nguy cơ cao cộng thêm 0,5 – 1cm xung quanh. PTV nguy cơ chuẩn nhận liều 45 Gy được đặt tên PTV_4500, PTV nguy cơ cao nhận liều 50,4 Gy được đặt tên PTV_5040 với phân liều 1,8 Gy cho mỗi lần xạ trị. Trong đó

Trong kỹ thuật 3D-CRT, chúng tôi sử dụng 4 trường chiếu A0, P180, L90, R270, che chì MLC theo các thể tích PTV, khoảng cách chì MLC (ống chuẩn trực đa lá) từ PTV khoảng 0,7 - 1cm. Chúng tôi lập kế hoạch điều trị IMRT trong đa số các trường hợp ung thư trực tràng với 7 góc quay 0°, 50°, 100°, 150°, 210°, 260° và 310°, mức năng lượng là năng lượng 6MV, tâm xạ trị được đặt ở giữa PTV. Phương pháp tối ưu hóa được sử dụng là tối ưu phân bố cường độ chùm tia dựa trên các chùm tia nhỏ được chia ra từ chùm tia ban đầu. Với kỹ thuật VMAT, chúng tôi tối ưu hóa với 2 hoặc 3 cung với các cung từ 181° đến 179° (cùng chiều kim đồng hồ) và từ 179° đến 181° (ngược chiều kim đồng hồ), góc quay ống chuẩn trực thường được sử dụng là 30° và 330° cho tất cả các kế hoạch. Phương pháp lập kế hoạch điều trị dựa theo IRCU 83 [10].

Bảng 2: So sánh sự phân bố liều vào PTV_4500

DVH	3D-CRT	IMRT	VMAT	IMRT và 3D-CRT	VMAT và 3D-CRT	IMRT và VMAT
PTV_4500: Thể tích: 1189 ml $\pm$ 49,2 (722,3-306,5 ml)						
D2% (Gy)	47,15 $\pm$ 0,54	47,07 $\pm$ 0,47	47,34 $\pm$ 0,38	0,478	0,02	0,005
D98% (Gy)	43,71 $\pm$ 1,07	44,07 $\pm$ 0,28	44,59 $\pm$ 0,29	<0,001	<0,001	0,086
Dmean (Gy)	45,75 $\pm$ 0,37	45,97 $\pm$ 0,29	46,02 $\pm$ 0,24	0,016	0,004	0,294
V95 (%)	99,15 $\pm$ 1,56	99,94 $\pm$ 0,2	99,98 $\pm$ 0,06	<0,001	<0,001	0,721
V100 (%)	84,86 $\pm$ 10,67	93,12 $\pm$ 5,35	91,83 $\pm$ 5,51	0,001	0,001	0,001
HI	0,077 $\pm$ 0,03	0,053 $\pm$ 0,011	0,061 $\pm$ 0,009	<0,001	0,001	0,001
CI	0,99 $\pm$ 0,015	1 $\pm$ 0,002	1	<0,001	<0,001	0,721
MU	211,64 $\pm$ 5,64	1442,5 $\pm$ 535,27	632,65 $\pm$ 249,2	<0,001	<0,001	<0,001

Bảng 3: So sánh sự phân bố liều vào PTV_5040

DVH	3D-CRT	IMRT	VMAT	IMRT và 3D-CRT	VMAT và 3D-CRT	IMRT và VMAT
PTV_5040: Thể tích: 844,25 ml $\pm$ 45,57 (523,7-1610,5 ml)						
D2% (Gy)	52,37 $\pm$ 0,49	52,58 $\pm$ 0,47	52,84 $\pm$ 0,4	0,077	<0,001	0,003
D98% (Gy)	49,19 $\pm$ 0,9	50,33 $\pm$ 0,22	50,14 $\pm$ 0,5	<0,001	<0,001	0,013
Dmean (Gy)	51,22 $\pm$ 0,47	51,52 $\pm$ 0,29	51,66 $\pm$ 0,61	0,012	0,002	0,411
V95 (%)	99,64 $\pm$ 0,86	100 $\pm$ 0,011	99,99 $\pm$ 0,02	<0,001	<0,001	0,497
V100 (%)	85,24 $\pm$ 12,34	96,18 $\pm$ 3,26	94,7 $\pm$ 4,42	<0,001	<0,001	0,079
HI	0,063 $\pm$ 0,017	0,045 $\pm$ 0,009	0,054 $\pm$ 0,012	<0,001	0,009	0,001
CI	0,99 $\pm$ 0,008	1	1	<0,001	<0,001	0,497
MU	236,91 $\pm$ 57,38	794,31 $\pm$ 326,49	527,79 $\pm$ 56,11	<0,001	<0,001	<0,001

Đối với PTV_4500: sự phân bố liều của IMRT và VMAT tốt hơn 3D-CRT ở các thông số: D98%, Dmean, V95, V100, chỉ số HI và CI ($p < 0,05$). Sự phân bố liều của VMAT tốt hơn IMRT ở thông số D2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, sự phân bố liều của IMRT lại tốt hơn VMAT ở V100 và HI.

Đối với PTV_5040: sự phân bố liều của IMRT và VMAT tốt hơn 3D-CRT ở các thông số: D2%, D98%, Dmean, V95, V100, chỉ số HI và CI ($p < 0,05$). Sự phân bố liều của VMAT tốt hơn IMRT ở thông số D2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, sự phân bố liều của IMRT lại tốt hơn có ý nghĩa so với VMAT ở D98%, V100 và HI.

Số MU của phương pháp IMRT là cao nhất, kế đến là VMAT rồi 3D-CRT, và sự khác biệt của 3 kỹ thuật này đều có ý nghĩa thống kê. Do đó, thời gian xạ trị của kỹ thuật 3D-CRT là nhanh nhất, IMRT có thời gian phát tia lâu nhất.

So sánh sự phân bố liều giữa kỹ thuật 3D CRT-IMRT-VMAT...

3.3. Sự phân bố liều xạ vào cơ quan lành

Bảng 4: So sánh sự phân bố liều vào bao ruột

DVH	3D-CRT	IMRT	VMAT	IMRT và 3D-CRT	VMAT và 3D-CRT	IMRT và VMAT
Bao ruột: Thể tích: 982,58 ml ± 86,43						
Dmean (Gy)	31,72 ± 4,28	29,49 ± 3,01	27,73 ± 2,8	<0,001	<0,001	<0,001
V15 (cc)	770,9 ± 299,2	825,95 ± 367,6	811,31 ± 368,3	<0,001	0,024	0,001
V30 (cc)	491,61 ± 230,2	406,35 ± 183,8	331,07 ± 157,1	<0,001	<0,001	<0,001
V40 (cc)	328,44 ± 171,1	224,84 ± 112,5	198,66 ± 95,2	<0,001	<0,001	<0,001
V45 (cc)	273,33 ± 160,9	168,47 ± 89,5	155,03 ± 76,9	<0,001	<0,001	0,004
V50 (cc)	110,34 ± 61,71	70,82 ± 44,9	66,76 ± 39,8	<0,001	<0,001	0,478

Bảng 5: So sánh sự phân bố liều vào bàng quang

DVH	3D-CRT	IMRT	VMAT	IMRT và 3D-CRT	VMAT và 3D-CRT	IMRT và VMAT
Bàng quang: Thể tích: 362,69 ml ± 30,94						
Dmean (Gy)	48,40 ± 1,6	40,9 ± 3,3	40,09 ± 4,2	<0,001	<0,001	0,039
V30 (%)	98,42 ± 4,13	79,2 ± 10	87,55 ± 66,1	<0,001	<0,001	0,125
V40 (%)	90,06 ± 9,87	57,71 ± 12,2	54,34 ± 14,7	<0,001	<0,001	0,003
V50 (%)	49,43 ± 19,9	31,45 ± 13,2	31,52 ± 14,9	<0,001	<0,001	0,07

Bảng 6: So sánh sự phân bố liều vào cổ xương đùi hai bên

DVH	3D-CRT	IMRT	VMAT	IMRT và 3D-CRT	VMAT và 3D-CRT	IMRT và VMAT
Cổ xương đùi phải: Thể tích 124,01 ml ± 0,06						
Dmean (Gy)	28,91 ± 5,4	20,94 ± 4,3	21,69 ± 3,15	<0,001	<0,001	0,329
V30 (%)	26,75 ± 24,5	21,25 ± 11,7	15,49 ± 7,3	0,36	0,06	0,003
V40 (%)	14,66 ± 18,7	4,2 ± 5,4	2,43 ± 2,9	<0,001	<0,001	0,011
V45 (%)	10,99 ± 14,8	0,72 ± 1,4	0,4 ± 0,6	<0,001	<0,001	0,145
V50 (%)	0,42 ± 1,5	0	0	0,018	0,017	0,655
Cổ xương đùi trái: Thể tích 124,77 ml ± 5,52						
Dmean (Gy)	29,29 ± 5,7	21,35 ± 4,3	21,77 ± 2,9	<0,001	<0,001	0,405
V30 (%)	31,32 ± 30,8	22,84 ± 11,4	16,07 ± 5,9	0,544	0,237	0,001
V40 (%)	15,64 ± 18,6	4,91 ± 5,4	2,65 ± 2,6	<0,001	<0,001	0,002
V45 (%)	11,18 ± 14,9	0,96 ± 1,6	0,54 ± 0,7	<0,001	<0,001	0,039
V50 (%)	1,12 ± 4,96	0	0	0,011	0,012	0,157

Bệnh viện Trung ương Huế

Sự phân bố liều vào bàng quang, cổ xương đùi hai bên và bao ruột của IMRT và VMAT đều tốt hơn so với kỹ thuật 3D-CRT đặc biệt với những thông số quan trọng như: V45 bao ruột và V45 ở cổ xương đùi.

3.4. Đánh giá thể tích bàng quang trong xạ trị ung thư trực tràng

Bảng 7: So sánh liều bao ruột theo từng nhóm thể tích bàng quang

Bao ruột	Nhóm I (< 250ml)	Nhóm II (250 – 350ml)	Nhóm III (> 350ml)	Nhóm I và Nhóm II	Nhóm I và Nhóm III	Nhóm II và Nhóm III
3D-CRT						
Dmean(Gy)	32,9 ± 6,1	34,5 ± 2,5	29,4 ± 2,49	0,575	0,263	0,012
V15 (cc)	1084,2 ± 277,7	653,3 ± 214,9	659,1 ± 225,6	0,025	0,017	0,069
V30 (cc)	768,2 ± 211,4	467,3 ± 133,1	347,4 ± 121,8	0,012	0,012	0,012
V40 (cc)	523,3 ± 164	321,8 ± 118,1	220,9 ± 86,7	0,017	0,012	0,036
V45 (cc)	463,6 ± 163,4	275,9 ± 101,8	165,3 ± 54,1	0,017	0,012	0,012
V50 (cc)	173,6 ± 58,4	119,9 ± 46,3	68,8 ± 33,7	0,025	0,012	0,017
IMRT						
Dmean(Gy)	30,3 ± 4,2	30,6 ± 2,5	28,4 ± 2,3	0,779	0,484	0,093
V15 (cc)	1187,5 ± 410,1	673,3 ± 233,1	706,6 ± 267,4	0,025	0,017	0,327
V30 (cc)	624,6 ± 169,5	346 ± 115,3	316,1 ± 111,4	0,017	0,012	0,123
V40 (cc)	352,1 ± 125,3	203,2 ± 69	164,5 ± 54,9	0,025	0,012	0,05
V45 (cc)	264,6 ± 109,3	156,1 ± 53,8	120,7 ± 40,5	0,025	0,012	0,025
V50 (cc)	111,6 ± 60,3	66 ± 33,9	50,3 ± 20,9	0,025	0,012	0,05
VMAT						
Dmean(Gy)	28,2 ± 4	29,3 ± 2,3	26,5 ± 1,8	0,327	0,484	0,025
V15 (cc)	1166,6 ± 394,7	652,4 ± 263,2	699,1 ± 273	0,025	0,017	0,161
V30 (cc)	508 ± 166,5	282 ± 67,2	258 ± 105,9	0,012	0,012	0,093
V40 (cc)	305,2 ± 100,8	187,6 ± 56	144,1 ± 52,9	0,017	0,012	0,025
V45 (cc)	237,5 ± 85,8	150,5 ± 48,1	110,5 ± 40,6	0,036	0,012	0,012
V50 (cc)	98,2 ± 55,2	63,7 ± 27,5	50,5 ± 24,2	0,036	0,012	0,05

Thể tích bàng quang của nhóm II (250 – 350ml) và nhóm III (> 350ml) giúp giảm liều bao ruột có ý nghĩa thống kê so với nhóm I (< 250ml) ở hầu hết tất cả các thông số. Xét từng kỹ thuật xạ trị, thể tích ruột chịu liều V45 với thể tích bàng quang < 250ml tương đối cao, điều này cho thấy thể tích bàng quang < 250ml không hiệu quả trong việc giúp giảm liều bao ruột trong xạ trị ung thư trực tràng.

Bên cạnh đó, thể tích bàng quang nhóm II và nhóm III khác biệt có ý nghĩa thống kê chủ yếu ở kỹ thuật 3D-CRT, riêng với IMRT và VMAT chỉ vài thông số khác biệt. Điều này cho thấy thể tích bàng quang càng lớn có thể giúp giảm liều ruột, tuy nhiên bàng quang quá to cũng không ý nghĩa nhiều hơn và còn gây trở ngại trong việc kiểm soát bàng quang khi xạ trị thực tế.

3.5. Sự phân bố liều của nhóm xạ trị dự phòng hạch bên hai bên

Trong bệnh lý ung thư trực tràng, chỉ định xạ trị dự phòng hạch bên được thực hiện nhằm giảm nguy cơ di căn hạch bên giúp cải thiện tiên lượng bệnh. Liều xạ trị dự phòng hạch bên là 45Gy. Trong nghiên cứu này, chúng tôi so sánh sự phân bố liều của 3 kỹ thuật trên nhóm có dự phòng hạch bên với hy vọng đưa ra được những hướng dẫn lâm sàng giúp lựa chọn kỹ thuật xạ trị phù hợp.

Bảng 8: Sự phân bố liều cổ xương đùi trong xạ trị dự phòng hạch bên

Liều xạ N= 7	3D-CRT	IMRT	VMAT	IMRT và 3D-CRT	VMAT và 3D-CRT	IMRT và VMAT
Cổ xương đùi phải: Thể tích 119,95 ± 30,23						
Dmean (Gy)	36,1 ± 4,29	26,23 ± 3,14	25,2 ± 1,7	0,012	0,012	0,263
V30 (%)	63,3 ± 16,07	32,87 ± 12	18,67 ± 10,91	0,012	0,012	0,012
V40 (%)	41,64 ± 16,78	9,52 ± 8,1	3,88 ± 4,29	0,012	0,012	0,012
V45 (%)	33,28 ± 10,37	1,67 ± 2,27	0,53 ± 0,72	0,012	0,012	0,046
V50 (%)	1,37 ± 2,8	0	0	0,109	0,109	1
Cổ xương đùi trái: Thể tích 118,35 ± 29,18						
Dmean (Gy)	37,03 ± 4,3	26,84 ± 2,91	25,22 ± 1,07	0,012	0,012	0,161
V30 (%)	71,15 ± 21,18	34,75 ± 11,63	17,63 ± 7	0,012	0,012	0,012
V40 (%)	45,08 ± 7,67	10,54 ± 7,76	3,79 ± 3,04	0,012	0,012	0,012
V45 (%)	33,96 ± 9,6	2,06 ± 2,77	0,6 ± 0,73	0,012	0,012	0,176
V50 (%)	4 ± 9,45	0	0	0,068	0,068	1

Trong nhóm dự phòng hạch bên hai bên, sự phân bố liều giữa 3 kỹ thuật xạ trị cho thấy IMRT và VMAT giảm liều xạ vào cổ xương đùi, giảm nguy cơ gây cổ xương đùi do xạ trị. Hầu hết các thông số của IMRT và VMAT khác biệt rất rõ rệt so với kỹ thuật 3D – CRT.

Bên cạnh đó, kết quả trên cũng cho thấy liều xạ trị vào cổ xương đùi hai bên của VMAT thấp hơn so với IMRT ở một số thông số cụ thể như: V30, V40 và V45.

IV. BÀN LUẬN

Nhìn chung, về mặt thể tích mô đích, tác giả Simson [11] so sánh sự phân bố liều giữa 3D-CRT và IMRT, tác giả Kaplan [12] so sánh giữa IMRT và VMAT, tác giả Luna [13] so sánh giữa 3D-CRT và VMAT cùng với nghiên cứu của chúng tôi đều đưa đến kết quả: VMAT tốt hơn 3D-CRT, IMRT tốt hơn 3D-CRT hầu hết ở tất cả các thông số, đặt biệt cả HI và CI. Riêng sự phân bố liều của IMRT và VMAT

vẫn ở thể gần như cân bằng, mỗi kỹ thuật có ưu điểm và khuyết điểm riêng vì VMAT tốt hơn IMRT ở vài chỉ số và ngược lại. Tuy nhiên, chỉ số MU của VMAT ít hơn IMRT rất nhiều và có ý nghĩa thống kê. Điều này có nghĩa là thời gian xạ trị của VMAT ngắn hơn IMRT. Đây là một ưu điểm rất lớn của VMAT, vì khi nằm quá lâu trên bàn xạ trị, bệnh nhân có thể sẽ cử động gây nguy cơ sai lệch tư thế cố định trong lúc xạ.

Thể tích bàng quang 250 – 350ml giúp giảm liều bao ruột và đạt ngưỡng sinh lý để bệnh nhân có thể kiểm soát tốt lượng nước tiểu. Việc hướng dẫn bệnh nhân thực hiện phác đồ làm đầy bàng quang [14,15], sử dụng siêu âm cầm tay trước mô phỏng và trước mỗi lần xạ trị, ứng dụng công thức tính thể tích cụ thể cho từng hình dạng bàng quang sẽ giúp kiểm soát tốt thể tích nước tiểu, nhằm đạt được mục tiêu quan trọng là hằng định thể tích bàng quang trong khi tiến hành xạ trị.

Xạ trị ung thư trực tràng cũng gần như tương đồng với xạ trị ung thư phụ khoa về mặt liều xạ trên

Bệnh viện Trung ương Huế

thể tích đích cũng như liều không chế trên cơ quan lành, đặc biệt giới hạn liều trên bao ruột V45<195cc cũng tương tự nhau. Theo tác giả John C. Roeske (2003) [0] đánh giá biến chứng ruột non trong xạ trị IMRT ung thư phụ khoa 45 Gy, liều bao ruột V45<195cc giúp giảm 38% biến chứng trên ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kỹ thuật xạ trị có liều ruột thấp nhất là VMAT (V45 trung bình là 155,03cc), kế đến là IMRT (V45 trung bình là 168,47cc) và kỹ thuật 3D-CRT (**V45 trung bình là 273,33cc**) có liều xạ vào bao ruột là cao nhất đồng thời vượt ngưỡng cho phép 195cc. Vì vậy, chúng tôi nhận thấy sự hiệu quả của IMRT và VMAT trong việc kiểm soát tốt liều bao ruột trong xạ trị ung thư trực tràng.

Trong một số trường hợp cụ thể, cổ xương đùi được đặc biệt quan tâm để bảo vệ, đó là khi xạ trị dự phòng hạch bẹn hai bên. Vị trí hạch bẹn nằm ngay phía trước cổ xương đùi, vì thế khi xạ trị dự phòng hạch bẹn với liều 45Gy, nguy cơ tổn thương cổ xương đùi rất cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 7 (23,3%) trường hợp có chỉ định dự phòng hạch bẹn hai bên do bướu trực tràng thấp xâm lấn cơ thất hậu môn hoặc 1/3 dưới âm đạo. Hầu hết các chỉ số liều của IMRT và VMAT đều thấp hơn 3D-CRT, đặc biệt sự phân bố liều của 3D-CRT cổ xương đùi luôn không đạt ngưỡng V45<5%. Mặt khác, giữa VMAT và IMRT, VMAT có vẻ ưu thế hơn ở một vài thông số liều. Do đó, những trường hợp xạ trị dự phòng hạch bẹn hai bên nên cân nhắc xạ trị IMRT hoặc VMAT, đặt biệt là VMAT vì thời gian xạ trị ngắn hơn.

V. KẾT LUẬN

Sự phân bố liều của kỹ thuật IMRT và VMAT tốt hơn kỹ thuật 3D – CRT về mặt phủ liều vào mô đích cũng như tránh liều vào cơ quan lành. Thể tích bàng quang tối ưu 250 – 350 ml giữ một vai trò rất quan trọng giúp giảm liều xạ trị tổn thương bao ruột. Trong trường hợp xạ trị dự phòng hạch bẹn hai bên, liều xạ vào cổ xương đùi của kỹ thuật IMRT và VMAT thấp hơn kỹ thuật 3D-CRT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018>
2. Kapiteijn E, Marijnen C A, Nagtegaal I D et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. N Engl J Med. 2001.345:638–646.
3. Cecil T D, Sexton R, Moran B J, Heald R J. Total mesorectal excision results in low local recurrence rates in lymph node-positive rectal cancer. Dis Colon Rectum. 2004. 47:1145–1149.
4. Arbea L. Intensity-modulated radiation therapy (IMRT) vs. 3D conformal radiotherapy (3DCRT) in locally advanced rectal cancer (LARC): dosimetric comparison and clinical implications. Radiation Oncology. 2010. 5:7.
5. Baglan KL, Frazier RC, Yan D et al. The dose-volume relationship of acute small bowel toxicity from concurrent 5-FU based chemotherapy and radiation therapy for rectal cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2002.52:176–183.
6. Tho LM, Glegg M, Paterson J et al. Acute small bowel toxicity and preoperative chemoradiotherapy for rectal cancer: Investigating dose-volume relationships and role for inverse planning. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2006. 66:505–513.
7. Samuelian J.M. Reduced Acute Bowel Toxicity in Patients Treated With Intensity-Modulated Radiotherapy for Rectal Cancer. Radiation Oncology. 2011. 82(5):1981–1987
8. American Joint Committee On Cancer. AJCC Cancer staging manual, Eighth Edition. 2017. 268–269.
9. Valentini et al. International consensus guidelines on Clinical Target Volume delineation in rectal cancer. Radiotherapy and Oncology, 2016. 120(2), 195–201.
10. Hodapp N. The ICRU Report 83: prescribing, recording and reporting photon-beam intensity-modulated radiation therapy (IMRT). Strahlenther Onkol. 2012. 188(1):97–9
11. Simson DK et al. Dosimetric Comparison between Intensity Modulated Radiotherapy and 3 Dimensional Conformal Radiotherapy in the Treatment of Rectal Cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2016.17(11):4935–4937.
12. Kaplan SO. Dosimetric Comparison of Intensity Modulated Radiotherapy and Volumetric Arc Therapy for Rectal Cancer. Turk J Oncol. 2019. 34(2):59–65.
13. Luna R, de Torres Olombrada MV. mARC preoperative rectal cancer treatments vs. 3D conformal radiotherapy. A dose distribution comparative study. PLoS ONE. 2019. 14(8): e0221262.
14. Fujioka C, Ishii K et al. Optimal bladder volume at treatment planning for prostate cancer patients receiving volumetric modulated arc therapy. Pract Radiat Oncol. 2016.6(6):395–401
15. Yoon HI, Chung Y, Chang JS, Lee JY, Park SJ, Koom WS. Evaluating Variations of Bladder Volume Using an Ultrasound Scanner in Rectal Cancer Patients during Chemoradiation: Is Protocol-Based Full Bladder Maintenance Using a Bladder Scanner Useful to Maintain the Bladder Volume?. PLoS ONE. 2015. 10(6): e0128791.
16. Roeske JC, Bonta D, Mell LK et al. A dosimetric analysis of acute gastrointestinal toxicity in women receiving intensity-modulated whole-pelvic radiation therapy. Radiotherapy and Oncology. 2003.69: 201–203.

U DẠNG TUYẾN CỦA TUYẾN THƯỢNG THẬN: BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP VÀ HỒI CỨU Y VĂN

Nguyễn Thị Quỳnh^{1✉}, Phạm Thuần Mạnh², Trần Ngọc Minh^{1,2}

¹Bộ môn Giải phẫu bệnh – Trường Đại học Y Hà Nội

²Khoa Giải phẫu bệnh – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

U dạng tuyến (Adenomatoid tumor) là một khối u lành tính có nguồn gốc trung mô, thường gặp ở đường sinh dục của cả hai giới, tuy nhiên, cực kỳ hiếm gặp ở vị trí ngoài đường sinh dục như tuyến thượng thận. Cho tới nay, chỉ có khoảng 40 trường hợp u dạng tuyến tại tuyến thượng thận được ghi nhận trong y văn. Chúng tôi báo cáo một trường hợp u dạng tuyến tại tuyến thượng thận trên bệnh nhân nam, 45 tuổi, vào viện vì đau nhẹ vùng lưng trái và tăng huyết áp. Bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu, phát hiện khối u vùng tuyến thượng thận trái. Trên vi thể, mô tuyến thượng thận có u được cấu tạo bởi các cấu trúc dạng ống tuyến kích thước to nhỏ không đều, lòng ống được lót bởi một hàng tế bào nhân nhỏ đều. Xen giữa các ống này là mô đệm giàu lympho bào, có vùng tạo thành nang lympho. Nhuộm hóa mô miễn dịch thấy các tế bào u dương tính với các dấu ấn trung biểu mô (calretinin, D2-40 và WT1) và âm tính với CD31. U dạng tuyến (Adenomatoid tumor) là một khối u rất hiếm gặp tại tuyến thượng thận với những đặc điểm tương tự về hình thái và kiểu hình miễn dịch với những u dạng tuyến ở vùng sinh dục. Hóa mô miễn dịch đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định khối u lành tính này, giúp tránh chẩn đoán nhầm và điều trị quá mức.

Từ khóa: U dạng tuyến, tuyến thượng thận, calretinin

ABSTRACT

ADENOMATOID TUMOR OF THE ADRENAL GLAND: REPORT OF A RARE CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE

Nguyen Thi Quynh^{1✉}, Pham Thuan Manh², Tran Ngoc Minh^{1,2}

Adenomatoid tumor (AT) is a benign neoplasm that originates from mesothelial cells, occurring in the female and male genital tracts although a limited number of cases have also been observed in extragenital sites such as the adrenal gland. In fact, the English literature only records approximately 40 cases of adrenal AT so far. Here we report a case of adrenal AT occurring in male patients aged 45 years who was admitted to the hospital because of mild left back pain and hypertension. The patient then underwent multislice computed tomography (MSCT) scan, detecting a tumor in the left adrenal gland. Histologically, the tumor in the adrenal gland was composed of growth patterns including microcysts, tubules, macrocysts and anastomosing structures lined by endothelial-like cells which were flattened and bland with no appreciable mitoses. Lymphoid aggregates and interspersed lymphocytes were frequently present. Immunohistochemically, the tumor cells were positive for mesothelial markers (calretinin, D2-40, and WT-1) and negative for CD31. Adenomatoid tumor is an extremely rare neoplasm in the adrenal gland which is morphologically and immunophenotypically identical to that occurring in the genital tracts. Immunohistochemical profiles play a pivotal role in reaching the diagnosis of this benign tumor, helping to avoid misdiagnosis and overtreatment.

Keywords: Adenomatoid tumor, adrenal gland, calretinin

Ngày nhận bài:

15/12/2021

Chấp thuận đăng:

10/02/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Thị Quỳnh

Email:

quynh95hmu@gmail.com

SĐT: 0377378630

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dạng tuyến (Adenomatoid tumor) là một khối u trung mô lành tính, thường gặp ở đường sinh dục, đặc biệt ở tử cung, vòi tử cung, buồng trứng ở nữ giới và các vị trí cận tinh hoàn ở nam giới [1,2]. Tuy nhiên, bệnh cực kỳ hiếm gặp ở những vị trí ngoài đường sinh dục như tuyến thượng thận, gan, mạc treo ruột, tụy, tim, màng phổi, trung thất, hạch bạch huyết với không có trường hợp nào tái phát sau điều trị phẫu thuật được ghi nhận [3]. Khối u lần đầu tiên được mô tả vào năm 1945 bởi Golden, nhưng với sự cải tiến của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CT) và chụp cộng hưởng từ (MRI) vào cuối những năm 1980, nhiều khối u dạng tuyến tại tuyến thượng thận hơn đã được mô tả [4]. Khối u này hầu hết gặp ở bệnh nhân nam giới (tỉ lệ nam/nữ là 10/1), với độ tuổi mắc bệnh thay đổi từ 30 – 50, trung bình là 40 tuổi [5]. Bệnh thường không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ. Hiếm khi, các triệu chứng do tăng hormone tuyến thượng thận (acid homovanillic, cường aldosteron) thứ phát được báo cáo do khối u phát triển chèn ép, kích thích nhu mô thượng thận bình thường [5]. U dạng tuyến thường dễ bị chẩn đoán nhầm trên mô học với các khối u thường gặp khác như u bạch huyết, do đó, hóa mô miễn dịch đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán chính xác bệnh. Trong bài báo này, chúng tôi xin báo cáo một trường hợp u dạng tuyến tại tuyến thượng thận rất hiếm gặp trên bệnh nhân nam giới, 45 tuổi, nhằm

nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh của u dạng tuyến và hồi cứu y văn, từ đó giúp các nhà giải phẫu bệnh tránh chẩn đoán nhầm, có thể dẫn đến sự điều trị quá mức của các bác sĩ lâm sàng.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

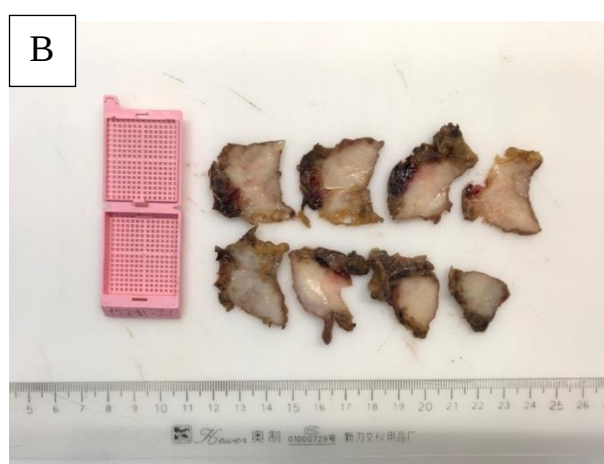
- Bệnh cảnh lâm sàng: Bệnh nhân nam giới, 45 tuổi, vào viện vì đau nhẹ vùng lưng trái và phát hiện tình trạng tăng huyết áp, không rõ thời điểm xuất hiện (huyết áp đo tại thời điểm vào viện là 170/100 mmHg). Bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu, phát hiện khối u vùng tuyến thượng thận trái. Sau đó, bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt bỏ khối u và mẫu bệnh phẩm được gửi giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định.

- Chẩn đoán hình ảnh: **Chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu (MSCT)**

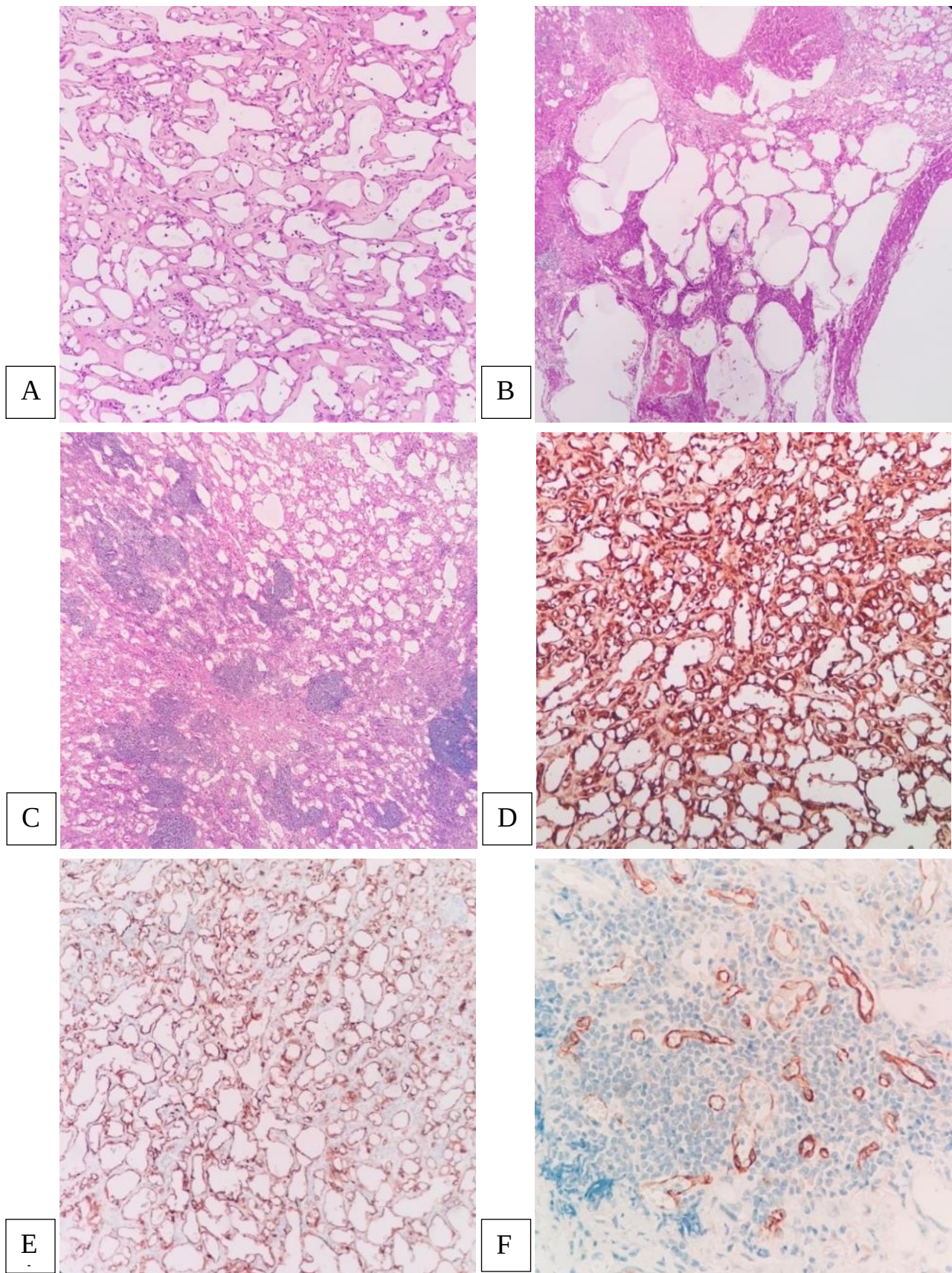
Tuyến thượng thận trái có khối tổn thương tỉ trọng hỗn hợp kích thước khoảng 58x38x20 mm, gồm phần đặc và phần nang. Phần nang thành mỏng, phần đặc có nốt vôi hóa nhỏ ở ngoại vi, sau tiêm ngấm thuốc không đều, ngấm thuốc mạnh thì muộn. Thâm nhiễm mỡ nhẹ quanh khối. Tuyến thượng thận phải không có khối bất thường.

- Giải phẫu bệnh:

Đại thể: Bệnh phẩm là tuyến thượng thận có u kích thước 35x28x20 mm, cắt qua có vùng đặc, trắng vàng mềm, có vùng tạo nang đường kính 20 mm.



Hình 1: A. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu: Tuyến thượng thận trái có khối tổn thương tỉ trọng hỗn hợp kích thước khoảng 58x38x20 mm, gồm phần đặc và phần nang. B. Hình ảnh đại thể: tuyến thượng thận có u kích thước 35x28x20 mm, cắt qua có vùng đặc, trắng vàng mềm, có vùng tạo nang đường kính 20 mm.



Hình 2: A-C. Hình ảnh vi thể: mô u được cấu tạo bởi các cấu trúc ống tuyến, nang lớn, vi nang được lợp bởi một hàng tế bào giống nội mô nhân nhỏ đều (A; HE, x200) (B, HE; x100), xen giữa các cấu trúc tuyến nang là mô đệm giàu lympho bào, có vùng tạo thành nang lympho (C; HE, x100); D-F. Hình ảnh hóa mô miễn

Bệnh viện Trung ương Huế

dịch: tế bào u dương tính mạnh, lan tỏa nhân và bào tương với calretinin (D; HMMD, x200), dương tính mạnh, lan tỏa màng bào tương với D2-40 (E; HMMD, x200), dương tính ở nhân và bào tương với WT1 (F; HMMD, x200).

Vĩ thể: Trên vĩ thể, mô tuyến thượng thận có u ranh giới không rõ, xâm lấn vào vùng vỏ và vùng tủy thượng thận, xâm lấn mô mỡ xung quanh tuyến thượng thận. Mô u được cấu tạo bởi các cấu trúc ống tuyến, nang lớn, vì nang được lấp bởi một hàng tế bào giống nội mô nhân nhỏ đều; không thấy hình ảnh nhân chia, nhân đa hình hay hoại tử u. Xen giữa các ống này là mô đệm giàu lympho bào, có vùng tạo thành nang lympho.

Hoá mô miễn dịch: Tế bào u dương tính với các dấu ấn trung biểu mô (calretinin, D2-40 và WT1) và âm tính với CD31.

Chẩn đoán xác định: Hình ảnh mô bệnh học và hóa mô miễn dịch phù hợp với U dạng tuyến (Adenomatoid tumor) của tuyến thượng thận.

III. BÀN LUẬN

U dạng tuyến (Adenomatoid tumor) là một khối u trung mô lành tính rất hiếm gặp ở tuyến thượng thận với chỉ khoảng 40 trường hợp được báo cáo trong y văn [6]. Độ tuổi tại thời điểm chẩn đoán bệnh thay đổi từ 24 đến 65 (thường gặp nhất trong thập kỉ thứ tư), với tỉ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn so với nữ giới [7,8]. Theo thống kê y văn, có 18 trường hợp khối u nằm ở tuyến thượng thận trái, 22 trường hợp nằm ở tuyến thượng thận phải, và vị trí của một trường hợp không được báo cáo [6]. Những khối u này hầu hết không chức năng, không có triệu chứng hoặc biểu hiện các triệu chứng không đặc hiệu, thường được phát hiện một cách tình cờ trên chẩn đoán hình ảnh, trong phẫu thuật hoặc khám nghiệm tử thi. Một số chỉ ra sự tăng hoạt động của hormon, bao gồm: nồng độ cao của acid homovanillic trong nước tiểu, nồng độ cao trong máu của aldosterone và cortisol. Đôi khi, bệnh nhân có thể biểu hiện các triệu chứng liên quan đến khối ở tuyến thượng thận, như sờ thấy khối, đau bụng và tiểu máu đại thể [8]. Guan và cs (2021) nhận thấy trong nghiên cứu: 10 trường hợp có liên quan đến tăng huyết áp, 3 bệnh nhân bị sỏi thận, 2 bệnh nhân có tiền sử đau bụng kinh niên, 1 bệnh nhân bị tiểu máu, 1 bệnh nhân có triệu chứng hội Cushing, viêm túi mật cấp tính, viêm phổi, viêm túi thừa, thoát vị bẹn và hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS)

[6]. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân vào viện vì đau nhẹ vùng lưng trái và có triệu chứng tăng huyết áp.

Trên chẩn đoán hình ảnh, u dạng tuyến của tuyến thượng thận không có các đặc điểm hình ảnh đặc trưng và thường cho thấy cấu trúc đặc, hiếm khi có thể là cấu trúc nang. Không có kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh nào trong số siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ và chụp cắt lớp phát xạ positron có thể chẩn đoán chính xác khối u này. Vì vậy, u dạng tuyến dễ bị nhầm lẫn với các u tuyến thượng thận lành tính khác và ung thư biểu mô tuyến vỏ thượng thận, cũng như các khối u khác như u mỡ tủy thượng thận, u bạch huyết, u máu, sarcôm mạch và các nang của tuyến thượng thận [8].

Về mặt đại thể, u dạng tuyến có kích thước lớn nhất dao động từ 1 đến 15 cm. Mặt cắt qua u giống như u dạng tuyến ở đường sinh dục, thường đặc, màu trắng xám, mặt độ chắc tới mềm, một số có cấu trúc nang: 23 trường hợp khối u có dạng khối đặc, trong khi 12 trường hợp được mô tả là khối hỗn hợp phần đặc và phần nang, và chỉ có 6 trường hợp là hoàn toàn dạng nang, dễ bị chẩn đoán nhầm là u bạch huyết [5,6].

Về mặt vĩ thể, u dạng tuyến có ranh giới rõ hoặc có thể xâm nhập vào vùng vỏ và vùng tủy thượng thận, xâm nhập vào mô mỡ quanh thượng thận, tuy nhiên, cần phải lưu ý rằng, đây không phải là tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ác tính [5,6]. Khối u chỉ ra nhiều cấu trúc phát triển, bao gồm cấu trúc đặc, nang lớn, vì nang, dạng tuyến, nhú và giả mạch được lót bởi các tế bào giống nội mô. Chỉ có 11 trường hợp khối u có cấu trúc đặc, và 4 trường hợp có cấu trúc nhú [5]. Khoảng một nửa số trường hợp cho thấy hai hoặc nhiều cấu trúc [9]. Các tế bào u dẹt với tỷ lệ nhân/bào tương thấp, không có hình ảnh nhân chia, nhân đa hình hay hoại tử u, giúp phân biệt u dạng tuyến với các khối u ác tính. Các tế bào dạng vòng nhẫn được mô tả trong 23 trường hợp. Trong hầu hết các trường hợp, mô đệm xâm nhập nhiều lympho bào, đôi khi hình thành các nang lympho. Các đặc điểm mô học khác được quan sát thấy bao gồm canxi hóa, xơ hóa, mô mỡ trong u và dị sản xương [6]. Trong trường hợp của chúng tôi, mô u được cấu tạo bởi các cấu trúc ống tuyến, nang lớn, vì nang được lấp bởi một hàng tế bào giống nội

U dạng tuyến của tuyến thượng thận: Báo cáo ca bệnh hiếm gặp và hồi cứu y văn

mô nhân nhỏ đều; không thấy hình ảnh nhân chia, nhân đa hình hay hoại tử u. Xen giữa các ống này là mô đệm giàu lympho bào, có vùng tạo thành nang lympho.

Về hóa mô miễn dịch, các tế bào u dương tính lan tỏa với các dấu ấn biểu mô (như AE1/AE3, CAM5.2 và CK7), và các dấu ấn trung biểu mô (như calretinin, D2-40, WT-1 và HBME-1). Các tế bào u dương tính yếu hoặc dương tính ồ ới CK5/6, đây cũng là một dấu ấn của tế bào trung biểu mô. D2-40 và calretinin bộc lộ trong 100% các trường hợp và tỷ lệ dương tính với WT-1 đạt 95,5%. Do đó, calretinin, D2-40 và WT-1 là những dấu ấn tương đối đặc hiệu của u dạng tuyến. Nhuộm âm tính được quan sát thấy đối với CD34, CD31, HMB45, Melan-A, Actin và Desmin [6]. Hiện nay, các nghiên cứu về sinh học phân tử của u dạng tuyến của tuyến thượng thận vẫn còn rất hạn chế. Chỉ có một trường hợp u dạng tuyến được báo cáo trên một bệnh nhân có tiền sử cá nhân và gia đình có đột biến tiểu đơn vị phức hợp succinate dehydrogenase D (SDHD) [6].

Chẩn đoán phân biệt là cần thiết được đặt ra khi chẩn đoán u dạng tuyến tại tuyến thượng thận do khối u có vị trí bất thường, thiếu các đặc điểm lâm sàng và X quang đặc hiệu, ranh giới không rõ với mô tuyến thượng thận lân cận và bao gồm nhiều cấu trúc phát triển khác nhau. Các chẩn đoán phân biệt bao gồm nhiều loại khối u lành tính như u bạch huyết và ác tính (u nội mô mạch máu dạng biểu mô, u trung biểu mô ác tính, ung thư biểu mô tuyến di căn). U bạch huyết là một khối u lành tính hiếm gặp ở tuyến thượng thận, biểu hiện khối dạng nang, đặc trưng bởi sự tăng sinh bất thường của các mạch bạch huyết, xâm nhập nhiều lympho bào tương tự như AT, nhưng không có cấu trúc đặc và âm tính với các dấu ấn biểu mô, WT-1 và calretinin. U nội mô mạch máu dạng biểu mô là một khối tân sản mạch với cấu trúc dây hoặc ổ nhỏ tế bào nội mô tròn với bào tương rộng ái toan; các tế bào u dương tính với các dấu ấn chỉ ra nguồn gốc mạch máu như ERG, CD31, CD34 và FLI-1. U trung biểu mô ác tính có nguồn gốc trung mô với các dấu ấn hóa mô miễn dịch bộc lộ giống như trong u dạng tuyến, tuy nhiên, chỉ ra đặc điểm không điển hình với chỉ số Ki-67 và tỉ lệ nhân chia cao. Bên cạnh đó, cấu trúc ống tuyến và các tế bào dạng vòng nhẫn đôi khi có mặt, cần chẩn đoán phân biệt với ung thư biểu mô tuyến di căn. Tuy nhiên, dựa vào khai thác tiền sử bệnh, tính

chất không điển hình đáng kể của nhân, tỉ lệ nhân chia cao, và sự bộc lộ các dấu ấn hóa mô miễn dịch (âm tính với các dấu ấn trung biểu mô) có thể giúp phân biệt với u dạng tuyến.

Về điều trị, phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u là đủ và không cần điều trị bổ trợ sau mổ. Mặc dù số lượng ca bệnh được báo cáo còn hạn chế, không ghi nhận trường hợp nào có tái phát tại chỗ hoặc di căn trong u dạng tuyến của tuyến thượng thận [5, 7]. Trong trường hợp của chúng tôi, hiện tại, 2 tháng sau phẫu thuật cắt bỏ khối u, bệnh nhân đã ra viện, có tình trạng sức khỏe ổn định, huyết áp duy trì 130/90 mmHg (vẫn đang điều trị thuốc điều hoà huyết áp).

IV. KẾT LUẬN

Chúng tôi báo cáo một trường hợp U dạng tuyến (Adenomatoid tumor) tại tuyến thượng thận trên bệnh nhân nam giới, 45 tuổi. Trên vi thể, khối u có cấu trúc dạng nang lớn, vi nang và ống tuyến lợp bởi một hàng tế bào nhân nhỏ đều; mô đệm giàu lympho bào, có vùng tạo thành nang lympho. Nhuộm hóa mô miễn dịch thấy các tế bào u dương tính với các dấu ấn trung biểu mô (calretinin, D2-40 và WT1) và âm tính với CD31. Đây là khối u có nguồn gốc trung biểu mô lành tính hiếm gặp tại tuyến thượng thận, hầu hết không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ và không ghi nhận tái phát hoặc di căn sau phẫu thuật cắt u.

LỜI CẢM ƠN

Nguyễn Thị Quỳnh được tài trợ bởi Tập đoàn Vingroup – Công ty CP và hỗ trợ bởi chương trình học bổng đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), Viện Nghiên cứu Dữ liệu lớn (VinBigdata), mã số VINIF.2021.ThS.09.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lloyd RV, Osamura RY, Kloppel G. WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC). V10, 4th ed. 2017:174.
2. Lack EE. Tumors of the Adrenal Gland and Extra Adrenal Paraganglia – AFIP Atlas of Tumor Pathology. Washington: American Registry of Pathology, Armed Forces Institute of Pathology. V8. 2007:328.
3. Travis WD, Lack EE, Azumi N. Adenomatoid tumor of the adrenal gland with ultrastructural and immunohistochemical demonstration of a mesothelial origin. Arch Pathol Lab Med. 1990.114:722-724.
4. Golden A, Ash JE. Adenomatoid tumors of the genital tract. Am J Pathol. 1945.21:63-79.
5. Bisceglia M, Carosi I, Scillitani A. Cystic lymphangioma-like adenomatoid tumor of the adrenal gland: Case presentation

Bệnh viện Trung ương Huế

- and review of the literature. *Adv Anat Pathol*. 2009;16(6):424-432.
6. Guan J, Zhao C, Li H. Adenomatoid Tumor of the Adrenal Gland: Report of Two Cases and Review of the Literature. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:692553.
 7. Chaudhry S, Lubitz S, Newman K. Adenomatoid Tumor of the Adrenal Gland. *The Endocrinologist*. 2009;19(5):233–236.
 8. Krstevska B, Mishevskaja SJ, Jovanovic R. Adenomatoid Tumor of the Adrenal Gland in Young Woman: From Clinical and Radiological to Pathological Study. *Rare Tumors*. 2016;8(4):6506.
 9. Karpathiou G, Hiroshima K, Peoc'h M. Adenomatoid Tumor: A Review of Pathology with Focus on Unusual Presentations and Sites, Histogenesis, Differential Diagnosis, and Molecular and Clinical Aspects with a Historic Overview of Its Description. *Adv Anat Pathol*. 2020;27(6):394–407.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT GAN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÔN THẤT TÙNG KẾT HỢP TAKASAKI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Nguyễn Huy Toàn^{1✉}, Hà Văn Quyết², Nguyễn Văn Hương¹, Lê Anh Xuân¹, Đặng Quốc Ái³, Phạm Văn Thương²

¹Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện HNĐK Nghệ An

²Bộ môn Ngoại, Đại học Y Dược Hải Phòng

³Bộ môn Ngoại, Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả 83 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 4 năm 2017 đến tháng 7 năm 2021.

Kết quả: Nam (68,7%), nữ (31,3%), độ tuổi trung bình $53,23 \pm 10,47$, viêm gan B đơn thuần chiếm 79,5%. Xơ gan Child A chiếm 91,6%, 34,9% bệnh nhân có AFP > 400 ng/ml, 33,7% khối u > 5 cm; Biến chứng rò mật 3,6%, suy gan sau mổ 1,2%, Ascites kéo dài 16,9% và tràn dịch màng phổi 26,5% là 2 biến chứng thường gặp. Thời gian phẫu thuật trung bình là $159,7 \pm 53,12$ phút (65 – 315). Thời gian hậu phẫu trung bình $10,82 \pm 3,4$ ngày (7-25).

Kết luận: Phẫu thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là kỹ thuật an toàn, bước đầu cho kết quả tốt.

Từ khóa: Cắt gan theo giải phẫu, cắt gan.

ABSTRACT

THE PRELIMINARY RESULTS OF HEPATECTOMY USING TON THAT TUNG METHOD COMBINED WITH TAKASAKI METHOD FOR MANAGING HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Nguyen Huy Toan^{1✉}, Ha Van Quyet², Nguyen Van Huong¹, Le Anh Xuan¹, Dang Quoc Ai³, Pham Van Thuong²

Objective: To evaluate the preliminary results of hepatectomy using Ton That Tung method combined with Takasaki method for managing hepatocellular carcinoma at Nghe An General Friendship Hospital.

Method: This prospective-descriptive study was conducted in 83 patients who underwent liver resection by Ton That Tung method combined with Takasaki method for managing hepatocellular carcinoma from April 2017 to July 2021.

Result: The proportion of males and females was 68.7% and 31.3%, respectively. The mean age was 53.23 ± 10.47 ; 79.5% of patients had hepatitis B. 91.6% of patients had cirrhosis Child Pugh Class A. 34.9% of patients had AFP > 400 ng/ml. 33.7% of patients had tumor size > 5cm. Biliary leakage 3.6%, hepatic failure 1.2%, prolonged ascites (16.9%) and pleural effusion (26.5%) were the two most common complications. The mean operative time was 159.7 ± 53.12 min (65 – 315). The mean postoperative time was 10.82 ± 3.9 days (7-25).

Conclusion: Hepatectomy using Ton That Tung method combined with Takasaki method for managing hepatocellular carcinoma is a safe, effective procedure with promising results.

Key words: Anatomic liver resection, hepatectomy.

Ngày nhận bài:

04/01/2022

Chấp thuận đăng:

16/02/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Huy Toàn

Email:

Drhuytoan@yahoo.com

SĐT: 0946254777

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan nguyên phát mà chủ yếu ung thư biểu mô tế bào gan là một bệnh ác tính phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới. Theo thống kê của tổ chức Y tế thế giới (Globocan 2020) ước tính có khoảng 26.418 trường hợp ung thư mới mỗi năm trên toàn cầu. Ở Việt Nam, đây là loại ung thư phổ biến thứ 1 ở nam giới và thứ 5 ở nữ giới [1]. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị ung thư biểu mô tế bào gan được áp dụng như: phẫu thuật cắt gan, ghép gan, đốt nhiệt cao tần, tiêm cồn qua da, nút mạch... Tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan vẫn được đánh giá là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả. Năm 1963, Tôn Thất Tùng đã đưa ra phương pháp cắt gan nổi tiếng mang tên ông – phương pháp cắt gan Tôn Thất Tùng, không chế cuống mạch sau khi cắt nhu mô, hạn chế được các biến chứng do bất thường giải phẫu gan [2]. Năm 1986, Takasaki giới thiệu kỹ thuật cắt gan kiểm soát cuống Glisson tại rốn gan, phương pháp này tỏ rõ nhiều ưu việt trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan nhờ: xác định chính xác diện cắt gan, giúp cắt gan theo giải phẫu một cách an toàn, hạn chế sự thiếu máu nhu mô phần gan để lại, giảm mất máu và tránh phát tán tế bào ung thư sang các phân thùy gan lân cận khi mổ. Kết hợp hai phương pháp này trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan chưa được nghiên cứu nhiều. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý UTBMTBG; và Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Một nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng thực hiện trên 83 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki tại Bệnh viện

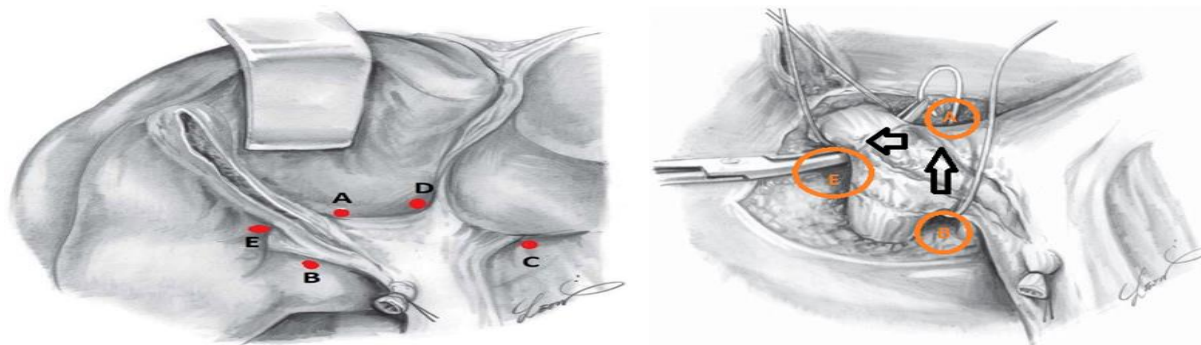
HNĐK Nghệ An từ tháng 4 năm 2017 đến tháng 7 năm 2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG trước mổ theo phác đồ của Bộ Y tế Việt Nam 2020. (2) Được cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki. (3) Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tế bào gan. (4) Trường hợp cắt gan lớn (≥ 3 HPT) thì thể tích gan còn lại đo trên chụp CLVT so với trọng lượng cơ thể (kg) $> 0,8\%$.

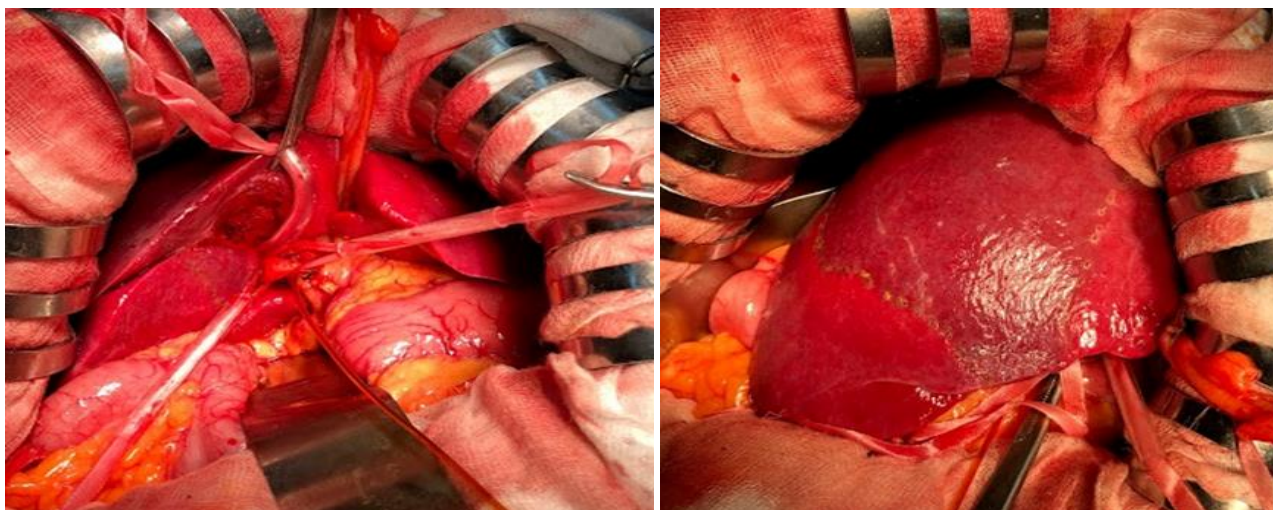
Quy trình tiến hành: Phương pháp cắt gan của Tôn Thất Tùng - Nguyên tắc của phẫu thuật là mở gan vào các rãnh đã được biết (rãnh giữa, rãnh bên phải, rãnh rốn), đây là một phẫu thuật cắt gan có kế hoạch, kiểm soát cuống mạch trong nhu mô. Trong kỹ thuật này PTV phá vỡ nhu mô gan trước sau đó cặp và thắt các cuống mạch trong nhu mô sau.

Phương pháp cắt gan Takasaki dựa trên cấu trúc giải phẫu của cuống Glisson ngoài gan bao bọc cả ba thành phần động mạch gan, tĩnh mạch cửa và đường mật. các cuống Glisson của gan phải và trái, phân thùy trước và sau nằm bên ngoài nhu mô gan.

Phẫu tích tại rốn gan có thể bộc lộ các cuống Glisson chính. Phẫu tích bờ trên, dưới cuống Glisson gan P (hình 2): Tách nhu mô gan với vỏ bao Glisson ngay trên mép trước rốn gan về phía phải (điểm A) để hạ mẳng rốn gan, ở dưới mở bao Glisson một đường khác ở chỗ củ đuôi sát mép sau rốn gan (điểm B) luôn lắt từ A tới B lấy được cuống Glisson P. Phẫu tích tách cuống phân thùy trước ra khỏi nhu mô, bộc lộ vào khe giữa cuống Glisson phân thùy trước và sau (điểm E), Luôn lắt từ điểm A sang E ta không chế được cuống phân thùy trước, luôn lắt từ điểm B sang A sang E ta không chế được cuống phân thùy sau. Như vậy, tại rốn gan ta có thể không chế được 3 cuống Glisson. Từ đó có thể phân biệt ranh giới các phân thùy và mặt phẳng cắt.



Hình 1: Các vị trí lấy cuống Glisson



Hình 2: Khổng chế cuồng gan PT trước và diện thiếu máu PT trước

Các chỉ số nghiên cứu: tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, viêm gan, xơ gan, ghi nhận kết quả phẫu thuật, loại cắt gan, thời gian mổ, biến chứng trong mổ, lượng máu mất, thời gian nằm viện.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Từ 04/2017- 7/2021, 83 bệnh nhân ung thư gan thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh được phẫu thuật cắt bỏ u gan, gồm 57 nam (68,7%), 26 nữ (31,3%); độ tuổi trung bình $53,23 \pm 10,47$ tuổi (30 – 73 tuổi), thời gian hậu phẫu trung bình $10,28 \pm 3,4$ ngày (7-25).

Bảng 1: Chỉ số cơ thể

Chỉ số	Trung bình (thấp nhất - cao nhất)
Chiều cao (cm)	$160,73 \pm 6,458$ (145 – 176 cm)
Cân nặng (kg)	$52,67 \pm 7,719$ (35 – 72 Kg)
BMI	$20,33 \pm 2,312$ (15 – 26)
BSA	$1,53 \pm 0,129$ (1,25 – 1,83 m ²)

Phần lớn bệnh nhân đều có chỉ số khối cơ thể BMI bình thường

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khối u

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	Số bệnh nhân	%
Triệu chứng lâm sàng		
Đau hạ sườn phải	49	59
Sút cân, chán ăn	15	18,1
Gan to	8	9,6

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	Số bệnh nhân	%
Dịch ổ bụng	15	18,1
Tình trạng viêm gan		
Không viêm	15	18,1
Viêm gan B	66	79,5
Viêm gan C	1	1,2
Viêm gan B + C	1	1,2
Phân độ xơ gan		
Child - Pugh A	76	91,6
Child - Pugh B	7	8,4
AFP		
< 20	37	44,9
20– 400	17	20,5
> 400	29	34,9

Triệu chứng lâm sàng: Đau bụng hạ sườn phải chiếm 56,4%. Tình trạng viêm gan: tỷ lệ viêm gan B đơn thuần chiếm 80,8%. Xơ gan Child A chiếm 92,3%.

Bảng 3: Đặc điểm khối u

Đặc điểm khối u	Số bệnh nhân	%
Kích thước		
1 u > 5cm	21	25,3
1 u ≤ 5cm	40	48,2
Đa u	18	26,4
Tình trạng khối u		
U vỡ	12	14,5
U chưa vỡ	71	85,5

Bệnh viện Trung ương Huế

Số bệnh nhân có khối u đơn độc 5 cm chiếm nhiều nhất với 48,2%. U chưa vỡ trước phẫu thuật chiếm 85,5%.

Bảng 4: Giai đoạn theo BCLC

Giai đoạn	n	%
A	60	72,3
B	17	20,5
C	6	7,2

U ở giai đoạn sớm chiếm 72,3%.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 5: Loại phẫu thuật

Phân loại		Hình thái	n	%
Gan lớn	3 Hạ phân thủy	Gan trung tâm	1	1,2
		HPT 5, 6, 7	2	2,4
		Gan trái	4	4,8
	4 Hạ phân thủy	Gan phải	11	13,3
	5 Hạ phân thủy	Thủy gan phải	2	2,4
Tổng			20	24,1
Gan nhỏ	1 Hạ phân thủy	HPT 5	3	3,6
		HPT 6	4	4,8
	2 Hạ phân thủy	PT giữa	3	3,6
		PT trước	2	2,4
		PT sau	19	22,9
		PT bên	19	22,9
		HPT 5, 6	10	12
		HPT 4b, 5	2	2,4
		HPT 3, 4b	1	1,2
Tổng			63	75,9

Tỷ lệ cắt gan lớn (từ 3 HPT) chiếm 24,1%; cắt gan nhỏ chiếm 75,9%.

Bảng 6: Tai biến trong mổ

Dạng thương tổn	n	%
Rách cơ hoành (n = 83)	0	0
Vỡ u (n = 83)	2	2,4
Rách tuyến thượng thận Phải (n = 57)	6	10,5
Rách nhu mô gan (n=83)	1	1,2
Tổn thương tĩnh mạch cửa (n=83)	1	1,2
Tử vong	0	0

Tai biến tổn thương tuyến thượng thận phải 10,5%,

không có trường hợp tử vong sau mổ.

Bảng 7: Chỉ số liên quan đến kỹ thuật

Chỉ số liên quan đến kỹ thuật	Kết quả
Thời gian phẫu tích cuống phải - Trái (phút)	3,9 ± 2,15 (2-14)
Thời gian phẫu tích cuống PT trước - Sau (phút)	4,9 ± 1,82 (3-10)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	159,7 ± 52,12
Thời gian cắt nhu mô (phút)	37,43 ± 9,94
Lượng máu mất TB (ml)	247,32 ± 145,145

Lượng máu mất trung bình 247,32 ± 145,145 ml, chỉ có 1 BN phải truyền máu trong mổ trong 71 BN u chưa vỡ.

Bảng 8: Giải phẫu bệnh sau mổ

Giải phẫu bệnh	n	%
Biệt hóa cao	4	4,8
Biệt hóa vừa	76	91,6
Biệt hóa kém	3	3,6

Độ biệt hóa vừa chiếm 91,6%.

Bảng 9: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	%
Chảy máu ổ bụng	0	0
Cổ trướng	14	16,9
Rò mật	3	3,6
Nhiễm trùng vết mổ	3	3,6
Tràn dịch màng phổi	22	26,5
Suy gan sau mổ	1	1,2
Tử vong	0	0

Biến chứng sau mổ cổ trướng, tràn dịch màng phổi là 2 biến chứng thường gặp chiếm 16,6 % và 26,5%.

Bảng 10: Phân độ biến chứng theo Dindo

Độ	Số bệnh nhân	%
1	29	35
3A	2	2,4
3B	1	1,2
Không biến chứng	47	61,4

BN có biến chứng độ 1 chiếm 35%; không có biến chứng 61,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 83 BN, tuổi thấp nhất 30 tuổi cao nhất 73 tuổi, có tuổi trung bình là $53,23 \pm 10,47$ trong đó lứa tuổi thường gặp nhất là từ 45 – 59 tuổi chiếm 56,6%, tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 10,8%.

Các số liệu tương đối phù hợp với một số NC trong nước và nước ngoài, Ninh Việt Khải (2018) nghiên cứu trên 72 BN ung thư gan cho thấy độ tuổi trung bình là 52,3 trong đó độ tuổi trung niên 41 – 60 tuổi chiếm ưu thế với tỉ lệ là 58,3% [3]. Karamarkovic (2016), tuổi trung bình 60.13 ± 13.29 đối với cắt gan nhỏ và 62.01 ± 10.23 với cắt gan lớn [4].

Chỉ số cơ thể cao hay béo phì thường liên quan đến những khó khăn trong phẫu thuật và làm tăng nguy cơ biến chứng. Hơn nữa, béo phì đôi khi dẫn đến bệnh gan mãn tính như gan nhiễm mỡ, bệnh sỏi mật đường và bệnh tim mạch. Do đó, béo phì có thể làm tăng thêm rủi ro phẫu thuật [5]. Chiều cao, cân nặng trung bình, chỉ số khối cơ thể (BMI) trong nghiên cứu chúng tôi lần lượt là $160,73 \pm 6,458$ cm; $52,67 \pm 7,719$ kg và $20,33 \pm 2,312$. Cân nặng là chỉ số thường được các PTV gan mật chú ý bởi vì trong phẫu thuật cắt gan lớn tỷ số gan còn lại trên cân nặng là 1 yếu tố tiên lượng nguy cơ suy gan sau mổ. Mathur và cộng sự đã mô tả 279 bệnh nhân phẫu thuật cắt gan HCC. So sánh kết quả giữa bệnh nhân BMI > 30 và BMI < 30. Bệnh nhân béo phì BMI > 30 có tỷ lệ tử vong tương tự nhưng tỷ lệ biến chứng tăng có ý nghĩa thống kê như rò rỉ mật, nhiễm trùng tiết niệu, viêm phổi, suy thận cấp và nhiễm trùng vết mổ [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của bệnh lý ung thư biểu mô tế bào gan thường muộn, mơ hồ. Do đó, đa số bệnh nhân đến bệnh viện thường vào giai đoạn muộn. Ở bảng 2, triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau hạ sườn phải 59%; gầy chán ăn 18,1%. Kết quả cũng tương tự các nghiên cứu khác.

Việt Nam là khu vực có tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B thuộc hàng cao trên thế giới. Trong NC của chúng tôi có 79,5% nhiễm virus viêm gan B, có 1 bệnh nhân nhiễm virus viêm gan C và 1 bệnh nhân đồng nhiễm cả 2 virus B-C cùng chiếm tỷ lệ 1,2%. Nhiễm virus viêm gan mạn tính từ lâu đã được biết đến như là một trong những yếu tố nguy cơ chính của

UBTG. Theo một số tác giả, virus viêm gan B có liên quan trong 50-80% các trường hợp UBTG trên toàn thế giới trong khi 10-25% số trường hợp có liên quan tới nhiễm virus viêm gan C [7]. Tất cả BN viêm gan B chúng tôi đều định lượng HBV-DNA, HbeAg trước mổ. Mặc dù, nồng độ virus cao, HbeAg (+) không phải là yếu tố chống chỉ định trong phẫu thuật gan nhưng cần phải lưu ý để tránh bùng phát viêm gan và có chiến lược điều trị viêm gan B sau phẫu thuật.

Hiện nay, trên lâm sàng đánh giá chức năng gan theo phân loại Child Pugh vẫn được nhiều phẫu thuật viên sử dụng, coi là tiêu chuẩn quan trọng khi chỉ định cắt gan. Tuy nhiên, nhược điểm của phân loại này là khó đánh giá những BN chức năng gan nằm giữa ranh giới Child - Pugh A và Child - Pugh B hoặc Child - Pugh B và Child - Pugh C vì thể khó tiên lượng và không chính xác. Kết quả NC bảng 2 thấy tỷ lệ BN có Child A là 91,6 % ; Child B là 8,4 % ; Child C không có BN nào. Kết quả tương tự với tác giả Chang (2018), về phân loại Child - Pugh trong nhóm 446 BN cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan thấy: Child A: 90,49% %, Child B: 9,51% [8].

Hầu hết các tác giả thống nhất: chỉ định phẫu thuật cắt gan lớn khi bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có chức năng gan phân loại Child - Pugh A, cắt gan chọn lọc cho những trường hợp Child - Pugh B và không nên cắt gan cho những bệnh nhân phân loại Child - Pugh C [9].

4.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 5 cho thấy có 10 hình thái cắt gan trong nghiên cứu, trong đó cắt gan lớn chiếm 24,1%, cắt gan nhỏ chiếm 75,9%. Tất cả đều được thực hiện theo phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp không chế cuồng gan ngả sau theo Takasaki. Vũ Văn Quang (2016), tỷ lệ cắt gan lớn chiếm 13,34%, gan nhỏ chiếm 86,66% và tất cả đều được cắt gan theo giải phẫu [10].

Khái niệm cắt gan theo giải phẫu được xác định: ngoài cắt bỏ khối u phải cắt tĩnh mạch cửa liên quan đến u và vùng gan tương ứng. Như vậy, cắt gan theo giải phẫu có thể hạn chế di căn và tái phát trong gan do sự xâm nhập của các tế bào khối u dọc theo tĩnh mạch cửa và các nhánh của chúng. Nghiên cứu của Kaibori (2017) so sánh kết quả cắt gan theo và không theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan cho 710 bệnh nhân có khối u nhỏ < 5 cm cho thấy: Tỷ lệ thêm toàn bộ ở nhóm cắt theo giải phẫu tốt hơn nhóm cắt không theo giải phẫu với $p < 0,001$; trong khi tỷ

Bệnh viện Trung ương Huế

lệ sống thêm không bệnh không có sự khác biệt đáng kể [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp cắt gan đều áp dụng phương pháp cắt gan Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki. Phương pháp cắt gan của giáo sư Tôn Thất Tùng: Nguyên tắc của phẫu thuật là mở gan vào các rãnh đã được biết (rãnh giữa, rãnh bên phải, rãnh rốn), đây là một phẫu thuật cắt gan có kế hoạch, kiểm soát cuống mạch trong nhu mô. Trong kỹ thuật này PTV phá vỡ nhu mô gan trước sau đó cặp và thắt các cuống mạch trong nhu mô sau. Phương pháp cắt gan Takasaki dựa trên cấu trúc giải phẫu của cuống Glisson ngoài gan bao bọc cả ba thành phần động mạch gan, tĩnh mạch cửa và đường mật. Các cuống Glisson của gan phải và trái, phân thùy trước và sau nằm bên ngoài nhu mô gan. Vì vậy có thể bóc lộ và kiểm soát các cuống này để xác định ranh giới của vùng nhu mô gan tương ứng (thể hiện qua tình trạng thiếu máu) trước khi cắt nhu mô gan theo ranh giới giải phẫu [12].

Tai biến chung trong mổ ở nghiên cứu của chúng tôi là 15,3%, trong đó rách tuyến thượng thận phải có 6 trường hợp chiếm 10,5%, vỡ u 2 trường hợp chiếm 2,4%, rách tĩnh mạch cửa trong phẫu tích cuống gan có 1 trường hợp chiếm 1,2%, không có trường hợp nào tử vong. Nghiên cứu của Tôn Thất Tùng (1971) trên 1056 trường hợp cắt gan tỷ lệ tai biến mạch máu 2,8%, tỷ lệ tử vong 17,8% [2].

Tai biến rách tĩnh mạch chủ dưới trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp nhưng trong y văn đã ghi nhận. Do gan xơ dính chặt với TM chủ dưới hoặc do khối u gan thâm nhiễm vào TM chủ dưới nên khi giải phóng gan hoặc khi cắt gan dễ gây tổn thương TM chủ dưới. Tai biến này ít gặp nhưng rất nguy hiểm do gây mất máu hoặc thoát khí vào buồng tim, có thể dẫn đến tử vong. Khi tai biến xảy ra cần cho BN ở thế đầu thấp để tránh thoát khí vào buồng tim. Tổn thương rách nhỏ có thể dùng đầu ngón tay bịt vào chỗ rách để cầm máu tạm thời, khâu chỗ rách cùng với việc dịch chuyển ngón tay khi khâu cho đến khi khâu kín tổn thương. Tổn thương rách rộng và phức tạp, để kiểm soát chảy máu cần nhanh chóng cặp cuống gan, TM chủ dưới dưới gan và trên gan, sau đó tùy mức độ tổn thương mà có thể khâu, vá hoặc thay đoạn TM chủ dưới.

Bảng 7 cho thấy kết quả thời gian phẫu thuật trung bình $159,7 \pm 52,12$ phút, lượng máu mất TB

$247,32 \pm 145,145$ ml. Theo nghiên cứu của Vũ Văn Quang (2019) thời gian phẫu thuật trung bình $113,7 \pm 39,6$ phút, lượng máu mất $230 \pm 132,3$ ml. Nghiên cứu Karamarkovic (2016), thời gian phẫu thuật trong cắt gan nhỏ $105,1 \pm 21,1$ phút, cắt gan lớn $225,6 \pm 75,6$ phút và lượng máu mất trong cắt gan nhỏ và cắt gan lớn lần lượt là $350,8 \pm 100,5$; $485,4 \pm 250,2$.

Nghiên cứu của chúng tôi 4,8% biệt hoá cao, 91,6% biệt hoá vừa, 3,6% có biệt hoá kém. Theo nghiên cứu của Lê Văn Thành (2013), tỷ lệ carcinoma biệt hoá cao 17,7%; biệt hoá vừa 76%. Thời gian sống thêm của các nhóm BN có độ biệt hóa khối u cao, vừa, thấp lần lượt là $40,0 \pm 2,7$ tháng, $32,7 \pm 2,0$ tháng và $11,3 \pm 3,0$ tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [13]. Theo Okuda và cộng sự (1985), các yếu tố mô học như biệt hóa cao, tế bào sáng, UBTG thể fibrolamellar và khối u có bao xơ có tiên lượng tốt hơn [14].

4.4. Kết quả sớm

Ở bảng 9, biến chứng sau mổ chúng tôi gặp 3,6% nhiễm trùng vết mổ, cổ trướng 16,9%, tràn dịch màng phổi 26,5%, rò mật 3,6%. Cơ chế của hiện tượng tràn dịch màng phổi, báng kéo là do quá trình giải phóng gan, cắt các dây chằng gây ảnh hưởng đến tuần hoàn bạch huyết khu vực hoặc do rối loạn chức năng gan sau mổ. Tràn dịch màng phổi thường với số lượng ít, được điều trị nội khoa hoặc chọc hút dịch, ít khi phải dẫn lưu màng phổi.

Trong nghiên cứu này có 3 trường hợp rò mật chiếm 3,6%, 2 bệnh nhân được can thiệp dẫn lưu đường mật qua da. Còn 1 BN cắt gan trái sau đó bị rò mật phải tiến hành đặt stent đường mật mới hết rò. Nguyên nhân rò mật trong trường hợp này khi chụp đường mật thấy hẹp vùng ngã ba đường mật, có thể trong quá trình kẹp cắt cuống gan trái sát vào vùng ngã ba do đó khi khâu cuống Glisson bằng chỉ Prolen gây hẹp ngã ba. Rò mật cũng là biến chứng nặng của phẫu thuật cắt gan. Rò mật được xác định khi dịch mật chảy qua dẫn lưu ổ bụng mà yêu cầu phải để dẫn lưu trong khoảng thời gian dài hơn bình thường hoặc có ổ đọng dịch mật trong ổ bụng mà đòi hỏi phải chọc dẫn lưu mật qua da hoặc phải mổ lại. Để hạn chế rò mật sau khi đưa được khối u gan ra ngoài chúng tôi tiến hành kiểm tra khâu lại các cuống Glisson bị cắt bằng chỉ Prolen, dùng tăm gác khô ấn vào diện cắt 3-5 phút kiểm tra xem các điểm chảy máu hoặc rò mật. Có những trường hợp chúng tôi bơm nước qua ống túi

mật để kiểm tra điểm rò mật.

Thời gian hậu phẫu trong nghiên cứu $10,28 \pm 3,4$ ngày, ngắn nhất 7 ngày, dài nhất 25. Kết quả này cũng tương tự với các kết quả của các tác giả trong và ngoài nước [10], [3].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp Takasaki là một phương pháp hiệu quả, an toàn, tai biến và biến chứng có thể kiểm soát được. Việc lựa chọn bệnh nhân là một vấn đề mấu chốt và đóng vai trò rất quan trọng tới kết quả của điều trị. Có thể thực hiện tại các bệnh viện tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GLOBOCAN. Cancer fact sheet: Liver cancer incidence and mortality worldwide. Glob. Cancer Obs. 2020;1–2.
2. Tôn Thất Tùng. Cắt Gan. Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật. 1971.
3. Ninh Việt Khải. Nghiên cứu ứng dụng cấp kiểm soát chọn lọc cuống gan trong cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng. Luận án tiến sĩ Y học. Học viện quân Y. 2018.
4. Karamarković A, Bracanović M, Bajec A et al. Annals of Surgery and Perioperative Care Glissonean Pedicle Transection Method using Vascular Stapling Devices in Anatomic Liver Resections: A Single Centre Experience. Ann Surg Perioper Care. 2016;1(3):1–8.
5. Ome Y, Hashida K, Yokota M et al. The safety and efficacy of laparoscopic hepatectomy in obese patients. Asian J. Surg. 2019. 42(1):180–188.
6. Mathur AK, Ghaferi AA, Sell K et al. Influence of body mass index on complications and oncologic outcomes following hepatectomy for malignancy. J. Gastrointest. Surg. 2010;14(5): 849–857.
7. Anthony PP. Hepatocellular carcinoma: an overview. Histopathology. 2001. 39(2):109–118.
8. Chang CY et al.. Esophageal varices are not predictive of patient prognosis after surgical resection of hepatocellular carcinoma. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2018. 30(11):1368–1377.
9. Hsieh CB et al.. Prediction of the risk of hepatic failure in patients with portal vein invasion hepatoma after hepatic resection. Eur. J. Surg. Oncol. 2006. 32(1): 72–76.
10. Vũ Văn Quang, Lê Văn Thành. Đánh giá kết quả sớm của cắt gan ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108. 2016. 11: 117–124.
11. Kaibori M et al. Comparison of anatomic and non-anatomic hepatic resection for hepatocellular carcinoma. J. Hepatobiliary. Pancreat. Sci. 2017. 24(11):616–626.
12. Takasaki K. Glisson's pedicle transection method for hepatic resection. 2007.
13. Lê Văn Thành. Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat-Jacob điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Luận án tiến sĩ Y học. 2013, Học viện quân Y.
14. Okuda K et al. Natural history of hepatocellular carcinoma and prognosis in relation to treatment study of 850 patients. Cancer 1985. 56(4):918–928.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHUYỂN VỊ ĐẠI ĐỘNG MẠCH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lý Thịnh Trường^{1✉}, Nguyễn Tuấn Mai¹

¹ Khoa Phẫu thuật Tim mạch, Trung tâm Tim mạch Trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật chuyển vị đại động mạch hiện nay đã trở thành phẫu thuật thường quy điều trị cho các bệnh nhân chuyển gốc động mạch. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kết quả điều trị của phẫu thuật chuyển vị đại động mạch tại Trung tâm Tim mạch trẻ em-Bệnh viện Nhi Trung ương.

Phương pháp: Từ tháng 2 năm 2010 đến tháng 12 năm 2016, tổng số 304 bệnh nhân đã được tiến hành phẫu thuật chuyển vị đại động mạch tại Trung tâm Tim mạch trẻ em-Bệnh viện Nhi Trung ương được thu thập đủ dữ liệu và đưa vào nghiên cứu.

Kết quả: Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ là 225/79 (2.85/1). Có 149 bệnh nhân (49%) chuyển gốc động mạch-vách liên thất nguyên vẹn, 106 bệnh nhân (34.8%) chuyển gốc động mạch-thông liên thất và 49 bệnh nhân (16.2%) thất phải hai đường ra thể chuyển gốc động mạch-bất thường Taussig-Bing. Tuổi phẫu thuật trung bình của nhóm nghiên cứu là $49,94 \pm 47,43$ (1- 320 ngày tuổi) ngày, cân nặng trung bình của nhóm phẫu thuật là $3,67 \pm 0,77$ kg (2,1-6.7kg). Có 156 bệnh nhân (51.3%) được phá vách liên nhĩ bằng bóng, 102 bệnh nhân (33.6%) được truyền Prostaglandin E1 trước phẫu thuật, 2 bệnh nhân được huấn luyện thất trái trước phẫu thuật. Trong nhóm nghiên cứu, có 28 bệnh nhân (9.2%) hẹp eo động mạch chủ hoặc thiếu sản quai động mạch chủ, và 3 bệnh nhân (1%) gián đoạn quai động mạch chủ được tiến hành phẫu thuật sửa chữa 1 thì với kỹ thuật tưới máu não chọn lọc. Thời gian cấp động mạch chủ trung bình là $131,43 \pm 37,65$ phút (56-279 phút), thời gian chạy máy trung bình $191,96 \pm 81,17$ phút (92-924 phút). Có 4 bệnh nhân cần ECMO hỗ trợ sau phẫu thuật. Có 25 bệnh nhân (8.2%) bệnh nhân tử vong tại bệnh viện, 5 bệnh nhân tử vong muộn sau khi xuất viện (1.6%). Có 7 bệnh nhân (2.3%) cần được phẫu thuật lại trong thời gian theo dõi sau phẫu thuật trên tổng số 225 bệnh nhân theo dõi liên tục sau phẫu thuật (49 bệnh nhân mất liên lạc hoặc không khám lại). Phân tích hồi quy đa biến logistic cho thấy nguy cơ tiên lượng tử vong tại bệnh viện bao gồm các yếu tố sau: tổn thương quai động mạch chủ. [(Odds Ratio: OR) = 7.3]; để hở xương ức (OR=5.9); nhiễm trùng phổi (OR= 5.1); nhiễm khuẩn huyết (OR= 30.9); suy gan (OR=33.9); và loạn nhịp sau phẫu thuật (OR=5.6). Yếu tố tiên lượng nguy cơ phẫu thuật lại có liên quan đến tổn thương quai động mạch chủ (OR=29.6).

Kết luận: Kết quả phẫu thuật chuyển vị đại động mạch tại Trung tâm Tim mạch trẻ em-Bệnh viện Nhi Trung ương là khả quan và an toàn. Một nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn và với số lượng bệnh nhân nhiều hơn là hoàn toàn cần thiết.

Từ khóa: phẫu thuật chuyển vị động mạch, chuyển gốc động mạch, bất thường Taussig-Bing

ABSTRACT

OUTCOMES OF ARTERIAL SWITCH OPERATION AT NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL, HANOI, VIETNAM

Nguyen Ly Thinh Truong^{1✉}, Nguyen Tuan Mai¹

Objective: The arterial switch operation (ASO) has now become a routine treatment for patients with transposition of the great arteries (TGA). This study was conducted to evaluate the surgical results of ASO at Children Heart Center, National Children's Hospital, Hanoi, Vietnam.

Ngày nhận bài:

03/01/2022

Chấp thuận đăng:

20/02/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

SĐT: 0989999001

Kết quả phẫu thuật chuyển vị đại động mạch tại Bệnh viện Nhi Trung ương

Methods: From February 2010 to December 2016, a total of 304 patients underwent ASO at Children Heart Center have collected to this study.

Results: In the study group, the ratio of male/female was 225/79 (2.85/1). There were 149 patients (49%) TGA-intact ventricular septum, 106 patients (34.8%) TGA-ventricular septal defect, and 49 patients (16.2%) of double outlet of the right ventricle-transposition's type (Taussig-Bing variant). The mean age of the patients was 49.94 ± 47.43 days (1- 320), the mean weight was 3.67 ± 0.77 kg (2.1-6.7). There were 156 patients (51.3%) performed atrial septostomy, 102 patients (33.6%) were infused with Prostaglandin E1 before surgery, and 2 patients underwent left ventricular training before ASO. In the study group, 28 patients (9.2%) have coarctation of the aorta or aortic arch hypoplasia, 3 patients (1%) have interrupted aortic arch, who underwent 1 stage repair with regional cerebral perfusion. The aortic cross clamp time was 131.43 ± 37.65 minutes (56-279), the bypass time was 191.96 ± 81.17 minutes (92-924). Four patients need ECMO support after surgery. 25 patients (8.2%) died in-hospital, 5 died late after discharge (1.6%). There were 7 patients (2.3%) who required reoperation during follow-up after surgery, in a total of 225 patients monitored continuously after surgery (49 patients lost follow-up or did not re-examine). Multivariate logistic regression analysis showed the prognostic risk factors of hospital mortality including the following factors: aortic arch anomaly (OR = 7.3); open sternum (OR = 5.9); lung infection (OR = 5.1); sepsis (OR = 30.9); liver failure (OR = 33.9); and postoperative arrhythmias (OR = 5.6). The prognostic risk factors for reoperation are aortic arch anomaly (OR = 29.6).

Conclusions: Mid-term results of ASO in Children Heart Center-National Children's Hospital are excellent. Further investigation is necessary.

Keywords: arterial switch operation, transposition of the great arteries, Taussig-Bing anomaly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật chuyển vị động mạch (CVĐM) hiện nay đã trở thành thường quy tại nhiều trung tâm tim mạch trên toàn thế giới, với kết quả lâu dài rất khả quan [1-3]. Tại Việt Nam, phẫu thuật CVĐM được tiến hành từ khoảng 1 thập kỷ gần đây tại một vài trung tâm trên cả nước với số lượng báo cáo còn ít và số lượng bệnh nhân hạn chế [4,5]. Nghiên cứu này được chúng tôi tiến hành nhằm đánh giá kết quả trung hạn của phẫu thuật CVĐM tại Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 2 năm 2010 đến tháng 12 năm 2016, tổng số 304 bệnh nhân đã được tiến hành phẫu thuật CVĐM tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương được thu thập đủ dữ liệu và đưa vào nghiên cứu. Trong nhóm nghiên cứu, có 149 bệnh nhân (49%) chuyển gốc động mạch (CGĐM)-vách liên thất nguyên vẹn, 106 bệnh nhân (34.8%) CGĐM-thông liên thất (TLT) và 49 bệnh nhân (16.2%) thất phải hai đường ra thể chuyển gốc động mạch-bất thường Taussig-Bing.

- Kỹ thuật CVĐM:

Tất cả các bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật CVĐM với tuần hoàn ngoài cơ thể có hạ thân nhiệt chỉ huy với nhiệt độ hậu môn 28°C . Sau khi tiến hành liệt tim với dung dịch Custodiol®, động mạch chủ (ĐMC) lên được cắt ngang cách vị trí của mép van ĐMC khoảng 5mm, thân động mạch phổi (ĐMP) được cắt rời sát với chạc 3 ĐMP. Ống động mạch được thắt và cắt rời, thủ thuật Lecompte được thực hiện trên tất cả các trường hợp nhằm chuyển chạc ba ĐMP ra phía trước ĐMC. Các cúc áo của động mạch vành được cắt rời khỏi ĐMC, giải phóng đủ rộng và trồng lại vào ĐMC mới theo kỹ thuật của Bove có cải tiến [6], tùy theo từng giải phẫu của động mạch vành (ĐMV) riêng biệt với mục tiêu giảm thiểu tối đa nguy cơ biến dạng của xoang ĐMC mới sau phẫu thuật. ĐMP mới được tái tạo bằng miếng màng tim tươi tự thân. Đối với các bệnh nhân có thương tổn quai ĐMC, chúng tôi sử dụng kỹ thuật tạo hình cắt nối tận-tận mở rộng ở phần lớn các trường hợp, có thể bổ sung thêm miếng vá trên quai ĐMC [7]. Lỗ TLT (nếu có) phần lớn được vá bằng chỉ khâu mũi rời có miếng đệm qua đường mổ nhĩ phải. Tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi áp lực nhĩ trái liên tục sau phẫu thuật và sử dụng thăm phân phức mạc sớm nếu cần thiết.

- Thu thập và phân tích dữ liệu:

Bệnh viện Trung ương Huế

Chúng tôi sử dụng phương pháp hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh với cách lấy mẫu thuận lợi. Các biến được kiểm định phân phối chuẩn, được biểu diễn bằng trung bình kèm theo độ lệch chuẩn (biến phân phối chuẩn) và trung vị kèm theo tối đa-tối thiểu (biến rời rạc). Các trung bình hoặc phần trăm khi cần so sánh được sử dụng t- test hoặc Chi-square test với giá trị $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê. Phân tích Kaplan Meier được sử dụng nhằm đánh giá tỉ lệ sống sót cũng như tỷ lệ mổ lại trong thời gian theo dõi sau phẫu thuật. Tử vong sớm sau mổ được định nghĩa là tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật hoặc trong thời gian nằm viện sau phẫu thuật sửa toàn bộ. Các bệnh nhân mổ lại là những trường hợp cần phẫu thuật có liên quan đến các tổn thương về cấu trúc giải phẫu tim sau phẫu thuật chuyển vị động mạch. Mục tiêu chính của nghiên cứu là đánh giá tỷ lệ bệnh nhân sống sót sau phẫu thuật và tỷ lệ bệnh nhân cần mổ lại hoặc can thiệp lại sau phẫu thuật chuyển vị đại động mạch. Dữ liệu nghiên cứu được thu thập, xử lý và phân tích trên phần mềm Stata 14.0. Phân tích hồi quy đa biến logistic được sử dụng nhằm phân tích và đánh giá yếu tố nguy cơ tiên lượng tử vong cũng như yếu tố nguy cơ tiên lượng mổ lại của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức của Viện Nghiên cứu sức khỏe trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung Ương. Do đây là nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp nên không yêu cầu có sự đồng ý tham gia nghiên cứu của bố mẹ, người giám hộ bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Tuổi phẫu thuật trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 49.94 ± 47.43 ngày, cân nặng trung bình khi phẫu thuật là 3.67 ± 0.77 kg.

Chi tiết về thông tin bệnh nhân trước phẫu thuật được mô tả tại **Bảng 1**.

Bảng 1: Tình trạng bệnh nhân trước mổ

Tình trạng bệnh nhân trước mổ	n	% hoặc $X \pm SD$
Tuổi phẫu thuật (ngày)	49.94 ± 47.43	
Giới		
- Nam	225	74
- Nữ	79	26
Cân nặng (kg)	3.67 ± 0.77	
Loại bệnh chuyển gốc động mạch		

- CGĐM-VLT kín	148	48.7
- CGĐM-TLT	107	35.2
- Taussig-Bing	49	18.1
Loại tổn thương khác phối hợp		
- Hẹp eo/thiếu sản quai ĐMC	28	9.2
- Giãn đoạn quai ĐMC	3	1
Thở máy trước mổ	135	44.4
Phá vách liên nhĩ	156	51.3
Huấn luyện thất trái	2	1

CGĐM: chuyển gốc động mạch; VLT: vách liên thất;
TLT: thông liên thất; ĐMC: động mạch chủ.

Thời gian cấp động mạch chủ trung bình trong nhóm nghiên cứu là $131,43 \pm 37,65$ phút. Chi tiết về diễn biến trong mổ được mô tả trong **Bảng 2**.

Bảng 2: Các chỉ số trong phẫu thuật

Các chỉ số trong phẫu thuật	n	% hoặc $X \pm SD$
Thời gian chạy máy (phút)	304	$191,96 \pm 81,17$
Thời gian cấp chủ (phút)	304	$131,43 \pm 37,65$
Tưới máu não chọn lọc (phút)	31	$38,77 \pm 12,30$
Phẫu thuật kèm theo		
- Tạo hình eo ĐMC một thì	31	10.2
- Vá TLN	262	86.2
- Mở rộng ĐRTP	41	13.5
- Mở rộng ĐRTT	7	2.3
- Sửa van 3 lá	42	13.8
- Sửa van hai lá	3	1
- Vá TLT	155	51
- Vá TLT phần cơ	6	2
Giải phẫu ĐMV trong mổ		
- ĐMV bình thường (1LCx2R)	163	53.6
- ĐMV bất thường	141	46.4
- ĐMV chạy trong thành ĐMC	18	5.9

Kết quả phẫu thuật chuyển vị đại động mạch tại Bệnh viện Nhi Trung ương

Đề hờ xương ức	136	44.7
Chạy máy lại trong mổ	9	3

ĐMC: động mạch chủ; TLT: thông liên thất; TLN: thông liên nhĩ; ĐRTT: đường ra thất trái; ĐRTP: đường ra thất phải; ĐMV: động mạch vành

- Tỷ lệ tử vong sớm/tử vong tại bệnh viện:

Tổng số có 25 bệnh nhân tử vong sớm sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 8.2%, trong đó tỷ lệ tử vong lần lượt của nhóm bệnh nhân chuyển gốc động mạch-lành vách liên thất là 9 bệnh nhân (3%), nhóm bệnh nhân CGĐM-TLT là 7 bệnh nhân (2.3%), và nhóm bệnh nhân Taussig-Bing là 9 trường hợp (3%). Diễn biến sau mổ và biến chứng được mô tả tại **Bảng 3**.

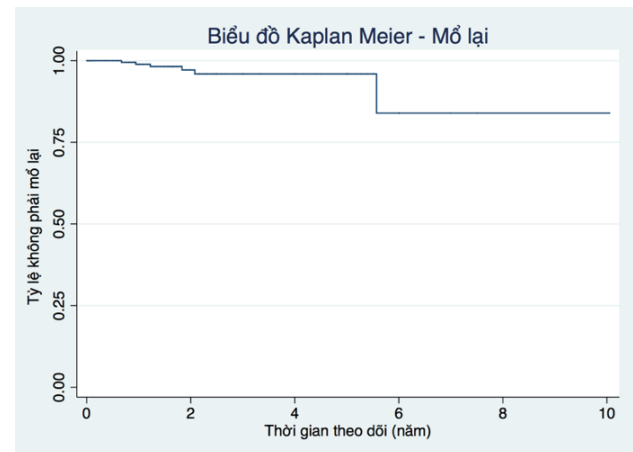
Biểu đồ 1 với phân tích Kaplan-Meier cho thấy tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật là 83.3% tại thời điểm 8 năm sau phẫu thuật CVĐM. Nguyên nhân chủ yếu gây tử vong sớm sau phẫu thuật là nhiễm trùng bệnh viện, bao gồm nhiễm trùng hô hấp và nhiễm trùng máu (16/25 trường hợp). Tử vong do nguyên nhân xoắn vặn ĐMV có 5 trường hợp, chiếm tỷ lệ 1,6%.

Bảng 3: Diễn biến sau phẫu thuật và biến chứng

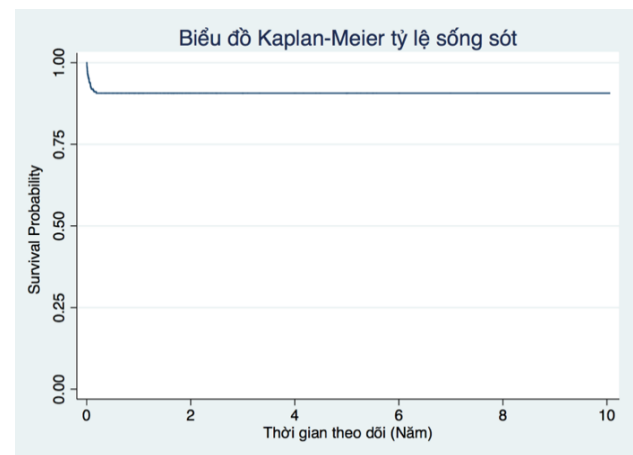
Diễn biến sau phẫu thuật và biến chứng	n	% hoặc X ± SD
Suy thận cần thẩm phân phúc mạc	88	28.9
Loạn nhịp cần điều trị thuốc	62	20.4
Block nhĩ thất hoàn toàn	1	0.3
Chảy máu sau mổ	3	1
Liệt cơ hoành	5	1.6
Nhiễm trùng vết mổ	47	15.5
Nhiễm trùng xương ức	4	1.3
Nhiễm trùng hô hấp	62	20.4
Nhiễm trùng huyết	14	4.6
Hội chứng cung lượng tim thấp	14	4.6
ECMO	4	1.3
Thời gian thở máy (giờ)*	62	100,18 ± 88,31
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)*	62	21,01 ± 12,88

ECMO: Tuần hoàn ngoài cơ thể hỗ trợ

Phân tích hồi quy đa biến logistic cho thấy nguy cơ tiên lượng tử vong sớm sau phẫu thuật CVĐM bao gồm các yếu tố sau: nhiễm khuẩn huyết (OR= 30.9); Bệnh nhân có suy gan sau phẫu thuật (OR=33.9); tổn thương quai ĐMC (bao gồm hẹp eo ĐMC và thiếu sản quai ĐMC) (OR= 7.3); các bệnh nhân cần đề hờ xương ức (OR=5.9); nhiễm trùng phổi (OR= 5.1); và loạn nhịp sau phẫu thuật (OR=5.6). Các bệnh nhân có bất thường về giải phẫu của ĐMV được phân tách thành nhóm riêng và so sánh, cho thấy bất thường giải phẫu của ĐMV không phải là yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong (p=0.369).



Biểu đồ 1: Sống sót sau phẫu thuật CVĐM



Biểu đồ 2: Tỷ lệ mổ lại sau phẫu thuật CVĐM

- Tử vong muộn sau phẫu thuật:

Có 5 bệnh nhân (1.6%) tử vong muộn trong thời gian theo dõi sau phẫu thuật CVĐM 1 bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật 2.5 tháng do khối giả phình tại ĐMC lên không rõ nguyên nhân, bệnh nhân tử vong do nhiễm trùng trước thời điểm được mổ lại. 1 bệnh nhân khác tử vong sau phẫu thuật CVĐM 2 tháng tại bệnh viện tỉnh không rõ nguyên nhân, trên nền của phẫu thuật CVĐM sau khi huấn luyện thất trái (thời

Bệnh viện Trung ương Huế

gian huấn luyện thất trái 2 tuần, sau phẫu thuật CVĐM có tình trạng hở van ĐMC mới mức độ trung bình). 1 bệnh nhân Taussig-Bing tử vong sau mổ 8 tháng không rõ nguyên nhân, mặc dù siêu âm sau phẫu thuật bình thường. 2 trường hợp còn lại tử vong có nguyên nhân không liên quan tới tim mạch (1 bệnh nhân ngã cầu thang, 1 bệnh nhân do não úng thủy).

- Tỷ lệ mổ lại/cần thiệp lại:

Có tổng số 6 bệnh nhân cần mổ lại có liên quan tới vấn đề tim mạch trong thời gian theo dõi, trên tổng số 11 bệnh nhân được phẫu thuật lại (bao gồm cả bn cần gấp nếp cơ hoành hoặc mổ lần 2 vá lỗ TLT) chiếm tỷ lệ 2%. Nguyên nhân cần mổ lại bao gồm do hẹp đường ra thất phải ở nhóm bệnh nhân Taussig-Bing (2/304); đặt máy tạo nhịp (2/304); rò xoang Valsalva; hẹp trên van ĐMP (1/304); mổ vá TLT (1/304); gấp nếp cơ hoành (5/304). Phân tích hồi quy đa biến logistic cho thấy các bệnh nhân có bất thường quai động mạch chủ là yếu tố nguy cơ tiên lượng mổ lại (OR=29.6).

- Theo dõi sau phẫu thuật:

Có 225 bệnh nhân (84%) vẫn tiếp tục được theo dõi liên tục sau phẫu thuật cho tới thời điểm kết thúc nghiên cứu với thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật CVĐM là $44,82 \pm 18,61$ tháng (0.5-124 tháng). Có 99/225 trường hợp (44%) không có hở van ĐMC mới, hở van mức độ nhẹ có 119/225 trường hợp (53%), và 8/225 trường hợp (3%) có van ĐMC mới hở mức độ trung bình. Phân loại suy tim trên lâm sàng theo Ross cho thấy chỉ có 1 bệnh nhân suy tim nặng, 3 bệnh nhân suy tim độ 1 và 221 bệnh nhân bình thường.

III. BÀN LUẬN

Kết quả điều trị bệnh chuyển gốc động mạch trên thế giới hiện nay là rất khả quan, với tỷ lệ tử vong dao động từ 2-15% tùy theo từng nghiên cứu [2,8-10]. Phần lớn các trường hợp tử vong diễn ra trong thời gian nằm viện và trong vòng thời gian 5 năm sau phẫu thuật [9]. Yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới tử vong chung của nhóm bệnh nhân tim bẩm sinh phức tạp này bao gồm: bất thường giải phẫu động mạch vành, thời gian chạy máy tim phổi nhân tạo, thời gian học hỏi kinh nghiệm khi mới tiến hành phẫu thuật, tình trạng bệnh nhân không ổn định trước phẫu thuật, cân nặng thấp, tổn thương quai động mạch chủ, cần mở rộng đường ra thất trái trong mổ, thương tổn giải phẫu phức tạp (CGĐM-TLT và bất thường Taussig-Bing)... đã

được các nghiên cứu tại các trung tâm lớn trên thế giới mô tả [2,9,11-13]. Theo kết quả nghiên cứu từ những trường hợp được phẫu thuật CVĐM tại Bệnh viện Nhi Trung ương, các yếu tố có liên quan tới nguy cơ tiên lượng tử vong bao gồm: nhiễm khuẩn huyết, các bệnh nhân cần để hở xương ức, nhiễm trùng phổi, bệnh nhân có suy gan sau phẫu thuật, tổn thương quai ĐMC (bao gồm hẹp eo ĐMC và thiếu sản quai ĐMC), và loạn nhịp sau phẫu thuật. Điều này phản ánh khá trung thực thực trạng phẫu thuật CVĐM tại một đất nước đang phát triển, với nhiều yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong tại bệnh viện có liên quan tới điều kiện cơ sở vật chất thiếu thốn và chất lượng nhân lực không đồng đều. Mặc dù vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố bất thường giải phẫu của động mạch vành không có ý nghĩa tiên lượng nguy cơ tử vong như nhiều nghiên cứu khác. Điều này phản ánh khả năng kiểm soát và xử lý tình huống trong phẫu thuật của các thành viên trong ekip phẫu thuật là tương đương với những Trung tâm khác trên thế giới, mặc dù hầu hết các siêu âm trước mổ không cung cấp đủ thông tin về giải phẫu của động mạch vành. Tỷ lệ tử vong tại bệnh viện trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới, và trong những năm gần đây đã giảm xuống dưới 5%, và đây là sự khác biệt rất lớn với ekip tim mạch của bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân tử vong do tổn thương xoắn vặn động mạch vành liên quan tới quá trình phẫu thuật là 1.6% (5 bệnh nhân). Toàn bộ các bệnh nhân này được phẫu thuật trong thời gian đầu của nghiên cứu. Điều này phản ánh quá trình học hỏi và nâng cao kỹ thuật chuyển vị động mạch vành, là bước quan trọng nhất và cũng là khó khăn lớn nhất, trong phẫu thuật CVĐM. Quá trình học hỏi và nâng cao kinh nghiệm này là không thể tránh khỏi đối với bất cứ ekip phẫu thuật nào trên thế giới. Tuy vậy tỷ lệ tử vong do tai biến động mạch vành trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương với các tác giả khác trên thế giới [13-15].

Tỷ lệ bệnh nhân cần mổ lại trong nhóm bệnh nhân CGĐM được phẫu thuật CVĐM tại Bệnh viện chúng tôi là tương đối thấp (2%) hơn so với kết quả của các tác giả khác trên thế giới, dao động từ 3.7-20% tùy theo từng nghiên cứu [8,10,11]. Mặc dù vậy, thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật CVĐM của chúng

tôi (tối đa 11 năm) vẫn còn tương đối gần so với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới (từ 20-25 năm). Tuy nhiên, hầu hết các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có hiện tượng hẹp thân và nhánh động mạch phổi, và chỉ có 8 trường hợp có hở van động mạch chủ mức độ trung bình nhưng không tiến triển trong suốt thời gian theo dõi. Thông qua phân tích hồi quy đa biến logistic cho thấy, yếu tố nguy cơ tiên lượng mổ lại hoặc can thiệp lại sau phẫu thuật CVĐM trong nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân có thương tổn hẹp eo hoặc thiếu sản quai động mạch chủ cần phải phẫu thuật tạo hình quai và eo động mạch chủ một thì cùng với phẫu thuật CVĐM. Tổn thương quai và eo động mạch chủ đối với bệnh nhân CGĐM thường kèm theo tình trạng kém phát triển của các cấu trúc của tim phải bao gồm vòng van và thân động mạch phổi, cũng như có thể tồn tại các cấu trúc gây hẹp đường ra thất phải, có thể ảnh hưởng tới khả năng can thiệp lại hoặc can thiệp lại trên đường ra thất phải hoặc hẹp tại van hoặc trên van động mạch phổi sau khi được tạo hình.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị bệnh CGĐM tại Bệnh viện Nhi Trung ương phản ánh khá trung thực điều kiện của một trung tâm tim mạch tại một nước có thu nhập ở mức độ trung bình-thấp trên thế giới, với một số yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong có liên quan tới nhiễm khuẩn trong quá trình nằm viện và điều trị. Mặc dù vậy, kết quả phẫu thuật CVĐM điều trị bệnh lý CGĐM tại Bệnh viện Nhi Trung ương là khả quan và tương đương với kết quả điều trị của thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soszyn N, Fricke TA, Wheaton GR, Ramsay JM, d'Udekem Y, Brizard CP, et al. Outcomes of the Arterial Switch Operation in Patients With Taussig-Bing Anomaly. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2011;92(2):673–9.
2. Fricke TA, d'Udekem Y, Richardson M, Thuys C, Dronavalli M, Ramsay JM, et al. Outcomes of the Arterial Switch Operation for Transposition of the Great Arteries: 25 Years of Experience. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2012;94(1):139–45.
3. Hutter PA, Kreb DL, Mantel SF, Hitchcock JF, Meijboom EJ, Bennink GBWE. Twenty-five years' experience with the arterial switch operation. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2002;124(4):790–7.
4. Hien NS, Lan VT. Đánh giá kết quả phẫu thuật sửa toàn bộ bệnh chuyển vị đại động mạch (TGA) tại Bệnh viện Tim Hà Nội. *VJCTS*. 2020;3(25):45–51.
5. Truong NLT, Vuong NM. Phẫu thuật điều trị bệnh chuyển gốc động mạch. *Y học thực hành* 2013. 864(3):125-28.
6. Bove EL. Current Technique of the Arterial Switch Procedure for Transposition of the Great Arteries. *J Cardiac Surgery*. 1989;4(3):193–9.
7. Truong NLT, Mai NT, Vinh TQ, Anh DV, Duyen MD. Single-stage repair for coarctation with ventricular septal defect: results of 100 cases at a single centre. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*. 2020;31(4):559–64.
8. Muter A, Evans HM, Gauvreau K, Colan S, Newburger J, del Nido PJ, et al. Technical Performance Score's Association With Arterial Switch Operation Outcomes. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2021;111(4):1367–73.
9. Losay J, Touchot A, Serraf A, Litvinova A, Lambert V, Piot JD, et al. Late Outcome After Arterial Switch Operation for Transposition of the Great Arteries. *Circulation*. 2001. 104(12 Suppl 1):I121-6.
10. Hutter PA, Kreb DL, Mantel SF, Hitchcock JF, Meijboom EJ, Bennink GBWE. Twenty-five years' experience with the arterial switch operation. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2002;124(4):790–7.
11. Brown JW, Park HJ, Turrentine MW. Arterial switch operation: factors impacting survival in the current era. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2001;71(6):1978–84.
12. Daebritz SH, Nollert G, Sachweh JS, Engelhardt W, von Bernuth G, Messmer BJ. Anatomical risk factors for mortality and cardiac morbidity after arterial switch operation. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2000;69(6):1880–6.
13. Blume ED, Altmann K, Mayer JE, Colan SD, Gauvreau K, Geva T. Evolution of risk factors influencing early mortality of the arterial switch operation. *Journal of the American College of Cardiology*. 1999. 33(6):1702–9.
14. Qamar ZA, Goldberg CS, Devaney EJ, Bove EL, Ohye RG. Current Risk Factors and Outcomes for the Arterial Switch Operation. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2007;84(3):871–9.
15. Trezzi M, Polito A, Albano A, Albanese SB, Cetrano E, Carotti A. Intraoperative coronary revision but not coronary pattern is associated with mortality after arterial switch operation†. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2017;52(1):83–9.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TIM HỞ ÍT XÂM LẤN CHO TRẺ EM QUA ĐƯỜNG MỔ DỌC THEO ĐƯỜNG NÁCH GIỮA BÊN PHẢI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lý Thịnh Trường^{1✉}, Nguyễn Tuấn Mai¹

¹ Khoa Phẫu thuật Tim mạch, Trung tâm Tim mạch Trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đường mổ dọc theo đường nách giữa bên phải đã được thực hiện cho phẫu thuật tim hở với tính thẩm mỹ cao và hiệu quả tương đương đã dần thay thế cho đường mổ giữa xương ức. Mục đích của nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và mức độ an toàn của đường mổ dọc theo đường nách giữa bên phải cho sửa chữa những bệnh tim bẩm sinh đơn giản ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương.

Phương pháp: Trong thời gian từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 12 năm 2020, các bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật tim hở áp dụng đường mổ dọc theo đường nách giữa bên phải tại Bệnh viện Nhi Trung ương được thu thập vào nghiên cứu này.

Kết quả: Trong thời gian tiến hành nghiên cứu, có tổng số 99 trường hợp được thu thập vào nghiên cứu. Tuổi phẫu thuật trung bình $52,96 \pm 44,97$ tháng (5-181), cân nặng trung bình $15,31 \pm 8,65$ kg (6-54). Có 43 bệnh nhân được tiến hành và thông liên nhĩ lỗ thứ phát, 40 bệnh nhân và thông liên thất, 8 bệnh nhân sửa chữa bệnh thông sàn nhĩ thất bán phần, 8 bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ xoang tĩnh mạch kèm theo bất thường tĩnh mạch phổi bán phần bên phải, trong đó có 2 bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật Warden cải tiến. Thời gian kẹp động mạch chủ và chạy máy trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu lần lượt là $40,08 \pm 22,70$ (10-118) phút và $60,65 \pm 27,18$ (25-172) phút. Không có bệnh nhân tử vong tại viện và không có tử vong muộn. Không có trường hợp nào phải chuyển cách tiếp cận đường mổ khác. 1 bệnh nhân phải mổ lại để mở rộng lỗ PFO và đặt ECMO hỗ trợ do suy tâm trương thất trái sau mổ, 1 bệnh nhân cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn do block nhĩ thất hoàn toàn sau mổ thông sàn nhĩ thất bán phần. Kết quả theo dõi siêu âm sau mổ không có thông liên nhĩ và thông liên thất tồn lưu, không có trường hợp nào hở trung bình-nặng van 2 lá và van 3 lá. Thời gian theo dõi trung bình là $6,91 \pm 3,85$ (2-18) tháng. Vết mổ liền tốt, ngực và vú ở trẻ gái không có biến dạng khi khám lại.

Kết luận: Kết quả phẫu thuật sử dụng đường mổ dọc nách giữa bên phải tại Bệnh viện Nhi Trung ương có mức độ an toàn và hiệu quả cao cho sửa chữa bệnh tim bẩm sinh đơn giản ở trẻ em, với mức độ chấn thương thấp và tính thẩm mỹ cao. Đây là phương pháp tiếp cận phẫu thuật có thể cân nhắc thay thế cho phẫu thuật đường giữa xương ức với những trường hợp cụ thể và thích hợp.

Từ khóa: phẫu thuật tim hở ít xâm lấn, bệnh tim bẩm sinh đơn giản, đường mổ dọc theo đường nách bên phải.

ABSTRACT

MINI-INVASIVE OPEN HEART SURGERY FOR CHILDREN BY THE RIGHT VERTICAL INFRA-AXILLARY APPROACH: SHORT TERM RESULTS AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Nguyen Ly Thinh Truong^{1✉}, Nguyen Tuan Mai¹

Objectives: The right vertical infra-axillary incision has been applied for open-heart surgery with a higher cosmetic result and comparable outcomes, and was considered as an alternative to standard median sternotomy. This study aimed to evaluate the

Ngày nhận bài:

03/01/2022

Chấp thuận đăng:

20/02/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

SĐT: 0989999001

Kết quả phẫu thuật tim hở ít xâm lấn cho trẻ em...

efficacy and safety of the right vertical infra-axillary incision for the correction of simple congenital heart defects in children at National Hospital of Pediatric.

Methods: From August 2019 to December 2020, a consecutive of patients who underwent open heart surgery via the right vertical infra-axillary incision in our center was collected to this study.

Results: There were 99 childrens who underwent open heart surgery using the right vertical infra-axillary incision for simple congenital heart defects correction during the study period. The mean age $52,96 \pm 44,97$ months (5-181) and the mean weight $15,31 \pm 8,65$ kg (6-54). There were 43 patients undergoing ASD closure, 40 patients underwent VSD closure, 8 patients have partial atrioventricular septal defect, 8 patients have partial anomalous pulmonary venous connection with 2 patients underwent modified Warden procedure. The mean aortic cross clamp time and cardiopulmonary bypass time were $40,08 \pm 22,70$ min (10-118) and $60,65 \pm 27,18$ min (25-172), respectively. There were no hospital deaths and late deaths. There was no patient required conversion to sternotomy approach. 1 patient needed reoperation to enlarge PFO with ECMO support due to heart failure, and successfully withdrawn ECMO after 3 days. 1 patient with complete AV block requires permanent pacemaker placement. Follow-up echocardiography showed no residual ASD or VSD, no moderate-severe tricuspid and mitral regurgitation. All patients are in excellent condition with a mean follow-up of $6,91 \pm 3,85$ (2-18) months. The incision healed well, and the thorax with the breast showed no deformity at the latest follow-up.

Conclusions: The surgical outcomes of open heart surgery using the right vertical infra-axillary incision is safe and high effective for corrective of simple congenital heart defects in children, with lower trauma and higher cosmetic results. This approach provides a good alternative to the standard median sternotomy with individual selected patients.

Keywords: mini-invasive open heart surgery, simple congenital heart disease, the right vertical infra-axillary incision.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ khi phẫu thuật tim hở sửa chữa những tổn thương bên trong tim ở tầng nhĩ được Lewis và Varco thực hiện năm 1952 cho tới ngày nay, phẫu thuật tim bẩm sinh sử dụng đường tiếp cận qua đường giữa xương ức vẫn ngày càng phát triển với những tiến bộ vượt bậc, đặc biệt kết quả điều trị các bệnh lý tim bẩm sinh đơn giản như thông liên thất, thông liên nhĩ có tỷ lệ tử vong rất thấp, gần như không có tử vong trong và sau phẫu thuật [1-3]. Ngày nay, cùng với những tiến bộ về mặt kỹ thuật, công nghệ và đặc biệt là nhu cầu cao về mặt thẩm mỹ của bệnh nhân đã thúc đẩy phát triển những cách tiếp cận mới để có thể thay thế cách tiếp cận kinh điển mà vẫn bảo đảm an toàn cho người bệnh, điển hình là các phẫu thuật ít xâm lấn mở ngực.

Kỹ thuật mổ tim hở ít xâm lấn hiện nay có nhiều phương pháp tiếp cận khác nhau như: đường mổ tối thiểu giữa xương ức, nửa trên xương ức, nửa dưới xương ức, đường mở ngực trước-bên bên phải, đường

mở ngực qua đường nách giữa bên phải, phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ, phẫu thuật tim hở với nội soi hoàn toàn, phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có robot hỗ trợ [4-7]. Theo thời gian, phương pháp phẫu thuật tim hở ít xâm lấn cho thấy kết quả an toàn, giảm sang chấn, người bệnh ít đau, giảm chảy máu, giảm thời gian thở máy cũng như thời gian nằm viện, tính thẩm mỹ cao, giảm thiểu tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, với tỷ lệ tử vong không có sự khác biệt với phương pháp mổ xương ức kinh điển. Tuy vậy, phần lớn các phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn này được áp dụng đối với đối tượng là người lớn.

Sau quá trình tìm hiểu kỹ lưỡng và cân trọng, chúng tôi bắt đầu áp dụng kỹ thuật mổ tim hở ít xâm lấn qua đường mổ dọc theo đường nách giữa bên phải cho các đối tượng trẻ em. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật tim hở ít xâm lấn cho nhóm bệnh nhân tim bẩm sinh đơn giản tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 12 năm 2020, tất cả các bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật tim hở ít xâm lấn qua đường mổ dọc theo đường nách giữa bên phải được thu thập vào nhóm nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành dựa trên bệnh án của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, với các đặc điểm về nhân khẩu, lâm sàng, cận lâm sàng, quá trình phẫu thuật cũng như hậu phẫu. Các bệnh nhân sống sót được theo dõi định kỳ sau phẫu thuật bằng hình thức khám lại: đánh giá lâm sàng, siêu âm tim, điện tim và chụp X quang ngực hoặc chụp phim CT tim ngực đa dãy và dựng hình khi có chỉ định.

Kỹ thuật phẫu thuật:

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt đường động mạch xâm nhập và catheter tĩnh mạch trung ương, sau đó các bác sĩ gây mê tiến hành gây mê một phổi bằng cách block khí quản gốc bên phải, làm xẹp hoàn toàn phổi phải. Đầu dò siêu âm tim qua thực quản được đặt cho tất cả bệnh nhân từ 10kg trở lên để siêu âm nhằm đánh giá chính xác tổn thương trước mổ và kiểm tra lại các tình trạng tồn lưu trước khi cai máy tim phổi nhân tạo

Bệnh nhân được đặt nằm nghiêng trái và hơi ngửa ra phía sau, cánh tay phải được treo lên phía trên đầu. Bác sĩ phẫu thuật dùng bút đánh dấu vết mổ với đường rạch da khoảng 5-6cm, đường rạch là đường nách giữa bên phải bắt đầu từ đỉnh của hố nách, đánh dấu vị trí khoang liên sườn, ngay dưới núm vú là khoang liên sườn 4 và tiếp theo là khoang liên sườn 5. Vùng vết mổ được chuẩn bị và trải toan vô khuẩn thường quy, rạch da theo đường đánh dấu. Sau đó chúng tôi phẫu tích lớp cân nông dưới da, cắt qua một phần cơ răng trước bộc lộ khoang liên sườn 5 theo đường đánh dấu, vào ngực phải qua khoang liên sườn 5. Túi bọc vết mổ và 2 dụng cụ banh sườn được sử dụng để bảo vệ vết mổ cũng như bộc lộ tối đa trường mổ. Tuyến ức bên phải được chúng tôi cắt hoặc khâu vén, và màng tim được mở cách vị trí của dây thần kinh hoành phải khoảng 2cm để tránh gây tổn thương. Sau đó chúng tôi tiến hành khâu treo màng tim để bộc lộ tim, và tiến hành đặt canuyn động mạch chủ và 2 cannulyn tĩnh mạch chủ như thường quy để chạy tuần hoàn ngoài cơ thể tương tự như mổ đường giữa xương ức, có thể sử dụng canuyn động mạch chủ và tĩnh mạch chủ thẳng khi cần thiết. Chúng tôi tiến hành cặp

động mạch chủ và bảo vệ cơ tim bằng dung dịch Custodiol xuôi dòng qua gốc động mạch chủ, tương tự như trong phẫu thuật tim hở qua đường giữa xương ức (Hình 1). Tất cả các thao tác đều thực hiện trực tiếp không qua nội soi hỗ trợ. Đối với những trường hợp bệnh nhân lớn, có phẫu trường làm việc sâu, thì chúng tôi chỉ sử dụng các dụng cụ hỗ trợ như que đẩy chỉ và dụng cụ phẫu thuật ít xâm lấn chuyên biệt.

Tùy theo loại thương tổn trong tim mà chúng tôi có các kỹ thuật mổ khác nhau:

Đối với nhóm bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ thứ phát, thương tổn được tiếp cận qua đường mở nhĩ phải, và lỗ thông liên nhĩ được đóng trực tiếp bằng chỉ không tiêu khâu vắt, hoặc vá bằng miếng màng tim tươi nếu kích thước quá lớn.

Đối với nhóm bệnh nhân thông liên thất phần quanh màng hoặc dưới van động mạch chủ, đường tiếp cận tổn thương qua đường mở nhĩ phải và van 3 lá, lỗ thông được vá bằng miếng vá màng tim bò với chỉ Prolen 6.0 hoặc 5.0 khâu mũi rời có đệm pledget. Những trường hợp có thương tổn dòng phụt ở thành tự do phễu thất phải đều được tiến hành cắt bỏ. Nhóm bệnh nhân thông liên thất dưới hai van động mạch, chúng tôi tiếp cận lỗ thông qua đường mở trên thân động mạch phổi.

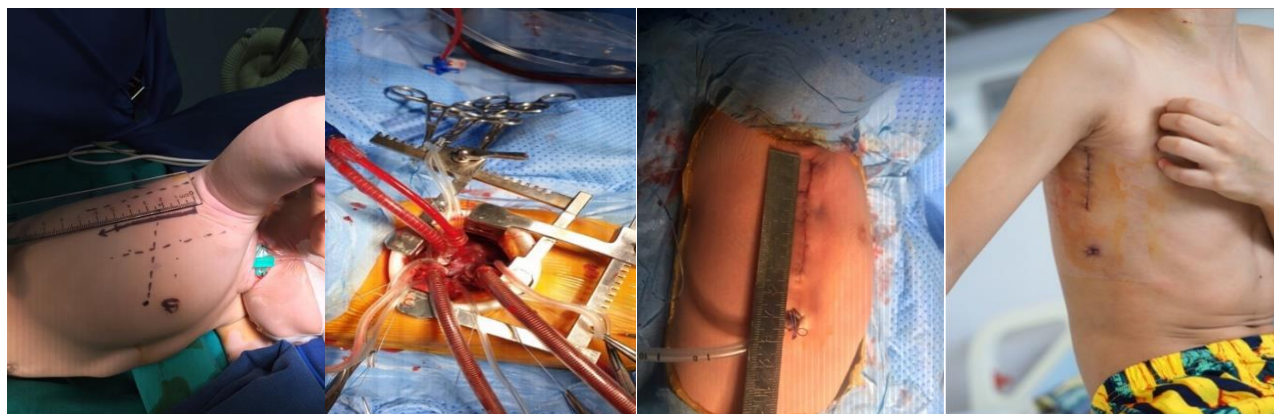
Đối với nhóm bệnh nhân thông sàn nhĩ thất bán phần, đường tiếp cận để sửa chữa thương tổn là qua đường mở nhĩ phải. Chúng tôi tiến hành sửa van 2 lá, đóng lỗ thông liên nhĩ thứ nhất bằng màng tim tươi tự thân, và sửa van 3 lá.

Nhóm bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ xoang tĩnh mạch kèm theo bất thường bán phần tĩnh mạch phổi bên phải đổ về nhĩ phải hoặc đổ về tĩnh mạch chủ trên, tùy theo thương tổn sẽ lựa chọn kỹ thuật mổ thích hợp. Những bệnh nhân có tĩnh mạch phổi bên phải đổ về nhĩ phải được vá bằng miếng vá màng tim tươi tự thân để chuyển những tĩnh mạch phổi bất thường về nhĩ trái qua lỗ thông liên nhĩ, có thể mở rộng lỗ thông nếu cần. Đối với những bệnh nhân có bất thường tĩnh mạch phổi đổ trực tiếp về tĩnh mạch chủ trên, chúng tôi lựa chọn kỹ thuật Warden cải tiến là tiến hành cắt đôi tĩnh mạch chủ trên ngay trên vị trí tĩnh mạch phổi đổ về, khâu lại đầu tĩnh mạch chủ bằng miếng vá màng tim tươi tự thân, mở rộng lỗ thông liên nhĩ và sử dụng miếng vá màng tim tươi tự thân để chuyển dòng máu tĩnh mạch phổi về nhĩ trái qua lỗ thông liên nhĩ. Tĩnh mạch chủ trên được tái tạo lại bằng miếng

Kết quả phẫu thuật tim hở ít xâm lấn cho trẻ em...

nối giữa phần còn lại của tĩnh mạch chủ trên với đỉnh tiểu nhĩ phải, cải tiến kỹ thuật Warden bằng miếng vá màng tim tươi tự thân với kích thước thích hợp để mở rộng đầu trên tĩnh mạch chủ trên tránh gây hẹp miệng nối, phẫu thuật Warden thường áp dụng tim đập.

Tất cả bệnh nhân sau mổ được tiêm thuốc tê tại chỗ vào khoang liên sườn 5 cạnh sống để giảm đau và được lưu catheter để duy trì liên tục sau mổ 3-5 ngày giúp giảm đau hiệu quả cho bệnh nhân.



Hình 1: Hình ảnh đánh dấu vị trí rạch da, kỹ thuật đặt canuyn trung tâm và sẹo sau mổ

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0; được biểu diễn bằng giá trị trung bình kèm theo độ lệch chuẩn nếu là biến tuân theo quy luật phân bố chuẩn, hoặc biểu diễn bằng giá trị trung vị kèm theo giá trị tối đa-tối thiểu nếu không tuân theo quy luật chuẩn. Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng y đức của Viện Nghiên cứu sức khỏe trẻ em.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu có tổng số 99 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật tim hở ít xâm lấn qua đường mổ dọc theo đường nách giữa bên phải, với tỷ lệ nam/nữ là 51/48, tuổi mổ trung bình là $52,96 \pm 44,97$ tháng (dao động từ 5 đến 181 tháng), cân nặng trung bình của nhóm nghiên cứu $15,31 \pm 8,65$ kg (dao động từ 6 đến 54 kg). Chi tiết thông tin bệnh nhân trước mổ được mô tả tại Bảng 1.

Bảng 1: Tình trạng bệnh nhân trước mổ

Tình trạng bệnh nhân trước mổ	n	%
Tuổi (Tháng)	$52,96 \pm 44,97$	
Cân nặng (kg)	$15,31 \pm 8,65$	
Giới		
Nam	51	51,5
Nữ	48	48,5
Các tổn thương trong tim		

Tình trạng bệnh nhân trước mổ	n	%
Thông liên nhĩ	43	43,4
Thông liên thất	40	40,4
Thông sàn nhĩ thất bán phần	8	8,1
Bất thường trở về tĩnh mạch phổi bán phần	8	8,1
Kích thước trung bình lỗ thông liên nhĩ (mm)	20.5 ± 5.8	
Kích thước trung bình lỗ thông liên thất (mm)	6.5 ± 2.7	
Áp lực ĐMP trung bình trong nhóm thông liên nhĩ (mmHg)	32 ± 8	
Áp lực ĐMP trung bình trong nhóm thông liên thất (mmHg)	45 ± 12	
Áp lực ĐMP trung bình trong nhóm thông sàn bán phần (mmHg)	35 ± 9	
Loại tổn thương khác phối hợp		
Tĩnh mạch chủ trên trái	5	5,1
Hẹp trên van động mạch phổi	3	3,03
Tổn thương dòng phụt	6	6,06

Thời gian cấp động mạch chủ trung bình trong nhóm nghiên cứu là $40,08 \pm 22,70$ phút (10-118 phút),

Bệnh viện Trung ương Huế

thời gian chạy máy trung bình là $60,65 \pm 27,18$ phút (25-172 phút). Chi tiết về các yếu tố liên quan đến phẫu thuật được mô tả trong Bảng 2.

Bảng 2: Các yếu tố liên quan phẫu thuật

Các yếu tố liên quan phẫu thuật	n	%
Phương pháp phẫu thuật		
Vá thông liên nhĩ trực tiếp	25	25,3
Vá thông liên nhĩ bằng màng tim tươi tự thân	18	18,2
Vá thông liên thất quanh màng	24	24,2
Vá thông liên thất dưới van ĐMC	8	8,1
Vá thông liên thất dưới 2 van động mạch	8	8,1
Sửa toàn bộ thông sàn nhĩ thất bán phần	8	8,1
Sửa toàn bộ bất thường tĩnh mạch phổi bán phần	6	6,1
Phẫu thuật Warden cải tiến	2	2
Xử trí thương tổn phổi hợp		
Tạo hình trên van ĐMC	3	3
Cắt tổn thương dòng phụt	6	6,1
Sửa van 3 lá	8	8,1
Thời gian cấp động mạch chủ (phút)	$40,08 \pm 22,70$	
Thời gian chạy máy (phút)	$60,65 \pm 27,18$	

Không có bất cứ bệnh nhân nào tử vong trong thời gian nằm viện cũng như trong theo dõi sau phẫu thuật. Có 1 bệnh nhân sau mổ vá lỗ thông liên nhĩ thứ phát kèm theo tạo hình hẹp trên van động mạch phổi xuất hiện suy tâm trương thất trái giờ thứ 6 sau mổ với biểu hiện phù phổi cấp và chảy máu phổi lan tỏa. Chúng tôi quyết định mổ lại để mở rộng lỗ PFO cho bệnh nhân, nhưng tình trạng huyết động sau mổ vẫn không ổn định. Sau đó bệnh nhân được hỗ trợ ECMO qua cổ, và ECMO được rút sau 4 ngày. Bệnh nhân được cai máy thở sau mổ 7 ngày. Kết quả kiểm tra hiện tại cho thấy bệnh nhân phát triển tinh thần và vận động bình thường, tim phải không giãn và shunt qua lỗ PFO theo chiều trái-phải. Trong nhóm nghiên cứu có 1 bệnh nhân sau mổ sửa toàn bộ bệnh thông sàn nhĩ thất bán phần, ngay sau mổ bệnh nhân xuất hiện block nhĩ thất độ 3 không hồi phục và phải đặt máy tạo nhịp

thượng tâm mạc 2 buồng vĩnh viễn sau phẫu thuật 3 tuần.

Kết quả theo dõi sau ra viện cho thấy không có bệnh nhân nào phải mổ hoặc can thiệp lại, với thời gian theo dõi sau mổ trung bình là $6,91 \pm 3,85$ tháng (2-18 tháng). Tất cả các bệnh nhân đều phát triển ổn định về cân nặng và chiều cao, kết quả khám lại cho thấy không có shunt tồn lưu ở tầng thất và tầng nhĩ (trừ 1 trường hợp có shunt tồn lưu 2mm qua thông liên thất), không có bệnh nhân nào hở van 2 lá từ mức độ trung bình trở lên trong nhóm sửa thông sàn nhĩ thất bán phần. Kết quả sau phẫu thuật và các tồn tại sau phẫu thuật được mô tả trong Bảng 3.

Bảng 3: Kết quả sau phẫu thuật

Kết quả sau phẫu thuật	n	%
Loạn nhịp tim sau mổ cần điều trị thuốc	0	0
Block nhĩ thất hoàn toàn cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn	1	1
ECMO	1	1
Thời gian thở máy sau mổ (giờ)	$9,93 \pm 15,45$	
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	$9,40 \pm 6,03$	
Thời gian nằm tại khoa hồi sức (ngày)	$2,61 \pm 1,85$	
Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình (tháng)	$6,91 \pm 3,85$	
Áp lực ĐMP trung bình trong nhóm thông liên nhĩ (mmHg)	22 ± 3	
Áp lực ĐMP trung bình trong nhóm thông liên thất (mmHg)	18 ± 4	
Áp lực ĐMP trung bình trong nhóm thông sàn bán phần (mmHg)	19 ± 6	

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật sửa chữa một số bệnh lý tim bẩm sinh đơn giản cho trẻ em như thông liên nhĩ lỗ thứ phát, thông liên thất, thông sàn nhĩ thất bán phần, thông liên nhĩ lỗ xoang tĩnh mạch kèm theo bất thường tĩnh mạch phổi bán phần được chúng tôi thực hiện qua đường mổ dọc nách giữa bên phải với kỹ thuật đặt canuyn động mạch chủ, tĩnh mạch chủ trực tiếp qua vết mổ là khá an toàn và thuận lợi. Thời gian phẫu thuật, thời gian chạy máy, và thời gian cấp động mạch chủ trong nghiên cứu của chúng tôi không kéo dài.

Cũng theo nghiên cứu của một số tác giả khác cho thấy đây là phương pháp tiếp cận phẫu thuật tim hở đảm bảo an toàn, hiệu quả, đồng thời có tính thẩm mỹ cao [8-10].

Về mặt kỹ thuật, mổ tim hở ít xâm lấn cho trẻ em qua đường mổ dọc theo đường nách giữa bên phải và tiếp cận tim qua khoang liên sườn 5, có thể giúp phẫu thuật viên thao tác trực tiếp để đặt các canuyn vào tim một cách dễ dàng, tránh việc phải đặt các canuyn từ phía ngoại vi có nguy cơ gây hẹp và tắc mạch đặc biệt là ở trẻ nhỏ [6]. Qua kinh nghiệm từ những trường hợp mổ tim hở ít xâm lấn của chúng tôi cho thấy, những tổn thương trong tim có thể được quan sát trực tiếp và phẫu thuật viên có thể thao tác sửa chữa trực tiếp trên tim với độ chính xác cao và đảm bảo an toàn cho đối tượng trẻ em mắc bệnh tim bẩm sinh đơn giản.

Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có thể thấy phẫu thuật qua đường mổ dọc theo đường nách giữa bên phải cho đối tượng trẻ em mắc bệnh tim bẩm sinh đơn giản không những mang lại kết quả sửa chữa đáng tin cậy mà còn giúp đem lại giá trị thẩm mỹ cao cho bệnh nhân do đường rạch da chỉ kéo dài 5-6cm bắt đầu từ ngay dưới hố nách tương ứng với đường nách giữa, do vậy vết mổ không dễ lộ khi tay và vai ở tư thế nghỉ, đồng thời tránh được đường mổ xương ức với các nguy cơ kinh điển như nhiễm trùng xương ức, đau, nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật, và một yếu tố quan trọng là tính thiếu thẩm mỹ. So với đường mổ ít xâm lấn theo đường rạch ngang bên ngực phải qua khoang liên sườn 4, đường mổ đang được chúng tôi áp dụng còn tránh được nguy cơ gây tổn thương tuyến vú cho trẻ gái do vị trí rạch da rất xa núm vú, không gây mất cân đối ngực và vai so với bệnh nhân sau mổ đường ngực trước bên do phải cắt qua cơ ngực và làm biến dạng xương sườn mà vẫn đảm bảo khả năng xử lý tốt các tổn thương cho bệnh nhân. Áp dụng đường mổ này có thể giúp đem lại chất lượng cuộc sống rất tốt cho bệnh nhân sau phẫu thuật [9].

Do vị trí mổ xương sườn nằm nằm ở đường nách giữa xa vị trí sụn sườn và đầu xương sườn sát cột sống, nên áp lực lên xương sườn và vị trí bám của xương sườn sẽ rất nhỏ khi banh khoang liên sườn để bộc lộ phẫu trường, do vậy chúng tôi cũng thất rất hiếm gặp những trường hợp gãy xương sườn khi tiếp cận qua đường mổ dọc nách giữa bên phải, tương tự như các tác giả khác trên thế giới [8,10].

Tuy vậy, phương pháp tiếp cận này cũng có hạn chế về cân nặng (ít nhất trẻ có cân nặng từ 6kg trở lên) và lứa tuổi phẫu thuật (tối thiểu là 5 tháng tuổi) của những cháu bé trong nhóm nghiên cứu. Điều này cho thấy phẫu thuật ít xâm lấn cho trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh sẽ khó có thể áp dụng cho toàn bộ các đối tượng. Điều này cũng phản ánh một phần chiến lược điều trị của chúng tôi là đảm bảo tối đa an toàn tính mạng cho trẻ trong khi cân nhắc lựa chọn phương pháp phẫu thuật và phương pháp tiếp cận, nhằm đạt được kết quả điều trị tối ưu nhất có thể.

V. KẾT LUẬN

Kết quả phẫu thuật tim hở ít xâm lấn cho trẻ em mắc bệnh tim bẩm sinh đơn giản qua đường tiếp cận dọc theo đường nách giữa bên phải tại Bệnh viện Nhi trung ương là khả quan với tính thẩm mỹ cao và tương đối an toàn. Đường mổ không gây ảnh hưởng đến phát triển tuyến vú ở trẻ gái, không gây biến dạng lồng ngực. Phương pháp tiếp cận này bảo đảm phẫu thuật tim hở có thể tiến hành an toàn và thuận lợi với những dụng cụ thường quy cho đối tượng trẻ em với lựa chọn cân trọng về cân nặng, tuổi cũng như tổn thương trong tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prêtre R, Kadner A, Dave H et al. Right axillary incision: A cosmetically superior approach to repair a wide range of congenital cardiac defects. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2005.130(2), 277–281
2. Dave HH, Comber M, Solinger T et al. Mid-term results of right axillary incision for the repair of a wide range of congenital cardiac defects☆. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2009. 35(5), 864–870
3. Hong ZN, Chen Q, Lin ZW et. Surgical repair via submammary thoracotomy, right axillary thoracotomy and median sternotomy for ventricular septal defects. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 2018. 13(1):47.
4. Lê Thành Khánh Vân, Trần Quyết Chiến. Ứng dụng phẫu thuật đường mổ nửa dưới xương ức điều trị tim bẩm sinh: thông liên nhĩ, thông liên thất. *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2017. 21:25-28.
5. Yang M, Su J, Liu A et al. Correction of simple congenital heart defects by right axillary thoracotomy in adults. *J Card Surg*. 2019. 34(11):1172-1177
6. Grinda JM, Folliguet TA, Dervanian P et al. Right anterolateral thoracotomy for repair of atrial septal defect. *The Annals of Thoracic Surgery*. 1996. 62(1): 175–178
7. Dodge-Khatami A, Salazar JD. Right Axillary Thoracotomy for Transatrial Repair of Congenital Heart Defects: VSD, Partial AV Canal with Mitral Cleft, PAPVR or Warden, Cor Triatriatum, and ASD. *Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2015. 20(4): 384–401

Bệnh viện Trung ương Huế

8. Rao RK, Girish B, Nikhil S et al. Right vertical infra-axillary thoracotomy: Anatomically and cosmetically a superior approach for repair of simple congenital cardiac defects. *Journal of Medical and Scientific Research*. 2017. 5(2):49-52
9. Dixit S, Sharma A, Suthar J et al. Repair of ventricular septal defect through anterolateral thoracotomy with central cannulation: our experience. *Indian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2020. 36(5): 476–482
10. Heinisch PP, Wildbolz M, Beck MJ et al. Vertical Right Axillary Mini-Thoracotomy for Correction of Ventricular Septal Defects and Complete Atrioventricular Septal Defects. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2018.106(4):1220-1227

PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NẠO VÉT HẠCH D2, NỐI THỰC QUẢN HỒNG TRÀNG TẬN - TẬN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Đình Văn Chiến^{1✉}, Nguyễn Văn Hương¹, Đặng Quốc Ai²

¹Khoa Ngoại Tiêu hoá, Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

²Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá tính khả thi, an toàn của kỹ thuật và kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 nối thực quản hồng tràng tận-tận không cắt thực quản và hồng tràng trước trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu 70 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày, từ tháng 07/2017 đến tháng 11/2020, tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Kết quả: Tuổi trung bình $62,47 \pm 11,6$ tuổi. Nam chiếm 71,4%, nữ 28,6%, tỷ lệ nam/nữ 2,5/1. Ung thư ở giai đoạn I, II, III là 21,4%, 45,7%, 32,8%. 80,0% ung thư biểu mô tuyến ống, 15,7% tế bào nhẵn. Số hạch nạo vét được trung bình là $23,2 \pm 6,7$ hạch, số hạch di căn trung bình là $2,77 \pm 3,8$ hạch. Lượng máu mất trung bình $32,29 \pm 10,09$ ml. Thời gian phẫu thuật trung bình là $202,2 \pm 28,9$ phút. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 4,2%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 4,2%. Tỷ lệ thành công của kỹ thuật phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 nối thực quản hồng tràng tận-tận không cắt thực quản và hồng tràng trước là 100%. Thời gian nằm viện trung bình là $7,3 \pm 1,9$ ngày và thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ trung bình là $40,14 \pm 1,73$ tháng, tỷ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm, 3 năm là 98,6%, 92,1%, 75,9%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 nối thực quản hồng tràng tận-tận không cắt thực quản và hồng tràng trước là kỹ thuật khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn, ung thư biểu mô dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày.

ABSTRACT

TOTALLY LAPAROSCOPIC TOTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPH NODE DISSECTION AND FUNCTIONAL END TO END ESOPHAGOJEJUNOSTOMY IN THE TREATMENT OF GASTRIC ADENOCARCINOMA

Đình Văn Chiến^{1✉}, Nguyễn Văn Hương¹, Đặng Quốc Ai¹

Introduction: Evaluating the feasibility and safety of the technique and the results totally laparoscopic total gastrectomy (TLTG) with D2 lymph node dissection and functional end-to-end esophagojejunostomy by linear stapler without previous resection of esophagus and jejunum in the treatment of gastric adenocarcinoma.

Materials and Methods: A prospective descriptive study, 70 patients with gastric adenocarcinoma between July 2017 and November 2020 at the Nghean Friendship General Hospital.

Results: The average age of 62.47 ± 11.6 years. The male/female ratio was 2.5/1. The percent of patients with tumors at stages I, II, III were 21,4%, 45,7%, 32,8%. 80.0% of patients had papillary adenocarcinoma and tubular adenocarcinoma, 15.7% of patients had ring cell carcinoma. The average number of harvested lymph nodes was $23,2 \pm 6,7$. The average number of metastatic lymph nodes was 2.77 ± 3.8 . The average

Ngày nhận bài:

10/03/2022

Chấp thuận đăng:

13/04/2022

Tác giả liên hệ:

Đình Văn Chiến

Email:

chienbvna@gmail.com

SĐT: 0963311668

blood loss was 32.29 ± 10.09 ml. The average operation time $202,2 \pm 28,9$ minutes. The total percent of incidents during the surgery was 4.2% and the total percent of postoperative complications was 4.2%. The success rate of the technique of TLTG with D2 lymph node dissection and functional end-to-end esophagojejunostomy by linear stapler without previous resection of esophagus and jejunum was 100%. The hospital stays was 7.3 ± 1.9 days and the survival time after surgery was $40,14 \pm 1,73$ months. The survival rates of one year, two years, three years were 98.6%, 92.1%, 75.9%.

Conclusions: TLTG with D2 lymphanectomy and functional end-to-end esophagojejunostomy without previous resection of esophagus and jejunum was feasibility, safety and effective in the treatment of gastric adenocarcinoma.

Keywords: Totally laparoscopic gastrectomy, gastric adenocarcinoma, total gastrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô dạ dày (UTBMDD) là bệnh phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới, chiếm 95% trong ung thư dạ dày. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào nội soi dạ dày sinh thiết xét nghiệm tế bào và chụp cắt lớp vi tính để chẩn đoán giai đoạn bệnh. Điều trị ung thư dạ dày là kết hợp điều trị đa mô thức nhưng phẫu thuật cắt dạ dày nạo vét hạch triệt căn vẫn là phương thức điều trị hiệu quả nhất hiện nay [1]. Umayra và Azaga là hai tác giả báo cáo về phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt toàn bộ dạ dày (TBDD) đầu tiên trên thế giới vào năm 1999 [2,3]. Carl B. Schlatter, là tác giả đầu tiên thực hiện thành công cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày trên thế giới vào năm 1897 [3]. Steichen là tác giả đầu tiên báo cáo kỹ thuật nối ống tiêu hóa kiểu Functional bằng máy cắt nối thẳng vào năm 1968 [4]. Okabe H là tác giả đầu tiên PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2, nối thực quản hồng tràng theo kiểu Functional bằng máy cắt nối thẳng vào năm 2006 [5]. Tới nay, kỹ thuật này đã được áp dụng điều trị ung thư biểu mô dạ dày ở nhiều nước trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam và đã có nhiều tiến bộ trong phẫu thuật cũng như trong điều trị và chăm sóc cho người bệnh ung thư dạ dày. PTNS hoàn toàn cắt TBDD đã góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng sống cho người bệnh ung thư dạ dày, phục hồi chức năng tiêu hóa và chức năng vận động sớm, phục hồi sức khỏe sớm, giảm stress sau mổ, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, giảm thời gian nằm viện sau mổ cho người bệnh [6,7].

Để góp phần nâng cao hiệu quả điều trị ung thư biểu mô dạ dày chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá tính khả thi, an toàn của kỹ thuật và kết quả phẫu thuật nội soi hoàn cắt toàn bộ

dạ dày nạo vét hạch D2 nối thực quản hồng tràng tận-tận không cắt thực quản và hồng tràng trước trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 70 bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô dạ dày được PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 nối thực quản hồng tràng tận-tận không cắt thực quản và hồng tràng trước từ tháng 07/2017 đến tháng 11/2020 tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thực hiện nghiên cứu mô tả tiến cứu ở bệnh nhân UTBMDD 1/3 trên, 1/3 giữa hoặc tổn thương có bờ trên cách tâm vị < 6cm, chưa xâm lấn thực quản, tổn thương ở phía bờ cong lớn, di căn hạch nhóm 4sa, 4sb, giai đoạn bệnh $\leq$ III và PTNS hoàn cắt TBDD nạo vét hạch D2.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân UTDD mở mổ, PTNS cắt TBDD không phải vét hạch D2 (D1, D1+...). BN có ung thư khác kèm theo, rối loạn nhận thức.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Tuổi, giới, BMI, ASA, đau bụng, chán ăn, sụt cân, khám sờ thấy u, vị trí tổn thương, typ mô bệnh học, mức độ biệt hóa, giai đoạn bệnh.

- Kết quả trong mổ: Kỹ thuật cắt dạ dày, nạo vét hạch, kỹ thuật nối lưu thông tiêu hóa, số hạch vét được, số hạch di căn, tai biến trong mổ, lượng máu mất và thời gian phẫu thuật.

- Kết quả sau mổ: Biến chứng sau mổ, thời gian đặt thông mũi hồng tràng, thời gian trung tiện, rút dẫn

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2...

lưu, cho ăn và thời gian nằm viện sau mổ, thời gian sống thêm sau mổ.

Quy trình phẫu thuật:

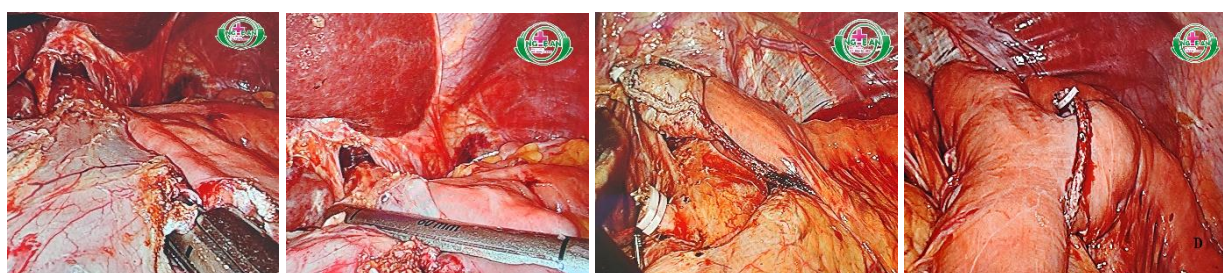
BN nằm ngửa dạng hai chân, phẫu thuật viên đứng bên trái, sử dụng 5 trocar: 1 trocar 10mm ngay dưới rốn; 1 trocar 12mm ở mạn sườn trái ngang rốn; 3 trocar 5mm ở mạn sườn phải ngang rốn và 2 hạ sườn 2 bên, tiến hành phẫu thuật theo các bước sau:

Bước 1: Đánh giá tổn thương và khả năng cắt dạ dày. **Bước 2:** Cắt mạc nối lớn, vét hạch nhóm 4, 11d, 10 và 2. **Bước 3:** Nạo vét hạch nhóm 6, phẫu tích bó mạch vị mạc nối phải. **Bước 4:** Nạo vét hạch nhóm 3, 5, 8a, 12a, thắt động mạch vị phải (hình 1). **Bước 5:** Nạo vét hạch nhóm 7, 9, 11p, thắt bó mạch vị trái (hình 1). **Bước 6:** Vét hạch nhóm 1, phẫu tích tâm vị thực quản.



Hình 1: Nạo vét hạch D2 trong PTNS cắt toàn bộ dạ dày.

Bước 7: Nối thực quản hồng tràng: mở lỗ nhỏ ở bên trái thực quản và bờ tự do hồng tràng, dùng stapler thứ nhất nối hồng tràng vào thực quản. Stapler thứ 2 vừa cắt ngang thực quản hồng tràng vừa đóng kín miệng nối theo hình chữ T (hình 2). Nối hồng hồng tràng tận-bên cách miệng nối trên 40-60cm bằng 2 stapler (hình 2). **Bước 8:** Cắt, đóng mồm tá tràng dưới môn vị 1-1,5cm. **Bước 9:** Bơm rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan và hố lách. **Bước 10:** Lấy bệnh phẩm (cho bệnh phẩm vào túi đựng rồi mở rộng thêm lỗ đặt trocar 12mm khoảng 4-6cm để đưa ra ngoài) và đóng lại các lỗ trocar.



Hình 2: Nối thực quản hồng tràng tận tận không cắt thực quản và hồng tràng trước, nối hồng hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng hoàn toàn trong ổ bụng sau cắt toàn bộ dạ dày.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng		n = 70	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình		62,47 ± 11,6 (29 - 88) tuổi	
Giới tính	Nam	50	71,4
	Nữ	20	28,6
BMI trung bình		20,53 ± 2,04 (14,7 – 25,0) kg/m ²	
ASA	ASA1	33	47,1

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng		n = 70	Tỷ lệ %
	ASA2	30	42,9
	ASA3	7	10
Đau bụng vùng thượng vị		70	100
Chán ăn		66	94,3
Sụt cân		67	95,7
Sờ thấy u khi thăm khám		5	7,1
Vị trí tổn thương	1/3 trên	8	11,4
	1/3 giữa	58	82,9
	1/3 dưới	3	4,3

Bệnh viện Trung ương Huế

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng		n = 70	Tỷ lệ %
	Tổn thương toàn bộ	1	1,4
Type UTBM	Tuyến ống, nhú	56	80,0
	Tuyến nhầy	3	4,3
	Tế bào nhẵn	11	15,7
Giai đoạn bệnh	I	15	21,4
	II	32	45,7
	III	23	32,8

Nghiên cứu chúng tôi có tuổi thấp nhất là 26 tuổi và cao nhất là 88 tuổi, BMI thấp nhất là 14,7 kg/m² và cao nhất là 25 kg/m². Tỷ lệ nam/nữ 2,5/1. Tình trạng sức khỏe trước mổ chủ yếu là ASA1 và ASA2. Có 3 trường hợp vị trí tổn thương ở hang vị nhưng tổn thương lan lên quá góc BCN và cách tâm vị dưới 6 cm.

Bảng 2. Kết quả trong mổ

Kết quả trong mổ		n = 70	Tỷ lệ %
Tai biến	Tổn thương gan	1	1,4
	Tổn thương lách	1	1,4
	Tổn thương ruột non	1	1,4
Số hạch nạo vét được trung bình		23,2 ± 6,7 (15 - 44) hạch	
Số hạch di căn trung bình		2,77 ± 3,8 (0 - 14) hạch	
Lượng máu mất trung bình trong mổ		32,29 ± 10,09 (20 - 50) ml	
Thời gian phẫu thuật trung bình		202,2 ± 28,9 (145 - 270) phút	

100% PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 theo quy trình 10 bước và nối thực quản hồng tràng tận-tận kiểu fonctionnal không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng (linear stapler) với vị trí phẫu viên bên trái, sử dụng 5 trocar. Có 07 BN

(10%) có khó khăn trong các bước của quy trình gồm 01BN do dính sau mổ cũ, 01 BN mở ổ bụng nhiều, 02 BN u to trên 6cm, 01 BN u cao sát tâm vị và 02 BN ổ bụng hẹp do thể trạng nhỏ, gầy. Tai biến trong mổ có 03 BN đó là: 01 BN tổn thương bao gan trái, 01 BN tổn thương lách gây chảy máu trong mổ và 01 BN rách thanh cơ ruột non khi khâu nối.

Bảng 3. Kết quả điều trị sau mổ

Kết quả điều trị sau mổ		n = 70	Tỷ lệ %
Biến chứng sau mổ	Viêm phổi	1	1,4
	Áp xe tồn dư	1	1,4
	Nhiễm trùng vết mổ	1	1,4
	Rò tiêu hóa	0	0,0
	Tử vong sau mổ	0	0,0
Thời gian rút thông mũi hồng tràng sau mổ		22,4 ± 26,8 (0 -96) giờ	
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng sau mổ		3,1 ± 1,2 (2- 6) ngày	
Thời gian trung tiện sau mổ		48,6 ± 13,1 (24 – 72) giờ	
Thời gian cho ăn đường miệng sau mổ		3,7 ± 1,4 (2 – 6) ngày	
Thời gian nằm viện trung bình sau mổ		7,3 ± 1,9 (5 - 13) ngày	
Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ		40,14 ± 1,73 (36,75 – 43,54) tháng	
Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ		1 năm	98,6
		2 năm	92,1
		3 năm	75,9

4,2% có biến chứng sau mổ, tất cả các bệnh nhân đều điều trị nội khoa ổn định ra viện, không có trường hợp nào phải mổ lại hoặc tử vong trong vòng 1 tháng sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 62,47 ± 11,6 tuổi, thấp nhất là 29 tuổi và cao nhất là 88 tuổi, điều này chứng tỏ UTBMDD có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng có xu hướng gặp nhiều hơn ở người cao tuổi và PTNS hoàn toàn áp dụng được để điều trị UTBMDD cho người cao tuổi. đây là một ưu điểm nổi bật của PTNS hoàn toàn. Theo nghiên cứu của các

tác giả ở Nhật Bản tuổi mắc UTDD là 62,7 - 64,8 tuổi và Châu Âu và Mỹ là 63,6 – 73 tuổi [2,3]. 71,4% là nam giới và 28,6% là nữ giới, tỷ lệ nam/nữ 2,5/1. Tình trạng sức khỏe trước mổ chủ yếu là ASA1 chiếm 47,1% và ASA2 chiếm 42,9%. BMI trung bình trước mổ là $20,53 \pm 2,04 \text{ kg/m}^2$, thấp nhất là $14,7 \text{ kg/m}^2$ cao nhất là 25 kg/m^2 . Về đặc điểm lâm sàng của UTBMDD thường không điển hình ngay cả khi người bệnh đến muộn. Theo các nghiên cứu thì các triệu chứng thường gặp là đau bụng, chán ăn và sụt cân [2,4]. Kết quả của chúng tôi có các triệu chứng đau bụng, chán ăn, sụt cân với các tỷ lệ lần lượt là 100%, 94,3%, 95,7%. Có 5 BN sờ thấy u khi thăm khám chiếm 7,1%, các nghiên cứu trong nước có tỷ lệ sờ thấy u khi thăm khám dao động từ 6% đến 23%. Kết quả nghiên cứu có 11,4% ung thư 1/3 trên dạ dày và 82,9% là 1/3 giữa, 4,3% là 1/3 dưới và 1,4% là thể loét thâm nhiễm tổn thương toàn bộ dạ dày. Có 03 trường hợp vị trí tổn thương ở hang vị nhưng tổn thương ung thư lan lên quá góc BCN, cách tâm vị dưới 6 cm và 01 trường hợp u cao, cách đường Z khoảng 1cm về phía dạ dày (tương đương Siewert II) nhưng kích thước tổn thương trên 3cm (lan qua Siewert III) nên chúng tôi chỉ định cắt TBDD nạo vét hạch D2. Chúng tôi vừa tiến hành cắt ngang thực quản - hồng tràng vừa đóng kín miệng nối bằng một stapler trên đường Z khoảng 1 – 2cm và sinh thiết diện cắt thực quản. Trường hợp u cao này có khoảng cách từ bờ trên u đến diện cắt trên là 3cm và kết quả sinh thiết diện cắt không còn tế bào ung thư. Đặc điểm ung thư biểu mô trong nghiên cứu chúng tôi có 80,0% là tuyến nhú và ống, 15,7% tế bào nhẵn. Ung thư ở giai đoạn I, II, III là 21,4%, 45,7%, 32,8%. Để đảm bảo hết tổ chức ung thư (R0), chúng tôi chỉ định cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 cho những trường hợp UTBMDD 2/3 trên, thể loét thâm nhiễm toàn bộ và những trường hợp mà bờ trên tổn thương ung thư cách tâm vị dưới 6cm, chưa xâm lấn thực quản, tổn thương ở bờ cong lớn, những trường hợp giai đoạn bệnh $\leq$ III [3]. Để phòng ngừa tái phát tại miệng nối, các khuyến cáo mới nhất của Hiệp hội UTDD của Nhật Bản và Mỹ đều cho rằng khoảng cách này ít nhất là 5 cm [2]. Chúng tôi thấy rằng những trường hợp u ở tâm vị thì lựa chọn kỹ thuật nối thực quản hồng tràng tận bên kiểu OrVil bằng máy khâu nối tròn sẽ thuận lợi hơn máy khâu nối thẳng.

Về kỹ thuật phẫu thuật, chúng tôi thực hiện PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 theo quy trình 10 bước,

kết quả 100% thực hiện thành công quy trình PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2, nối thực quản hồng tràng tận-tận kiểu fonctionnal không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng (linear stapler) với vị trí phẫu viên bên trái và sử dụng 5 trocar. Chúng tôi nhận thấy PTNS theo quy trình 10 bước là thuận lợi và an toàn trong phẫu thuật cắt TBDD và nạo vét hạch D2. Làm miệng nối thực quản hồng tràng tận-tận kiểu fonctionnal không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng (2 linear stapler) hoàn toàn trong ổ bụng thuận lợi hơn so với nối thực quản hồng tràng tận-bên kiểu OrVil bằng máy cắt nối tròn và thẳng (1 circular stapler và 1 linear stapler) hoặc nối bên bên kiểu Overlap bằng máy cắt nối thẳng bởi phẫu trường rộng hơn, thao tác ít hơn, nhanh hơn và chi phí thấp hơn. Tuy nhiên, có 10% trường hợp có khó khăn trong các bước của quy trình gồm 01 BN do dính sau mổ cũ, 01 BN mở ổ bụng nhiều, 02 BN u to trên 6cm, 01 BN u cao sát tâm vị và 02 BN ổ bụng hẹp do thể trạng nhỏ, gầy nhưng tất cả đều phẫu thuật thành công, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở do tai biến trong mổ cũng như có biến chứng sau mổ.

Tai biến trong mổ: có 03 trường hợp có tai biến trong mổ, đó là 1,4% tổn thương bao gan trái trong lúc vén gan, 1,4% tổn thương bao lách trong lúc vét hạch nhóm 10 gây chảy máu, tất cả các trường hợp này đều được đốt điện cầm máu trong thì nội soi. 1,4% rách thanh cơ ruột non trong khi cầm nắm để cắt nối tiêu hóa, tiến hành khâu lại thanh cơ bằng 01 mũi chữ X, chỉ vicryn 4.0 trong thì phẫu thuật nội soi. Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở do tai biến và tử vong trong mổ. Tác giả Ebehara Yuma, nghiên cứu trên 65 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày có tỷ lệ tai biến trong mổ 7,7%, trong đó có 2 BN phải chuyển mổ mở do liên quan đến miệng nối thực quản hồng tràng như máy cắt nối cắt vào ống thông dạ dày, nối ngược quai [6]. Võ Duy Long ghi nhận 2 trường hợp tai biến trong mổ, chiếm 1,8%; Đỗ Văn Tráng có tỷ lệ tai biến trong mổ là 8,6% [3].

Số hạch nạo vét được trung bình $23,2 \pm 6,7$ hạch, số hạch di căn trung bình $2,77 \pm 3,8$ hạch. Ebehara Yuma, số hạch nạo vét được trung bình là 30,2 hạch [6]. Kim EY và cộng sự, số hạch vét được trung bình ở nhóm PTNS hoàn toàn cắt TBDD là $38,3 \pm 14,2$ hạch [7]. Tác giả Lee JH và cộng sự số hạch nạo vét được là $55,0 \pm 17,8$ hạch [8]. Lượng máu mất trung

Bệnh viện Trung ương Huế

bình trong mổ là $32,29 \pm 10,09$ (20 - 50) ml và thời gian phẫu thuật trung bình là $202,2 \pm 28,9$ (145 - 270) phút.

Biến chứng sau mổ: 03 trường hợp có biến chứng sau mổ, trong đó là 1,4% áp xe tồn dư sau mổ, tiến hành chọc hút dịch mủ dưới hướng dẫn siêu âm và điều trị nội khoa ổn định, bệnh nhân ổn định ra viện. 1,4% bị viêm phổi sau mổ ngày thứ 4 sau mổ, tiến hành điều trị nội khoa bệnh nhân ổn định ra viện. 1,4% nhiễm trùng vết mổ chỗ lấy bệnh phẩm, tiến hành cắt chỉ để hở vết mổ và thay băng hằng ngày, vết mổ ổn định khâu lại và cho ra viện. Không có trường hợp nào rò tiêu hóa và tử vong trong vòng 1 tháng sau mổ. Tỷ lệ biến chứng của các tác giả phương Tây và Mỹ từ 21-26% [2,3]. Nghiên cứu của tác giả Ebehara Yuma – 2013 (Nhật Bản), lượng máu mất trong mổ trung bình là 85,2 ml; thời gian phẫu thuật trung bình là 271,5 phút, tỷ lệ biến chứng chung là 15,4% và 1,5% tử vong, trong đó không có trường hợp nào rò miệng nối thực quản hồng tràng, 1,5% rò miệng nối hồng tràng – hồng tràng, 1,5% rò môm tá tràng, 4,6% hẹp miệng nối, 3,1% rò tụy, 1,5% liệt ruột sau mổ và 3,1% nhiễm trùng vết mổ [6]. Tác giả Kim EY-2016 (Hàn Quốc), kết quả giữa PTNS hoàn toàn như sau: thời gian phẫu thuật trung bình là 228,9 phút, lượng máu mất trong mổ trung bình là 90,9 ml, thời gian trung tiện trung bình là 3,0 ngày, thời gian bắt đầu ch ăn đường miệng trung bình là 4,6 ngày, tỷ lệ biến chứng là 18,5% [7]. Shinohara T và cộng sự, lượng máu mất trung bình trong mổ là 102ml (20-694ml), 14% rò tụy sau mổ, 5,4% tắc ruột do thoát vị nội tạng sau mổ và 18,1% tái phát và di căn sau mổ với thời gian theo dõi trung bình 16 tháng. Không có trường hợp nào rò miệng nối và tử vong sau mổ [9]. Tỷ lệ tái phát u sau mổ của các tác giả ở châu Á từ 0,3 – 1,7% và di căn sau mổ là 4,5% - 15%, còn các tác giả ở Châu Âu có tỷ lệ di căn cao hơn, từ 13,3 – 37,9% [3]. Lee JH và cộng sự là 150ml (10-800ml) [10]. Kyogoku N và cộng sự, lượng máu mất trung bình trong mổ dùng stapler thẳng là 23ml [11]. Jeong O và cộng sự, thời gian PTNS cắt toàn bộ dạ dày trung bình là 284 ± 91 phút [12]. Theo Noh SH và cộng sự tỷ lệ rò miệng nối ở BN sau mổ cắt toàn bộ dạ dày là 2,3-10,4% [13]. Strong VE, tỷ lệ rò miệng nối sau mổ cắt toàn bộ dạ dày do UTDD là 5-10% [14]. Chang KK có 7,5% rò tiêu hóa sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày [15].

Thời gian rút thông mũi hồng tràng sau mổ trung bình là $22,4 \pm 22,8$ giờ, trong đó 48,6% rút thông mũi hồng tràng ngay sau mổ (0 giờ). Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $48,6 \pm 13,1$ giờ. Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình là $3,1 \pm 1,2$ ngày; thời gian bắt đầu cho ăn đường miệng trung bình là $3,7 \pm 1,4$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình là $7,3 \pm 1,9$ ngày. Chúng tôi nhận thấy, PTNS hoàn toàn bệnh nhân phục hồi chức năng tiêu hóa, vận động và sức khỏe sớm nên cung cấp dinh dưỡng đường miệng được sớm, nhu cầu dùng thuốc giảm đau ít và thời gian nằm viện ngắn. Tác giả Ebehara Yuma, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 21,4 ngày; thời gian trung tiện trung bình là 1,9 ngày, thời gian bắt đầu cho ăn trung bình là 4,6 ngày [6]. Tác giả Kim EY, kết quả thời gian trung tiện trung bình là 3,0 ngày, thời gian bắt đầu ch ăn đường miệng trung bình là 4,6 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 13,6 ngày [7]. Chang KK, cho ăn đường miệng vào ngày thứ 3 sau mổ [15]. Jeong O và cộng sự cho ăn mềm sau PTNS cắt TBDD vào ngày thứ nhất hoặc ngày thứ 2 [12]. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng, không cần thiết phải đặt thông mũi hồng tràng sau mổ cắt TBDD [16-18] và nuôi dưỡng sớm đường miệng giúp người bệnh hồi phục chức năng tiêu hóa, sức khỏe, vận động sớm hơn và thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn [19-21]. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $40,14 \pm 1,73$ tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 98,6%; 92,1%; 75,9%. Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự nghiên cứu 149 BN cắt TBDD từ 1994 đến 2000 và chia làm 2 nhóm. Nhóm 1 có thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ 1, 2, 3, 4, 5 năm là 76,36%, 60,0%, 40,0%, 27,27%, 25,45% và nhóm 2 sống thêm 1, 2, 3 năm là 75,93%, 53,7%, 46,0% [22]. Tác giả Kyogoku N và cộng sự nghiên cứu trên 379 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày điều trị UTBMDD cho kết quả sống tới 5 năm là 81,2%, trong đó tỷ lệ sống 5 năm theo các giai đoạn lần lượt là 94,0%, 77,1% và 43,9% cho các giai đoạn I, II và III. Ngoài ra, còn có 144 BN sống trên 5 năm, tỷ lệ sống trên 5 năm ứng với giai đoạn bệnh lần lượt là 93,1%, 74,4% và 50,0% cho các giai đoạn I, II và III [11]. Kết quả nghiên cứu về thời gian sống thêm sau mổ của các tác giả trong và ngoài nước còn khác nhau về tỷ lệ theo từng năm, từng giai đoạn bệnh giữa các nghiên cứu. Tuy nhiên kết quả các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ thời gian sống thêm sau mổ theo từng năm ngày càng tăng ở các nghiên cứu gần đây, đặc biệt là PTNS hoàn toàn điều trị

UTBMDD giai đoạn I và II. Như vậy, qua nghiên cứu 70 BN được PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 trong điều trị UTBMDD, chúng tôi thấy PTNS hoàn toàn là kỹ thuật khả thi, an toàn và hiệu quả trong phẫu thuật điều trị UTBMDD. Việc lựa chọn kỹ thuật PTNS hoàn toàn phải tùy thuộc vào cơ sở vật chất, trang thiết bị, trình độ cũng như kỹ năng, đường cong huấn luyện và cơ sở phẫu thuật viên được đào tạo.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 nổi thực quản hồng trằng tận-tận không cắt thực quản và hồng trằng trước là kỹ thuật khả thi và an toàn trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày. Kết quả phẫu thuật đáp ứng được triệt căn trong điều trị ung thư và góp phần nâng cao hiệu quả điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA CANCER J CLIN. 2018; 68: 394-424.
2. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma – 3rd english edition. Gastric Cancer. 2011;14:101–112.
3. Van Huong Nguyen et al. Results of laparoscopic total gastrectomy and D2 lymph node dissection with the left-site surgeon and final resection and closure of the duodenal stump in gastric cancer treatment. Surg. Gastroenterol. Oncol. 2020; 25 (4):199 – 205.
4. Okabe H et al. Intracorporeal esophagojejunal anastomosis after gastrectomy for patients with gastric cancer. Surg Endosc. 2009;23:2167–2171
5. Dinh Van Chien, NV. Huong et al. Totally laparoscopic total gastrectomy with technique of functional end-to-end esophagojejunostomy by linear stapler without previous resection of the esophagus and jejunum. International Surgery Journal. 2020;7(11):3614-3619
6. Ebihara Y, Okushiba S, Kawarada Y et al. Outcome of functional end-to-end esophagojejunostomy in totally laparoscopic total gastrectomy. Langenbecks Arch Surg. 2013;398: 475-479.
7. Kim EY, Choi HJ, Cho JB, Lee J. Totally Laparoscopic Total Gastrectomy Versus Laparoscopically Assisted Total Gastrectomy for Gastric Cancer. Anticancer Res, 2016;36(4): 1999-2003.
8. Lee JH, Lee CM, Son SY et al. Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer: long-term oncologic results. Surgery. 2014;155(1):154-164.
9. Shinohara T, Kanaya S, Taniguchi K et al. Laparoscopic Total Gastrectomy With D2 Lymph Node Dissection for Gastric Cancer. Arch Surg. 2009;144(12):1138-1142.
10. Lee JH, Ahn SH, Park DJ et al. Laparoscopic Total Gastrectomy with D2 Lymphadenectomy for Advanced Gastric Cancer. World J Surg. 2012;36(10):2394-2399.
11. Kyogoku N, Ebihara Y, Shichinohe T et al. Circular versus linear stapling in esophagojejunostomy after laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer: a propensity score-matched study. Langenbecks Arch Surg. 2018;403(4): 463-471.
12. Jeong O, Ryu SY, Choi WY et al. Risk Factors and Learning Curve Associated with Postoperative Morbidity of Laparoscopic Total Gastrectomy for Gastric Carcinoma. Ann Surg Oncol. 2014;21(9): 2994-3001.
13. Noh SH, Hyung WJ. Part XV: Postoperative Management and Follow-Up. Surgery for Gastric Cancer. 2019:304-340.
14. Strong VE. Managing Early and Late Postoperative Complications Following Gastric Surgery. Gastric Cancer: Principles and Practice. 2015:239-249.
15. Chang KK, Patel MS, Yoon SS. Linear-Stapled Side-to-Side Esophagojejunostomy with Hand-Sewn Closure of the Common Enterotomy After Prophylactic and Therapeutic Total Gastrectomy. J Gastrointest Surg. 2017;21(4):712-722.
16. Doglietto GB et al. Nasojejunal tube placement after total gastrectomy: A multicenter prospective randomized trial. Arch Surg. 2004;139:1309-1313.
17. Fabio Pacell et al. Naso-gastric or naso-jejunal decompression after partial distal gastrectomy for gastric cancer. Final results of a multicenter prospective randomized trial. Gastric Cancer. 2013; 319: 19-22.
18. Da Wang et al. Is Nasogastric or Nasojejunal Decompression Necessary Following Gastrectomy for Gastric Cancer? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. J Gastrointest Surg. 2015; 19:195–204.
19. Aelee Jang et al. Early Postoperative Oral Feeding After Total Gastrectomy in Gastric Carcinoma Patients: A Retrospective Before–After Study Using Propensity Score Matching. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2019;43(5): 649–657.
20. Juan Wang et al. Comparison of Early oral feeding with traditional oral feeding after total gastrectomy for gastric cancer: A propensity score matching Analysis. Journal Frontiers in Oncology. 2019;9:1194.
21. Sierzega M, Choruz R, Pietruszka S et al. Feasibility and outcomes of early oral feeding after total gastrectomy for cancer. J Gastrointest Surg. 2015;19(3):473-479.
22. Nguyễn Anh Tuấn, Hoàng Công Đắc. Ung thư dạ dày: kết quả theo dõi lâu dài trên 149 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày triệt căn. Tạp chí Y học thực hành. 2001;1:39-44.