



KỶ YẾU

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN NĂM 2025

"Cập nhật tiến bộ mới trong Nghiên cứu Y học & Ứng dụng Lâm sàng"



Hà Nội, tháng 10 năm 2025



Link tải tài liệu hội nghị



CHỈ ĐẠO VÀ CHỊU TRÁCH NHIỆM NỘI DUNG:

Giám đốc Bệnh viện
TTUT.ThS.BSCKII Trần Hùng Mạnh

Phó Giám đốc Bệnh viện
ThS.BSCKII Lê Mạnh Đức

THƯ KÝ BIÊN TẬP:

Kim Quy - Thu Cúc - Mạnh Cường

THIẾT KẾ MỸ THUẬT:

Vương Nguyên

MỤC LỤC

• Lời mở đầu	1
(Trần Hùng Mạnh)	
• Tình trạng giảm chỉ số nội tiết tố Anti-Müllerian Hormone (AMH) của phụ nữ trong độ tuổi sinh sản: Bằng chứng từ thế giới thực	4
(Nguyễn Thị Nhã, Phùng Văn Trung, Phạm Thanh Tuyền, Nguyễn Thị Thu Hồng, Bạch Thị Thu Cúc)	
• Khả năng sinh con bằng phương pháp mổ micro TESE của nam giới vô tinh có bất thường di truyền	12
(Bạch Huy Anh, Phùng Ngọc Anh, Nguyễn Mạnh Kiên, Nguyễn Văn Tuấn, Bạch Huy Dương, Phùng Văn Trung)	
• Kết quả IVF kết hợp với PGT-M ở các cặp vợ chồng mang gen loạn đường cơ Duchenne tại Bệnh viện Bưu điện năm 2022 - 2025	14
(Vương Vũ Việt Hà, Lê Hữu Nam, Phùng Văn Trung)	
• Sàng lọc di truyền tiền làm tổ PGT-SR cho người bệnh mang chuyển đoạn nhiễm sắc thể: Báo cáo hai ca bệnh	18
(Lê Thị Hải Yến, Vương Vũ Việt Hà)	
• Đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật nội soi sử dụng lưới tổng hợp điều trị sa sinh dục	24
(Kiều Văn Đồng, Nguyễn Bình An, Đỗ Tiến Dũng, Vũ Mai Phương, Hồ Văn Việt, Trần Văn Hoàng)	
• Kết quả bước đầu chọc hút nước ối xét nghiệm di truyền tại Bệnh viện Bưu điện	29
(Trần Thị Thu Huyền, Đinh Thị Thúy Hằng, Nguyễn Phương Tú)	
• Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy vị trí hành não C1-C2: Báo cáo nhân một trường hợp hiếm gặp	34
(Nguyễn Hoàng Giang, Đặng Ngọc Tuyến, Lý Huy Sơn)	
• Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cột sống hai cổng lấy nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại Bệnh viện Bưu điện	38
(Nguyễn Hoàng Giang, Đặng Ngọc Tuyến, Trịnh Xuân Khánh)	
• Kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần trên người bệnh gãy liên mấu chuyển xương đùi tại Bệnh viện Bưu điện	42
(Trần Đức Thịnh, Phạm Ngọc Hiếu)	
• Phẫu thuật nội soi hỗ trợ kết hợp xương trong điều trị gãy mâm chày phức tạp: Báo cáo chùm 14 người bệnh	47
(Bùi Đức Ngọt)	
• Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép định hình theo giải phẫu hoàn toàn trước phúc mạc tại Bệnh viện Bưu điện	53
(Phạm Văn Quỳnh, Phạm Trường Giang, Đinh Hồng Quân)	
• Tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng cho người bệnh có thai (Kinh nghiệm trên 105 người bệnh)	57
(Dương Văn Trung)	
• Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Bưu điện	62
(Trịnh Hoàng Hoan)	
• Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật trĩ có laser hỗ trợ tại Bệnh viện Bưu điện	66
(Hoàng Việt Hưng, Phạm Trường Giang, Phạm Văn Quỳnh, Đinh Hồng Quân)	

» (Xem tiếp Bìa 3)

LỜI MỞ ĐẦU

Kính thưa Quý Thầy/Cô, Quý vị Đại biểu và các bạn đồng nghiệp!

Bệnh viện Bưu điện được thành lập theo Quyết định số 54/QĐ ngày 16/6/1956 của Bộ trưởng Bộ Giao thông Bưu điện trên cơ sở Trạm xá ngành Bưu điện với hơn chục CBCNV đầu tiên và được thành lập lại theo Quyết định số 77/1998/QĐ-TCCB ngày 09/02/1998 của Tổng cục trưởng Tổng cục Bưu điện với chức năng ban đầu là khám bệnh, cấp cứu, chữa bệnh cho CBCNV ngành Bưu điện. Qua gần 70 năm xây dựng và phát triển, Bệnh viện đã trở thành một Bệnh viện đa khoa hạng I với gần 900 cán bộ cơ hữu làm việc tại 36 khoa/phòng/trung tâm. Bệnh viện được Bộ Y tế và Sở Y tế Hà Nội phê duyệt cho phép triển khai hơn 11.000 kỹ thuật chuyên môn, doanh thu hàng năm từ hoạt động khám, chữa bệnh là hàng nghìn tỷ đồng, góp phần vào sự phát triển chung của Tập đoàn Bưu chính Viễn thông Việt Nam (VNPT), đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của cộng đồng qua đó đảm bảo việc làm và đời sống cho CBCNV Bệnh viện. Đến nay, ngoài việc tập trung chăm sóc sức khỏe cho CBCNV ngành Bưu điện thì Bệnh viện Bưu điện còn tích cực tham gia khám bệnh, cấp cứu, chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe ban đầu, hoạt động y tế dự phòng cho nhân dân trên địa bàn và tham gia y tế cộng đồng; đào tạo và tham gia đào tạo nhân lực y tế; tham gia phòng, chống dịch bệnh theo sự phân công của VNPT, Bộ Y tế và Sở Y tế Hà Nội; tham gia nghiên cứu khoa học, triển khai ứng dụng khoa học - công nghệ, kỹ thuật hiện đại phục vụ nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho cán bộ công nhân viên VNPT và nhân dân trên địa bàn.



TTUT.ThS.BSCKII Trần Hùng Mạnh
Bí thư Đảng ủy, Chủ tịch HĐQT, Giám đốc Bệnh viện Bưu điện

Quá trình phát triển của Bệnh viện được đánh dấu bởi nhiều giai đoạn mang tính chất bản lề, đưa Bệnh viện trở thành một cơ sở khám, chữa bệnh uy tín, được nhân dân tin tưởng lựa chọn. Có thể nêu những cột mốc quan trọng trong quá trình phát triển của Bệnh viện Bưu điện như sau: Hoàn thiện hệ thống cấp cứu, nội khoa, ngoại khoa, hồi sức, gây mê hồi sức, cận lâm sàng và triển khai phẫu thuật nội soi lĩnh vực Tiêu hóa - Tiết niệu từ những năm 2000; phát triển chuyên khoa từ năm 2003; lĩnh vực Sản phụ khoa từ năm 2005; Chấn thương chỉnh hình từ năm 2010; Hỗ trợ sinh sản từ năm 2013; triển khai công tác Chăm sóc toàn diện từ năm 2017; Phẫu thuật thần kinh - Cột sống và Can thiệp tim mạch từ năm 2020.

Từ một Bệnh xá, trở thành một Bệnh viện đa khoa hạng I với hơn 11.000 danh mục kỹ thuật được phép triển khai; hàng năm khám và điều trị ngoại trú cho hàng trăm ngàn lượt người bệnh, điều trị nội trú thành công cho hàng chục ngàn người bệnh, thực hiện thành công gần 20.000 ca mổ (trong đó phần lớn là phẫu thuật loại I và loại đặc biệt); hàng năm cũng có trên 10.000 em bé được ra đời khỏe mạnh tại Bệnh viện. Bệnh viện Bưu điện đã từng bước tạo dựng được niềm tin, uy tín đối với người bệnh và thực sự đã trở thành **"Nơi gửi trọn niềm tin"** mỗi khi họ ốm đau và cần chăm sóc y tế.



Tuy nhiên, trong nhiều năm tập trung phát triển chuyên môn nên việc thực hiện các nghiên cứu để đánh giá một cách khách quan, khoa học về những gì đã làm được và sẽ triển khai trong thời gian tới theo từng giai đoạn chưa được quan tâm một cách thoả đáng. Số lượng nghiên cứu, chất lượng nghiên cứu chưa tương xứng với những kết quả chuyên môn mà Bệnh viện đã đạt được trong thời gian qua. Nhiều lĩnh vực là thế mạnh của Bệnh viện chưa được nghiên cứu, tổng kết đầy đủ, từ đó đưa ra luận cứ khoa học để có thể phổ biến mạnh mẽ ra cộng đồng và giới y khoa trong và ngoài nước.

Ngày 22/12/2024, Bộ Chính trị đã ban hành Nghị quyết số 57-NQ/TW về đột phá phát triển khoa học, công nghệ, đổi mới sáng tạo và chuyển đổi số Quốc gia. Đây là một Nghị quyết mang tính chiến lược, xác định rõ vai trò then chốt của khoa học, công nghệ và đổi mới sáng tạo trong giai đoạn phát triển mới của Đất nước. Nghị quyết nhấn mạnh khoa học và công nghệ không chỉ là động lực mà còn là một trong ba đột phá chiến lược, quyết định thành công của sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa, hội nhập quốc tế của Việt Nam. Cùng với việc triển khai và thực hiện Nghị quyết hết sức quan trọng này, năm 2025, Bệnh viện Bưu điện tiếp tục đẩy mạnh công tác nghiên cứu khoa học đối với tất cả các lĩnh vực chuyên môn, quản lý; đặc biệt lần đầu tiên sau nhiều năm, Bệnh viện đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Quốc gia đồng ý cho triển khai và Tập đoàn VNPT đã giao thực hiện hai Đề tài NCKH là Đề tài *"Nghiên cứu ứng dụng ghép tế bào gốc trung mô thu nhận từ mô dây rốn đồng loài kết hợp với huyết tương giàu tiểu cầu tự thân trong điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát"* và Đề tài *"Bước đầu đánh giá tính an toàn và hiệu quả của liệu pháp truyền tế bào gốc trung mô tự thân từ mô mỡ trong điều trị tình trạng suy yếu do lão hóa (Frailty Syndrome)"* cùng với nhiều đề tài, báo cáo, công bố tại tạp chí, các Hội nghị trong nước, quốc tế của Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Trung tâm Tế bào gốc và Di truyền. Bệnh viện Bưu điện cũng đã đạt được nhiều kết quả quan trọng trong công tác nghiên cứu khoa học và ứng dụng công nghệ; đã triển khai nhiều kỹ thuật mới, kỹ thuật hiện đại trong khám chữa bệnh; thực hiện nhiều đề tài nghiên cứu khoa học, trong đó có những đề tài đã được ứng dụng hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị. Một số lĩnh vực là thế mạnh của Bệnh viện như hỗ trợ sinh sản, phẫu thuật nội soi, nội soi can thiệp, chẩn đoán hình ảnh... đã đạt trình độ tiên tiến, ngang tầm

với các Bệnh viện hàng đầu trong nước. Về chuyển đổi số, Bệnh viện đã sớm triển khai thành công bệnh án điện tử, hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh (PACS), phối hợp VNPT-IT và đối tác Nhật Bản triển khai ứng dụng AI trong Chẩn đoán hình ảnh, thanh toán viện phí không dùng tiền mặt và nhiều dịch vụ y tế trực tuyến khác để phục vụ công tác khám chữa bệnh của Bệnh viện, đáp ứng yêu cầu chuyển đổi số mạnh mẽ trong ngành Y tế.

Bệnh viện cũng luôn chú trọng lĩnh vực hợp tác quốc tế, cử cán bộ tham gia các khóa đào tạo, hội thảo khoa học quốc tế, từng bước nâng cao trình độ chuyên môn và năng lực nghiên cứu. Đội ngũ cán bộ, bác sĩ ngày càng trưởng thành, nhiều bác sĩ trẻ đã có công bố khoa học trên các tạp chí trong nước và quốc tế.

Thực hiện Nghị quyết số 64-NQ/ĐUBVBĐ ngày 04/9/2025 của Đảng ủy Bệnh viện triển khai Nghị quyết 57-NQ/TW về đột phá phát triển khoa học, công nghệ, đổi mới sáng tạo và chuyển đổi số quốc gia với mục tiêu *"Đến năm 2030, Bệnh viện Bưu điện phát triển trở thành Bệnh viện thông minh theo tiêu chuẩn quốc gia; tiên phong ứng dụng công nghệ số, trí tuệ nhân tạo (AI), dữ liệu lớn (Big Data), y học chính xác trong khám chữa bệnh, nghiên cứu khoa học và quản trị bệnh viện. Bệnh viện Bưu điện phải đạt trình độ ngang bằng với nhóm Bệnh viện tuyến Trung ương trong cả nước, từng bước khẳng định uy tín trong khu vực"*, Bệnh viện Bưu điện tổ chức Hội nghị khoa học thường niên năm 2025 với mục đích kế thừa truyền thống, đổi mới sáng tạo, phát triển bền vững, hướng đến tương lai, nhằm tạo điều kiện và diễn đàn cho đội ngũ CBCNV làm công tác chuyên môn báo cáo những kết quả, những thành tựu mà bản thân mình, đơn vị mình đã làm được; trao đổi, rút kinh nghiệm chuyên môn để ngày càng hoàn thiện hơn, góp phần nhiều hơn vào sự phát triển của Bệnh viện nói riêng cũng như Ngành Y tế nói chung. Đồng thời các nội dung báo cáo, thảo luận, trao đổi tại Hội nghị cũng sẽ là yếu tố cấu thành cho sự ra đời của cuốn Kỷ yếu này.

Kỷ yếu Hội nghị khoa học thường niên Bệnh viện Bưu điện năm 2025 với **30 bài báo cáo** được lựa chọn thuộc nhiều lĩnh vực chuyên môn khác nhau, trong đó có nhiều thế mạnh, mũi nhọn của Bệnh viện như Tế bào gốc và Y học tái tạo; Điện quang can thiệp và can thiệp tim, mạch; Hỗ trợ sinh sản, Sản khoa, Gây mê hồi sức, Ngoại Tiết niệu, Phẫu thuật cột sống; Điều dưỡng và công tác chuyển đổi số tại Bệnh viện. Kỷ yếu là tài liệu tham khảo có giá trị cao mang đến những thông tin cập nhật và bổ ích cho đội ngũ chuyên môn tại Bệnh viện Bưu điện cũng như đồng nghiệp tại các Bệnh viện khác có thể tham khảo, học hỏi trong thời gian tới.

Ban Lãnh đạo Bệnh viện trân trọng cảm ơn sự tham dự của Quý Thầy/Cô, các nhà khoa học, các đơn vị tài trợ đã luôn đồng hành trong suốt quá trình triển khai Hội nghị và xuất bản cuốn Kỷ yếu này. Trong quá trình chuẩn bị, biên tập và phát hành cuốn Kỷ yếu Hội nghị không khỏi có những thiếu sót, Ban lãnh đạo Bệnh viện Bưu điện mong nhận được sự cảm thông và góp ý của Quý Thầy/Cô, Quý Đại biểu, các bạn đồng nghiệp để Bệnh viện có thể thực hiện tốt hơn trong tương lai.

Trân trọng!

BÍ THƯ ĐẢNG ỦY
CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG QUẢN LÝ
GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN

TTUT.ThS.BSCKII Trần Hùng Mạnh

TÌNH TRẠNG GIẢM CHỈ SỐ NỘI TIẾT TỔ ANTI-MÜLLERIAN HORMONE (AMH) CỦA PHỤ NỮ TRONG ĐỘ TUỔI SINH SẢN: BẰNG CHỨNG TỪ THẾ GIỚI THỰC

Nguyễn Thị Nhã¹, Phùng Văn Trung¹, Phạm Thanh Tuyền¹, Nguyễn Thị Thu Hồng², Bạch Thị Thu Cúc¹

¹Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, ²Khoa Xét nghiệm 1, Bệnh viện Bưu điện



BSCKI Nguyễn Thị Nhã – Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Bưu điện tư vấn cho người bệnh

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Phân tích và đánh giá mang tính dịch tễ kết quả xét nghiệm nồng độ Anti-Müllerian Hormone (AMH) máu ngoại vi của phụ nữ, đặc biệt là nhóm trong độ tuổi sinh sản (≤ 35 tuổi). 2. Tìm hiểu mối tương quan giữa chỉ số AMH máu ngoại vi và kết quả điều trị thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) của nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (≤ 35 tuổi).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, phân tích 13689 kết quả xét nghiệm AMH của phụ nữ đến khám và/hoặc điều trị hiếm muộn tại Bệnh viện Bưu điện (BVBD) từ 01/01/2024 đến 31/12/2024. Chỉ số AMH được đối chiếu với kết quả điều trị TTTON (tổng số noãn và số phôi nang thu được).

Kết quả: Gần 25% số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (≤ 35 tuổi) thực hiện xét nghiệm có chỉ số AMH thấp hơn mức bình thường (từ 2,0-6,8 ng/mL). Khi tiến hành TTTON, phụ nữ trong độ tuổi sinh sản có AMH giảm thu được số noãn và số phôi nang thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có AMH bình thường.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy phụ nữ có AMH thấp trong độ tuổi sinh sản chiếm tỉ lệ đáng kể (xấp xỉ $\frac{1}{4}$). Chỉ số AMH có mối tương quan rõ rệt với kết quả điều trị TTTON.

Từ khóa: AMH, bằng chứng từ thế giới thực, sức khỏe sinh sản nữ, TTTON.

ABSTRACT

Objectives: The primary aim of this study was to epidemiologically analyze and evaluate the results of peripheral blood Anti-Müllerian Hormone (AMH) concentration tests in women, particularly those of reproductive age (≤ 35 years old). The second objective was to investigate the correlation between peripheral blood AMH readouts and *in vitro* fertilization treatment outcomes in women of reproductive age (≤ 35 years old).

Subjects and methods: Retrospective study, analyzing 13,689 AMH test results of women who came to Buu dien Hospital for examination and/or infertility treatment from January 1, 2024, to December 31, 2024. AMH readouts were correlated with *in vitro* fertilization (IVF) outcomes (total retrieved oocyte number and number of blastocysts).

Results: Nearly 25% of women of reproductive age (≤ 35 years old) who underwent testing had AMH levels below the normal range (2.0-6.8 ng/mL). Regarding the IVF outcomes, women of reproductive age with reduced AMH levels had significantly lower numbers of oocytes and blastocysts than the group with normal AMH levels.

Conclusion: The study shows that women of reproductive age with low AMH levels account for a significant proportion of the total women of reproductive age who underwent AMH testing. AMH levels are significantly correlated with the outcomes of IVF treatment.

Keywords: AMH, RWE, female fertility, IVF.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Do nhiều nguyên nhân của xã hội hiện đại, tình trạng giảm chức năng sinh sản ở phụ nữ trẻ tuổi trở nên đáng lo ngại.¹ Nội tiết tố Anti-Müllerian Hormone (AMH) được tiết ra từ tế bào hạt (granulosa) trong nang noãn.² Điều đáng chú ý là chỉ số AMH không thay đổi đáng kể trong suốt chu kỳ kinh nguyệt, phản ánh dự trữ buồng trứng, từ đó phản ánh chức năng sinh sản của phụ nữ với độ tin cậy cao.² AMH giảm theo tuổi, và gần như chạm mức 0 ng/mL khi mãn kinh.² Ở phụ nữ trẻ tuổi, AMH thấp là dấu hiệu giảm dự trữ buồng trứng, có thể do suy buồng trứng và các nguyên nhân bệnh lý khác.² AMH cao có thể do nguyên nhân bệnh lý, ví dụ như hội chứng buồng trứng đa nang.² Do đó, AMH còn có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng và điều trị hiếm muộn, đặc biệt là kết quả của chu kỳ TTTON.^{3,4}

Xét nghiệm nồng độ AMH từ máu ngoại vi được chỉ định thường quy cho phụ nữ thực hiện kiểm tra sức khỏe sinh sản hoặc bắt đầu điều trị TTTON tại Bệnh viện Bưu điện, sử dụng ngưỡng bình thường là 2-6,8 (ng/mL) cho phụ nữ ≤ 35 tuổi, dựa trên một số báo cáo được đã được công bố.⁵ Với hàng chục ngàn lượt xét nghiệm AMH mỗi năm, đây là nguồn dữ liệu quý giá giúp chúng ta đánh giá được bức tranh toàn cảnh mang tính dịch tễ học của sức khỏe sinh sản phụ nữ trong cộng đồng.

Trong những năm gần đây, bằng chứng từ thế giới thực (Real World Evidence, RWE) trở thành một phần quan trọng của y học thực chứng, đóng vai trò nền tảng trong việc chẩn đoán và điều trị lâm sàng cũng như xây dựng chính sách và chiến lược y tế.⁶ RWE thường tổng kết từ dữ liệu thu được từ thế giới thực (Real World Data, RWD), do đó có cỡ mẫu lớn, tính thực tiễn cao, phù hợp với điều kiện thực hành lâm sàng cụ thể, có thể đóng góp và bổ sung cho các kết quả thu được từ thử nghiệm lâm sàng hữu hiệu.⁶



Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này, có thể nói là nghiên cứu đầu tiên tại Bệnh viện Bưu điện áp dụng các nguyên tắc của việc thu thập RWD, nhằm thu được RWE, trên đối tượng nghiên cứu là kết quả xét nghiệm AMH. Mục tiêu là kết quả thu được sẽ góp phần quan trọng vào việc đánh giá chức năng sinh sản của phụ nữ, chẩn đoán, tiên lượng và điều trị TTTON.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả, phân tích dữ liệu từ thế giới thực (RWD). Kết quả xét nghiệm AMH (từ phần mềm quản lý bệnh viện HIS) trong năm 2024 (N=13689 kết quả xét nghiệm) được thống kê theo từng nhóm tuổi và phân nhóm mức AMH.

Chỉ số AMH được đối chiếu với kết quả điều trị thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON). Chỉ số đối chiếu là tổng số noãn, số noãn trưởng thành và tổng số phôi nang thu được. Yếu tố loại trừ là các trường hợp xin noãn. Phân tích về xác suất thống kê sử dụng phép thử T-TEST.

Trong thực hành lâm sàng tại BVBD, nồng độ AMH máu ngoại vi bình thường của phụ nữ ≤ 35 tuổi được định nghĩa là từ 2-6,8 ng/mL. Từ kinh nghiệm công tác và tham khảo ý kiến các chuyên gia trong nước và quốc tế, nhằm tập trung phân tích nhóm người bệnh nồng độ AMH thấp, các nhóm nhỏ được chia như sau: AMH thấp rất nghiêm trọng: $0 \leq \text{AMH} \leq 0,5$ (ng/mL); AMH thấp nghiêm trọng: $0,5 < \text{AMH} \leq 1,0$ (ng/mL); AMH thấp: $1,0 < \text{AMH} \leq 1,5$ (ng/mL); AMH giảm nhẹ: $1,5 < \text{AMH} < 2,0$ (ng/mL); AMH bình thường: $2 \leq \text{AMH} \leq 6,8$ (ng/mL); AMH cao: $\text{AMH} > 6,8$ (ng/mL).

3 KẾT QUẢ

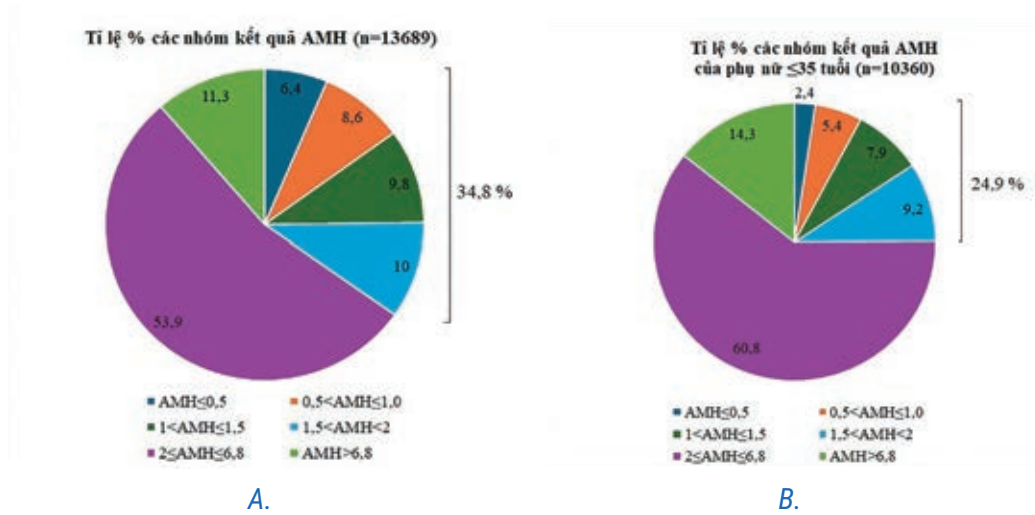
3.1. Phân bố mang tính dịch tễ của chỉ số AMH

Như thể hiện ở hình 1 và bảng 1, trên tổng số hơn 13 ngàn ca xét nghiệm, số ca có chỉ số xét nghiệm AMH thấp dưới ngưỡng chiếm tới gần 35%. Có hơn 10 ngàn trường hợp ≤ 35 tuổi thực hiện xét nghiệm AMH, trong đó có tới gần 25% có mức AMH thấp hơn bình thường. Đặc biệt mức thấp nghiêm trọng (từ 0,5-1 ng/mL) chiếm tới 5,4% và mức thấp rất nghiêm trọng ($\leq 0,5$ ng/mL) chiếm tới 2,4%.

Như thể hiện ở hình 2A, phân bố AMH theo tuổi có dạng phân bố hình chuông, với phần AMH có chỉ số cao nhất ở nhóm phụ nữ 23-31 tuổi. AMH giảm mạnh ở phụ nữ trên 35 tuổi và tất cả phụ nữ trên 50 tuổi có chỉ số AMH chạm mức 0 ng/mL. Một số trường hợp có tuổi rất trẻ (20 ± 2 tuổi) có chỉ số AMH ở mức thấp rất nghiêm trọng ($\leq 0,5$ ng/mL) (khu vực mũi tên màu cam, đỏ, Hình 2B).

Bảng 1. Chỉ số AMH phân nhóm theo mức chức năng

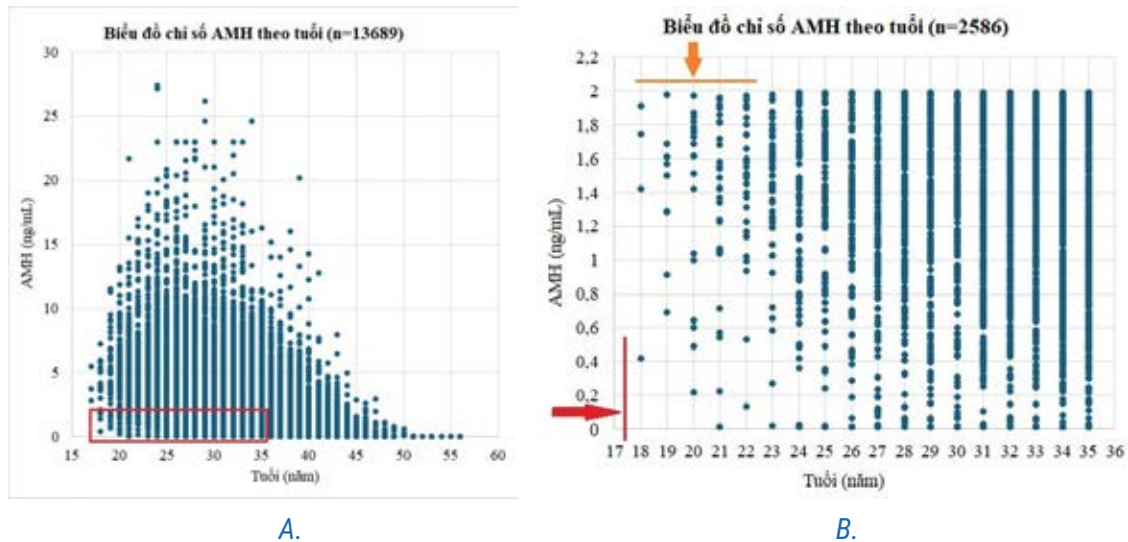
Chỉ số AMH (ng/mL)	Tổng số phụ nữ thực hiện xét nghiệm AMH		Phụ nữ ≤35 tuổi		
	n (ca)	Tỉ lệ (%)	n (ca)	Tỉ lệ (%)	
AMH≤0,5	870	6,4	264	2,4	24,9
0,5<AMH≤1,0	1173	8,6	557	5,4	
1<AMH≤1,5	1345	9,8	816	7,9	
1,5<AMH<2	1370	10	949	9,2	
2≤AMH≤6,8	7378	53,9	6294	60,8	
AMH>6,8	1553	11,3	1480	14,3	
Tổng	13689	100	10360	100	



Hình 1. Biểu đồ phân bố chỉ số AMH theo các phân nhóm

Hình 1A. Trên toàn bộ số xét nghiệm. Hình 1B. Trên nhóm phụ nữ ≤ 35 tuổi.

Đơn vị đo nồng độ AMH trong toàn bộ bài báo cáo này là ng/mL.



Hình 2. Biểu đồ tương quan giữa chỉ số AMH và tuổi

Hình 1A. Trên toàn bộ số xét nghiệm. Hình 1B. Trên nhóm phụ nữ ≤35 tuổi có mức AMH <2 ng/mL. Ghi chú: Biểu đồ 2B chính là hình ảnh phóng to của phần hình chữ nhật đỏ trong biểu đồ 2A. Mũi tên màu cam chỉ nhóm phụ nữ tuổi rất trẻ (20±2 tuổi). Mũi tên màu đỏ chỉ nhóm phụ nữ có mức AMH thấp rất nghiêm trọng (≤0.5 ng/mL).

3.2. AMH thấp có tương quan với việc giảm số noãn và phôi nang thu được trong chu kỳ TTTON

Như thể hiện trong bảng 2 và bảng 3, trong tổng số 13689 phụ nữ xét nghiệm AMH, có 5310 trường hợp thực hiện TTTON (38,8%). Số trường hợp thực hiện TTTON noãn tự thân (không xin noãn) ≤ 35 tuổi là 3627 trường hợp. Có 86 ca thực hiện đông noãn, tuy nhiên chỉ có 30 ca đông noãn có mức AMH thấp (chiếm 35%).

Trong 76 trường hợp TTTON nhóm AMH thấp rất nghiêm trọng ($\leq 0,5$ ng/mL), có 3 ca không thu được noãn (chiếm 3,9%). Tỷ lệ này cao gấp gần 8 lần so với nhóm có AMH bình thường (tỷ lệ 0,5%). Giá trị tổng (3 ca) nhỏ nên không thực hiện được phân tích thống kê.

Số noãn thu được và số phôi nang thu được giảm tỷ lệ thuận có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trên các nhóm AMH thấp so với nhóm AMH bình thường (Bảng 3). AMH càng thấp thì độ chênh lệch kết quả điều trị càng cao.

Bảng 2. Thống kê điều trị TTTON

Điều trị TTTON	Số ca (người)
Số ca thực hiện xét nghiệm AMH	13689
Số ca thực hiện TTTON	5310
	38,8 (%)
Số ca TTTON tự thân	5173
Số ca TTTON tự thân ≤ 35 tuổi	3627
Số ca ≤ 35 tuổi, đông noãn	86
Số ca ≤ 35 tuổi, đông noãn, AMH < 2 ng/mL	30
	34,9 (%)

Bảng 3. Kết quả chu kỳ chọc hút noãn và nuôi phôi chu kỳ TTTON tự thân ở phụ nữ ≤ 35 tuổi

Mức AMH (ng/mL)	AMH $\leq 0,5$	$0,5 < \text{AMH} \leq 1,0$	$1 < \text{AMH} \leq 1,5$	$1,5 < \text{AMH} < 2$	$2 \leq \text{AMH} \leq 6,8$	AMH $> 6,8$
Chọc hút noãn tự thân (ca)	76	257	372	395	2110	417
Số ca không thu được noãn (ca)	3	3	3	4	11	2
	3,9 (%)	1,2 (%)	0,8 (%)	1 (%)	0,5 (%)	0,5 (%)
Số noãn trung bình (noãn)	$4,6 \pm 2,9$	$7 \pm 3,7$	$9,9 \pm 4,7$	$11,7 \pm 5,1$	$17,9 \pm 7,4$	$28,8 \pm 12$
Kết quả phân tích thống kê	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$		$p < 0,05$
Nuôi phôi nang ngày 5, 6 (ca)	40	192	327	374	2043	412
Số phôi nang trung bình (phôi)	$2,5 \pm 1,6$	$3,8 \pm 2,4$	$4,3 \pm 2,7$	$5,5 \pm 3,2$	$7,8 \pm 4,3$	$12 \pm 6,5$
Kết quả phân tích thống kê	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$		$p < 0,05$

4 BÀN LUẬN

4.1. Phụ nữ trẻ tuổi có AMH thấp, đặc biệt là mức thấp rất nghiêm trọng chiếm tỉ lệ đáng kể

Kết quả trên cho thấy tính nghiêm trọng của việc suy giảm dự trữ buồng trứng trên phụ nữ trẻ tuổi. Diễn giải kết quả một cách đơn giản là cứ 4 phụ nữ ≤ 35 tuổi tới xét nghiệm chức năng sinh sản tại BVBD thì có 1 người có mức AMH giảm. Có một số trường hợp phụ nữ tuổi rất trẻ mà AMH đã ở mức thấp rất nghiêm trọng. Từ đó, chúng ta thấy được tính cấp thiết của việc phổ biến, khuyến cáo ra cộng đồng việc cần kiểm tra sức khỏe sinh sản sớm, thực hiện điều trị TTTON hoặc đông noãn cho nhóm phụ nữ trẻ có biểu hiện suy giảm dự trữ buồng trứng.

4.2. Giá trị tiên lượng của chỉ số AMH trong điều trị TTTON

Kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm AMH thấp thu được số noãn thấp hơn rõ rệt, có ý nghĩa thống kê. Số lượng ca không thu được noãn ở các nhóm đều thấp nên không thể thực hiện được phân tích xác suất thống kê. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm AMH thấp rất nghiêm trọng có nguy cơ không thu được noãn tăng gấp khoảng 8 lần. Số phôi nang thu được cũng thấp hơn rõ rệt có ý nghĩa thống kê trên nhóm phụ nữ có AMH giảm so với nhóm có AMH bình thường. Kết quả của chúng tôi đồng thuận với các nghiên cứu được báo cáo trước đây.^{3,4}

5 KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy: Với tổng số hơn 13 ngàn kết quả AMH của năm 2024, gần 1/4 số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (≤ 35 tuổi) có chỉ số AMH thấp hơn mức bình thường (< 2 ng/mL). Đối chiếu với kết quả TTTON, chúng tôi nhận thấy phụ nữ ≤ 35 tuổi có mức AMH $< 2,0$ ng/mL thu được số noãn và số phôi nang thấp hơn (có ý nghĩa thống kê) so với nhóm đối chứng có AMH bình thường: AMH càng thấp thì kết quả điều trị càng giảm nghiêm trọng. Điều này một lần nữa khẳng định vai trò tiên lượng của chỉ số AMH trong TTTON.

Chúng tôi khuyến nghị phụ nữ ≤ 35 tuổi cũng nên thực hiện kiểm tra chức năng sinh sản. Thông thường phụ nữ từ 35 tuổi trở lên AMH giảm mạnh theo thời gian.² Do đó, nếu phụ nữ ≤ 35 tuổi có AMH giảm dưới mức bình thường thì có thể cân nhắc thực hiện điều trị sớm do có dấu hiệu dự trữ buồng trứng giảm. Theo kết quả, chỉ có khoảng 35% số ca đông noãn ở phụ nữ ≤ 35 tuổi có AMH thấp. Nên chăng, các nhà chuyên môn khuyến cáo nhiều hơn tới nhóm phụ nữ trẻ tuổi có nguy cơ suy giảm dự trữ buồng trứng thực hiện bảo tồn chức năng sinh sản.



Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Bưu điện

Về mặt phương pháp tìm bằng chứng từ thế giới thực (RWE), kết quả xét nghiệm với hàng chục ngàn điểm dữ liệu có tiềm năng to lớn, chúng ta nên phát triển việc khai thác dữ liệu theo hướng này.

Tài liệu tham khảo

1. Peck JD, Quaas AM, Craig LB, et al. Lifestyle factors associated with histologically derived human ovarian non-growing follicle count in reproductive-age women. *Hum Reprod.* 2016;31:150-7.
2. Gowkielewicz M, Lipka A, Zdanowski W, et al. Anti-Müllerian hormone: biology and role in endocrinology and cancers. *Front Endocrinol.* 2024; 15:1468364. doi: 10.3389/fendo.2024.1468364
3. Revelli A, Biasoni V, Gennarelli G, et al. IVF results in patients with very low serum AMH are significantly affected by chronological age. *J Assist Reprod Genet.* 2016;33:603-9.
4. Sarkar P, New EP, Sprague RG, et al. Prognostic value of low anti-Mullerian hormone level during IVF among young women: a SART CORS study. *Fertil Steril.* 2020;114:e454.
5. Dayal M, Sagar S, Chaurasia A, et al. Anti-mullerian hormone: a new marker of ovarian function. *J Obstet Gynaecol India.* 2014;64:130-3.
6. Dang A. Real-World Evidence: A Primer. *J Pharm Med.* 2023;37:25-36.

KHẢ NĂNG SINH CON BẰNG PHƯƠNG PHÁP MỔ MICROTESE CỦA NAM GIỚI VÔ TINH CÓ BẤT THƯỜNG DI TRUYỀN

Bạch Huy Anh^{1,2}, Phùng Ngọc Anh¹, Nguyễn Mạnh Kiên², Nguyễn Văn Tuấn¹, Bạch Huy Dương³, Phùng Văn Trung¹

¹Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, ²Trung tâm Tế bào gốc và Di truyền, Bệnh viện Bưu điện

³Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ bất thường di truyền và hiệu quả của vi phẫu tinh hoàn tìm tinh trùng (microTESE) ở người bệnh vô tinh không tắc nghẽn (VTKTN) tại Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 309 người bệnh VTKTN thực hiện microTESE tại Bệnh viện Bưu điện từ tháng 9/2022 đến tháng 9/2024, trong đó có 90 trường hợp có bất thường di truyền.



TS.BS Bạch Huy Anh – Phó Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản tư vấn cho người bệnh

Kết quả: Tỷ lệ VTKTN có bất thường di truyền là 29,1% (90/309), bao gồm hội chứng Klinefelter 63/90 (70%), vi mất đoạn AZFc 20/90 (22,3%), kết hợp cả Klinefelter và vi mất đoạn AZFc 3/90 (3,3%), 1/90 (1,1%) trường hợp 45,X (dương tính gen SRY), bất thường nhiễm sắc thể (NST) khác 3/90 (3,3%). Tỷ lệ tìm thấy tinh trùng bằng microTESE ở những người bệnh này là 54,4% (49/90). Tỷ lệ thai sinh sống (trên số người bệnh) sau chuyển phôi các trường hợp tìm thấy tinh trùng là 61,2% (30/49).

Kết luận: Kết quả này cho thấy bất thường di truyền là bệnh lý hay gặp trong VTKTN và microTESE là phương pháp điều trị hiệu quả với bệnh lý này.

Từ khóa: AZF, bất thường di truyền, không có tinh trùng, Klinefelter, microTESE.

ABSTRACT

Objectives: To determine the rate of genetic abnormalities and the effectiveness of microdissection testicular sperm extraction (microTESE) in patients with non-obstructive azoospermia (NOA) at Buu dien Hospital.

Subjects and Methods: Descriptive, retrospective study on 309 NOA patients who underwent microTESE at Buu dien Hospital from September 2022 to September 2024, including 90 cases with genetic abnormalities.

Results: The prevalence of genetic abnormalities among NOA cases at Buu dien Hospital was 29.1% (90/309). These included 63/90 (70%) with Klinefelter syndrome, 20/90 (22.3%) with AZFc microdeletions, 3/90 (3.3%) with combined Klinefelter syndrome and AZFc microdeletions, 1/90 (1.1%) with a 45,X karyotype (SRY-positive), and the remaining 3/90 (3.3%) with other chromosomal abnormalities. The sperm retrieval rate with microTESE in NOA men with genetic abnormalities was 54.4% (49/90). The cumulative live birth rate in cases with successful sperm retrieval was 61.2% (30/49).

Conclusion: These findings demonstrate that genetic abnormalities are common in NOA and that microTESE is an effective treatment option for NOA men with genetic abnormalities.

Keywords: AZF, genetic abnormalities, azoospermia, Klinefelter syndrome, microTESE

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Ước tính khoảng 5 – 10% nam giới vô sinh gặp tình trạng không có tinh trùng trong tinh dịch, trong số đó 60% nguyên nhân do rối loạn khả năng sinh tinh hay còn gọi là vô tinh không tắc nghẽn (VTKTN).¹ Tỷ lệ bất thường di truyền gặp ở khoảng 25% nam giới VTKTN.² MicroTESE là phương pháp sử dụng kính vi phẫu có độ phóng đại gấp 20 – 25 lần để phân biệt các ống sinh tinh kích thước lớn hơn, từ đó thu thập ống sinh tinh một cách có định hướng, chính vì vậy microTESE ít gây tổn thương tinh hoàn và tỷ lệ tìm

thấy tinh trùng cao hơn so với TESE cổ điển.³ Tại Việt Nam, microTESE đã được áp dụng điều trị VTKTN tại một số trung tâm, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu cỡ mẫu đủ lớn đánh giá về các bất thường di truyền của VTKTN và hiệu quả điều trị của bệnh lý này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ và phổ bất thường di truyền ở người bệnh VTKTN tại Bệnh viện Bưu điện. (2) Đánh giá hiệu quả microTESE ở người bệnh VTKTN (tỷ lệ tìm thấy tinh trùng) và kết cục sinh sản (tỷ lệ có con sinh sống theo người bệnh).



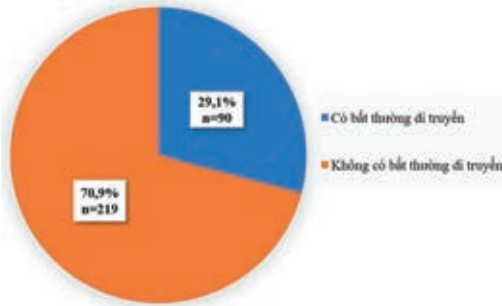
ThS.BS Phùng Ngọc Anh (bên trái) cùng đồng nghiệp thực hiện microTESE tìm tinh trùng cho người bệnh

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 309 trường hợp VTKTN thực hiện microTESE tại Bệnh viện Bưu điện từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 9 năm 2024. Chọn mẫu thuận tiện chúng tôi thu được 90 người bệnh có bất thường di truyền, có đủ hồ sơ bệnh án với thông tin đáp ứng các biến số cần nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu được khai thác từ hồ sơ bệnh án của đối tượng nghiên cứu bao gồm: phân loại bất thường di truyền, kết quả tìm thấy tinh trùng bằng mổ microTESE và kết quả thai sinh sống của các trường hợp tìm thấy tinh trùng. Phân tích tỷ lệ và phổ các bất thường di truyền thường gặp. Ngoài ra, chúng tôi phân tích tỷ lệ tìm thấy tinh trùng của microTESE, tỷ lệ thai sinh sống sau chuyển phôi của các trường hợp vô tình có bất thường di truyền mổ microTESE có tìm thấy tinh trùng. Dữ liệu được phân tích bằng SPSS.

3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ và phổ bất thường di truyền người bệnh VTKTN tại Bệnh viện Bưu điện



Hình 1. Tỷ lệ VTKTN mổ microTESE có bất thường di truyền (n=309)

Tỷ lệ nam giới VTKTN mổ microTESE có bất thường di truyền tại Bệnh viện Bưu điện là 29,1% (90/309).

Bảng 1. Phân bố các loại bất thường di truyền (n=90)

Loại bất thường	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Liên quan đến NST thường	3	3,3
Liên quan đến NST giới tính	87	96,7
• Klinefelter	63	70,0
• AZFc	20	22,3
• Klinefelter + AZFc	3	3,3
• 45,X (SRY +)	1	1,1
Tổng	90	100

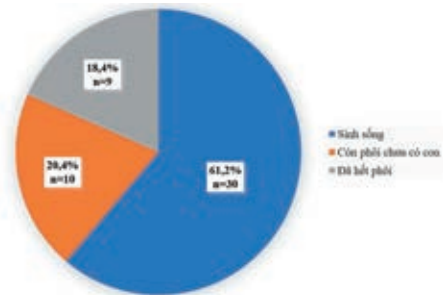
Chỉ có 3/90 (3,3%) các bất thường liên quan đến NST thường, phần lớn các trường hợp 87/90 (96,7%) các bất thường đều liên quan đến NST giới tính. Trong các bất thường liên quan đến NST giới tính, hay gặp nhất là hội chứng Klinefelter đơn thuần chiếm 70%.

3.2. Hiệu quả điều trị microTESE ở người bệnh VTKTN có bất thường di truyền tại Bệnh viện Bưu điện

Bảng 2. Tỷ lệ tìm thấy tinh trùng của microTESE ở người bệnh VTKTN (n=90)

Nguyên nhân	Tìm thấy tinh trùng		Không tìm thấy tinh trùng	
	n	%	n	%
Klinefelter	34	54,0	29	46,0
AZFc	11	55,0	9	45,0
Klinefelter + AZFc	2	66,7	1	33,3
45,X (SRY +)	0	0	1	100
Các bất thường NST khác	2	66,7	1	33,3
Tổng	49	54,4	41	45,6

Tỷ lệ tìm thấy tinh trùng bằng microTESE của nam giới VTKTN có bất thường di truyền là 54,4%. Trừ trường hợp 45,X (mất toàn bộ NST Y, dương tính gen SRY) không tìm thấy tinh trùng, các nhóm nguyên nhân khác tỷ lệ tìm thấy tinh trùng dao động từ 54% đến 66,7%



Hình 2. Tỷ lệ thai sinh sống sau chuyển phôi các trường hợp tìm thấy tinh trùng (n=49)

Tỷ lệ người bệnh sinh con sau chuyển phôi ở mức cao (trên 60%).

4 BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ và phổ bất thường di truyền người bệnh VTKTN tại Bệnh viện Bưu điện

Bất thường di truyền là nhóm nguyên nhân thường gặp trong VTKTN. Khi phân tích các trường hợp mổ microTESE chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam giới VTKTN

có bất thường di truyền là 29,1% (90/309) (Hình 1). Kết quả này tương tự với công bố của Csilla Krausz và cộng sự năm 2018 cho thấy rằng 25% các trường hợp vô tinh có liên quan đến bất thường di truyền.²

Trong số các bất thường di truyền (Bảng 1), chỉ có 3/90 (3,3%) trường hợp bất thường liên quan đến NST thường (01 trường hợp đảo đoạn lớn NST, 02 trường hợp chuyển đoạn NST), phần lớn các trường hợp 87/90 (96,7%) các bất thường đều liên quan đến NST giới tính. Hay gặp nhất là hội chứng Klinefelter đơn thuần chiếm 70% (63/90), tiếp theo là vi mất đoạn AZFc chiếm 22,3% (20/90), có 3,3% (03/90) các trường hợp kết hợp cả hội chứng Klinefelter và vi mất đoạn AZFc, ngoài ra có 1,1% (01/90) trường hợp bộ NST là 45,X (mất gần như toàn bộ NST Y, dương tính với gen SRY qui định giới tính nam). NST giới tính, đặc biệt là NST Y là chứa nhiều vùng gen quan trọng trong việc xác định giới tính và khả năng sinh tinh, việc xuất hiện các bất thường liên quan đến NST giới tính gây tình trạng rối loạn khả năng sinh tinh nặng dẫn tới thiếu tinh nặng hoặc không có tinh trùng trong tinh dịch.² Kết quả của chúng tôi về phân bố phổ các bất thường di truyền cũng chỉ ra tầm quan trọng của các bất thường liên quan NST giới tính liên quan đến VTKTN.

4.2. Hiệu quả điều trị microTESE ở người bệnh VTKTN có bất thường di truyền tại Bệnh viện Bưu điện

Tỷ lệ tìm thấy tinh trùng là tiêu chí quan trọng nhất trong đánh giá một phương pháp điều trị VTKTN. Tỷ lệ tìm thấy tinh trùng bằng microTESE của nam giới VTKTN có bất thường di truyền là 54,4% (49/90) (Bảng 2). Kết quả từng nhóm: hội chứng Klinefelter 54,0% (34/63), vi mất đoạn AZFc 55,0% (11/20), kết hợp cả Klinefelter và mất đoạn

AZFc 66,7% (2/3), trường hợp 45,X (dương tính gen SRY) không tìm thấy tinh trùng, các bất thường NST khác tìm thấy tinh trùng 66,7% (2/3). Kết quả này của chúng tôi tương tự với tác giả Songzhan Gao và cộng sự năm 2022 công bố tỷ lệ tìm thấy tinh trùng bằng của hội chứng Klinefelter và mất đoạn AZF lần lượt là 46,65% (28/58) và 60,87% (14/23).⁴

Trong số các trường hợp có tìm thấy tinh trùng (Hình 2), đã có 30/49 (61,2%) trường hợp sinh con khỏe mạnh, 9/49 (18,4%) trường hợp đã hết phôi và 10/49 (20,4%) trường hợp còn phôi đang tiếp tục điều trị, hi vọng có thể sinh con trong các lần chuyển phôi sau. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Burak Özkan và cộng sự năm 2021 cỡ mẫu 67 trường hợp có bất thường di truyền (Klinefelter), 31 trường hợp chuyển phôi trong đó 16 (51,06%) trường hợp sinh con khỏe mạnh.⁵ Kết quả này cho thấy kỹ thuật microTESE tại Bệnh viện Bưu điện có hiệu quả tương đương với các trung tâm trên thế giới.

5 KẾT LUẬN

Gần 30% nguyên nhân các trường hợp nam giới VTKTN có liên quan đến bất thường di truyền, đặc biệt là các bất thường liên quan đến NST giới tính, hay gặp là hội chứng Klinefelter và vi mất đoạn AZFc. MicroTESE là biện pháp điều trị hiệu quả ở nam giới VTKTN có bất thường di truyền với tỷ lệ tìm thấy tinh trùng 54,4% và tỷ lệ thai sinh sống (trên số người bệnh) sau chuyển phôi là 61,2%. Tuy nhiên đây chỉ là nghiên cứu hồi cứu tại một trung tâm, với cỡ mẫu chưa phải là quá lớn nên cần có nghiên cứu tiền cứu, kết hợp nhiều trung tâm để đưa ra kết luận chính xác hơn. Nghiên cứu này có ý nghĩa hoàn thiện qui trình chẩn đoán, tiên lượng và điều trị/can thiệp VTKTN.

Tài liệu tham khảo

1. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Management of nonobstructive azoospermia: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2018 Dec;110(7):1239-1245. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.09.012. PMID: 30503112.
2. Krausz, C, Riera-Escamilla, A. Genetics of male infertility. *Nat Rev Urol*. 15, 369–384 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0003-3>
3. Schlegel PN. Testicular sperm extraction: microdissection improves sperm yield with minimal tissue excision. *Hum. Reprod*. 1999 Jan;14(1):131-5. doi: 10.1093/humrep/14.1.131. PMID: 10374109.
4. Gao S, Yang X, Xiao X, et al. Outcomes and affecting factors for ICSI and microTESE treatments in nonobstructive azoospermia patients with different etiologies: A retrospective analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022 Oct 17;13:1006208. doi: 10.3389/fendo.2022.1006208. PMID: 36325443; PMCID: PMC9618601.
5. Özkan B, Coşkun ER, Güdelci T. Predictive Factors and Intracytoplasmic Sperm Injection Results for Sperm Retrieval by Microdissection Testicular Sperm Extraction (micro-TESE) in Patients with Klinefelter Syndrome. *Urology*, 161:59-64. DOI: 10.1016/j.urology.2021.12.012

KẾT QUẢ IVF KẾT HỢP VỚI PGT-M Ở CÁC CẶP VỢ CHỒNG MANG GEN LOẠN DƯỠNG CƠ DUCHENNE TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN NĂM 2022- 2025

Vương Vũ Việt Hà, Lê Hữu Nam, Phùng Văn Trung

Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) kết hợp chẩn đoán di truyền tiền làm tổ (PGT-M) ở các cặp vợ chồng mang gen loạn dưỡng cơ Duchenne (DMD).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 11 cặp vợ chồng mang gen DMD, thực hiện tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Bưu điện (2022–2025). Các biến số thu thập gồm: đặc điểm người bệnh, đáp ứng kích thích buồng trứng, số lượng – chất lượng phôi, kết quả PGT-M và kết quả chuyển phôi.

Kết quả: Tuổi trung bình của vợ 32,8. AMH trung bình 2,3 ng/mL; số nang AFC 11,1. Số noãn trung bình thu được 13,4; tỉ lệ MII 89,1% và tỉ lệ thụ tinh 88,3%. Trong 71 phôi nang, 55 phôi được chẩn đoán thành công (77,5%): 52,7% bình thường, 27,3% dị hợp tử, 20% mang bệnh. Có 10/11 cặp có phôi chuyển (90,9%), với 11 chu kỳ; tỉ lệ có thai lâm sàng và thai tiến triển >12 tuần đều đạt 81,8%.

Kết luận: IVF kết hợp PGT-M là giải pháp khả thi và hiệu quả giúp phòng ngừa sinh con mắc DMD, với tỷ lệ thành công cao hơn so với nhiều báo cáo quốc tế. Nghiên cứu là số liệu đầu tiên tại Việt Nam về ứng dụng PGT-M cho DMD, góp phần khẳng định vai trò quan trọng của sàng lọc phôi trong dự phòng bệnh di truyền.

Từ khóa: Chẩn đoán di truyền tiền làm tổ, IVF, loạn dưỡng cơ Duchenne, PGT-M.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the effectiveness of in vitro fertilization (IVF) combined with preimplantation genetic testing for monogenic disease (PGT-M) in couples carrying Duchenne muscular dystrophy (DMD) mutations.

Subjects and Methods: A retrospective study of 11 couples carrying DMD mutations was conducted at the Center for Assisted Reproductive Technology, Buu dien Hospital (2022–2025). Data collected included patient characteristics, ovarian stimulation response, embryo development, PGT-M outcomes, and embryo transfer results.

Results: The mean maternal age was 32.8 years. Average AMH was 2.3 ng/mL; and mean AFC was 11.1. The mean number of retrieved oocytes was 13.4, with 89.1% MII oocytes and a fertilization rate of 88.3%. Among 71 blastocysts, 55 were successfully diagnosed (77.5%): 52.7% were normal, 27.3% were heterozygous carriers, and 20% were affected. Transferable embryos were available in 10 out of 11 couples (90.9%), resulting in 11 transfer cycles. Both clinical pregnancy and ongoing pregnancy rates (defined as those lasting more than 12 weeks) reached 81.8%.

Conclusion: IVF combined with PGT-M is a feasible and effective strategy for preventing DMD, with success rates that exceed those reported in many international studies. This study presents the first Vietnamese data on PGT-M for DMD, highlighting the role of embryo screening in the prevention of genetic diseases.

Keywords: Preimplantation genetic testing, IVF, Duchenne muscular dystrophy, PGT-M.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Loạn dưỡng cơ Duchenne (DMD) là bệnh di truyền lặn liên kết nhiễm sắc thể X, đặc trưng bởi tình trạng yếu cơ tiến triển dẫn đến mất vận động, suy hô hấp, suy tim và tử vong sớm. Tỷ lệ mắc khoảng 1/3.500–1/5.000 trẻ trai sinh sống.¹ Nguyên nhân là đột biến gen DMD trên Xp21.2, gen lớn nhất của người. Ở nam giới, chỉ có một nhiễm sắc thể X nên đột biến biểu hiện thành bệnh; nữ giới thường là người lành mang gen. Thiếu hụt dystrophin gây tổn thương màng cơ, rò rỉ Ca^{2+} , thoái hóa cơ và thay thế bằng mô xơ, dẫn đến tử vong ở tuổi 20 nếu không can thiệp.¹

Điều trị hiện tại chủ yếu hỗ trợ: corticosteroid kéo dài khả năng vận động nhưng nhiều tác dụng phụ; liệu pháp exon skipping, gen và tế bào gốc còn hạn chế.² Dù tuổi thọ người bệnh đã cải thiện nhờ chăm sóc đa ngành, tiên lượng vẫn dè dặt.³ Do chưa có điều trị triệt để, chiến lược phòng bệnh là then chốt. IVF kết hợp chẩn đoán di truyền tiền làm tổ (PGT-M) cho phép loại bỏ phôi mang gen bệnh, ngăn ngừa sinh con mắc DMD. Tuy nhiên, chưa có báo cáo hệ thống nào tại Việt Nam về PGT-M cho DMD. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả IVF kết hợp PGT-M ở 11 cặp vợ chồng mang gen bệnh.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu tiến hành tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Bưu điện (01/2022–06/2025).

Đối tượng: 11 cặp vợ chồng mang gen DMD xác định bằng xét nghiệm gen, thực hiện IVF kèm sinh thiết phôi và PGT-M. Hồ sơ thiếu dữ liệu hoặc xin hoãn bị loại trừ.

Quy trình: Người bệnh được kích thích buồng trứng theo phác đồ antagonist. Noãn được thụ tinh bằng ICSI, nuôi cấy đến blastocyst. Sinh thiết phôi nang lấy 6–10 tế bào, phân tích gen tại Đại học Y Hà Nội. Chuyển phôi sau chuẩn bị nội mạc bằng estrogen và progesteron, ưu tiên phôi bình thường không mang gen bệnh.



Bệnh loạn dưỡng cơ Duchene (DMD) là bệnh lý di truyền lặn liên kết NST X, chiếm tỉ lệ 1/3500–1/5000 trẻ trai

Biến số: Tuổi, dự trữ buồng trứng (AMH, AFC), số noãn MII, tỉ lệ thụ tinh, số phôi blastocyst, kết quả PGT-M, số lần chuyển phôi và thai lâm sàng.

3 KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm người bệnh

Thông số	Trung bình $\pm$ SD	Nhóm < 35 tuổi	Nhóm $\geq$ 35 tuổi
Tuổi vợ (năm)	32,8 $\pm$ 4,6	7	4
Số con trung bình	1,6	1,33	1,75
AMH (ng/mL)	2,33	2,53	1,98
AFC (số nang thứ cấp)	11,1	11,9	9,8



ThS.BS Vương Vũ Việt Hà – Phó Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản tư vấn cho người bệnh

Tổng số 11 cặp vợ chồng tham gia vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của vợ là $32,8 \pm 4,6$, trong đó 7 người bệnh dưới 35 tuổi và 4 người bệnh từ trên 35 tuổi. Chỉ số dự trữ buồng trứng AMH trung bình là 2,33 ng/mL, chỉ số này ở nhóm người bệnh dưới 35 tuổi và từ 35 tuổi trở lên lần lượt là 2,53 ng/mL và 1,98 ng/mL. Số nang thứ cấp AFC trung bình là 11,1 nang.

Bảng 2: Kết quả phôi và chuyển phôi

Chỉ số	Giá trị trung bình/ Tổng số
Tổng liều gonadotropin (IU)	3524
Số noãn chọc hút	13,4
Số noãn MII	11,9 (89,1%)
Tỉ lệ thụ tinh	88,3% (121/137)
Số phôi nang (PN5/6)	71/121 (58,7%)
Số phôi sinh thiết	71
Số phôi chẩn đoán thành công	55 (77,5%)
Phôi bình thường	29 (52,7%)

Chỉ số	Giá trị trung bình/ Tổng số
Phôi dị hợp tử	15 (27,3%)
Phôi đồng hợp tử bệnh	11 (20,0%)
Cặp có phôi chuyển	10/11 (90,9%)
Chu kỳ chuyển phôi	11
Thai lâm sàng	9/11 (81,8%)
Thai tiến triển > 12 tuần	9/11 (81,8%)

Với tổng liều gonadotropin trung bình là 3524 IU, số noãn chọc hút trung bình thu được là 13,4 noãn, trong đó có 11,9 noãn MII. Tỉ lệ thụ tinh là 121/137 chiếm 88,3% và thu được 71 phôi nang (PN5/6). Trong 71 phôi nang được sinh thiết, có 55 phôi chẩn đoán thành công (chiếm 77,5%) với kết quả phôi bình thường, phôi dị hợp tử và phôi đồng hợp tử bệnh lần lượt là 29 (52,7%), 15 (27,3%) và 11 (20,0%) phôi. 10/11 (90,9%) cặp vợ chồng có phôi đạt điều kiện chuyển với 11 chu kỳ chuyển phôi. Kết quả có 9/11 chu kỳ đạt mốc thai tiến triển > 12 tuần, chiếm 81,8%.

4 BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm người bệnh và dự trữ buồng trứng

Tuổi trung bình của vợ là 32,8 (Bảng 1), cho thấy đây là nhóm người bệnh còn trẻ, có dự trữ buồng trứng tốt (AMH trung bình 2,33 ng/mL; AFC 11,1). Điều này giải thích vì sao đáp ứng kích thích buồng trứng nhìn chung thuận lợi. So với nhiều nghiên cứu quốc tế, nơi tuổi trung bình thường cao hơn 34–35 tuổi và dự trữ buồng trứng thấp hơn, kết quả của chúng tôi phản ánh sự khác biệt về chọn mẫu, góp phần làm tăng hiệu quả.⁴

4.2. Kích thích buồng trứng và tạo phôi

Tổng số noãn trung bình 13,4, trong đó 89,1% đạt MII, với tỉ lệ thụ tinh 88,3% (Bảng 2). Đây là các chỉ số cao so với IVF thông thường (70–85%), cho thấy kỹ thuật ICSI và nuôi cấy phôi được tối ưu. Tỉ lệ blastocyst đạt 58,7% cũng tương đồng với kết quả PGT-M quốc tế (~55%).^{5,6}

4.3. Kết quả PGT-M

Trong 55 phôi chẩn đoán thành công, có 52,7% phôi bình thường, gần sát với phân bố lý thuyết Mendel ở bệnh lặn liên kết X (Bảng 2). Tỉ lệ dị hợp tử và đồng hợp tử bệnh lần lượt là 27,3% và 20%. Các kết quả này phù hợp với cơ chế di truyền và chứng minh tính chính xác của PGT-M trong nghiên cứu.

4.4. Kết quả chuyển phôi

Có 90,9% cặp có phôi chuyển và tỉ lệ thai lâm sàng đạt 81,8% (Bảng 2). Con số này cao hơn mức trung bình được HFEA (Anh) báo cáo (~50%) và nhỉnh hơn kết quả



❏ Phôi được bảo quản an toàn, đảm bảo chất lượng tại Labo Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Bưu điện

của Zou và cộng sự (74,2%).^{5,6} Sự khác biệt có thể đến từ việc nhóm nghiên cứu còn trẻ, dự trữ buồng trứng tốt và quy trình IVF–PGT-M được chuẩn hóa.

5 KẾT LUẬN

IVF kết hợp PGT-M là phương pháp dự phòng hiệu quả cho các cặp vợ chồng mang gen DMD, với tỉ lệ thành công cao và khả thi trong điều kiện Việt Nam. Kết quả khẳng định vai trò của sàng lọc phôi trong phòng ngừa bệnh di truyền, mở ra hướng triển khai rộng rãi hơn.

Nghiên cứu có hạn chế về cỡ mẫu nhỏ (11 cặp vợ chồng) và nguy cơ sai lệch chọn mẫu do phần lớn người bệnh còn trẻ, dự trữ buồng trứng tốt, có thể làm giảm khả năng khái quát hóa kết quả cho quần thể rộng hơn. Do đó, cần tiến hành các nghiên cứu đa trung tâm với số lượng cao hơn, bao gồm người bệnh ở nhiều độ tuổi và mức dự trữ buồng trứng khác nhau nhằm tăng tính tin cậy cũng như giá trị ứng dụng lâm sàng của kết quả.

Tài liệu tham khảo

1. Hoffman EP, Brown RH Jr, Kunkel LM. Dystrophin: the protein product of the Duchenne muscular dystrophy locus. *Cell*. 1987;51(6):919-28.
2. Matthews E, Brassington R, Kuntzer T, et al. Corticosteroids for the treatment of Duchenne muscular dystrophy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(5):CD003725.
3. Birnkrant DJ, Bushby K, Bann CM, et al. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1. *Lancet Neurol*. 2018;17(3):251-67.
4. ESHRE Special Interest Group of Embryology and Alpha Scientists. The Vienna consensus: development of ART laboratory performance indicators. *Hum Reprod Open*. 2017;2017(2):hox011.
5. Zou Y, Zhang Q, Li X, et al. Clinical outcomes of preimplantation genetic testing for monogenic diseases: a retrospective study. *Reprod Biomed Online*. 2024;48(2):201-9.
6. Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA). Preimplantation genetic testing (PGT-M/SR) outcomes report. London; 2024.

SÀNG LỌC DI TRUYỀN TIỀN LÀM TỔ PGT-SR CHO NGƯỜI BỆNH MANG CHUYỂN ĐOẠN NHIỄM SẮC THỂ: BÁO CÁO HAI CA BỆNH

Lê Thị Hải Yến, Vương Vũ Việt Hà

Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Bối cảnh: Chuyển đoạn nhiễm sắc thể là dạng bất thường cấu trúc thường gặp nhất trong nhóm bất thường di truyền. Việc chẩn đoán không khó khăn, tuy nhiên thách thức lớn nằm ở khâu sàng lọc để loại bỏ các phôi mang bất thường.

Báo cáo trường hợp: Chúng tôi báo cáo 2 ca lâm sàng của các cặp vợ chồng mang chuyển đoạn nhiễm sắc thể được thực hiện IVF kết hợp PGT-SR tại Bệnh viện Bưu điện. Trong ca thứ nhất, người chồng mang chuyển đoạn tương hỗ cân bằng giữa nhiễm sắc thể số 1 và số 13; trong số 5 phôi nang được sinh thiết, có 2 phôi bình thường về số lượng và cấu trúc, và chuyển 1 phôi thành công, hiện người vợ mang thai ở tuần thứ 14. Trong ca thứ hai, người vợ mang chuyển đoạn Robertsonian giữa nhiễm sắc thể số 13 và 15 với tiền sử lưu thai liên tiếp 2 lần; trong số sáu phôi được xét nghiệm, chỉ có một phôi bình thường và việc chuyển phôi này đã mang lại thai kỳ tiến triển ở tuần thứ 20.

Kết quả: Cả hai trường hợp đều đạt được thai kỳ tuần thứ 14 và tuần thứ 20, chưa phát hiện bất thường sau khi chuyển các phôi đã được sàng lọc và xác nhận cân bằng về cấu trúc.

Kết luận: PGT-SR là một phương pháp có giá trị cho các cặp vợ chồng mang chuyển đoạn nhiễm sắc thể, giúp lựa chọn chính xác các phôi cân bằng, cải thiện kết quả sinh sản và giảm gánh nặng do lưu sảy thai liên tiếp.

Từ khóa: Chuyển đoạn cân bằng, chuyển đoạn nhiễm sắc thể, PGT-SR.

ABSTRACT

Background: Chromosomal translocations are the most common structural chromosomal abnormalities encountered in clinical genetics. While diagnosis is usually straightforward, the principal challenge resides in identifying and excluding embryos with unbalanced rearrangements during assisted reproduction. Preimplantation genetic testing for structural rearrangements (PGT-SR) has emerged as a critical approach to meet this challenge, enabling more precise embryo selection and reducing the risk of miscarriage and other adverse outcomes.

Case presentation: We report two clinical cases of couples carrying chromosomal translocations who underwent IVF combined with PGT-SR at Buu dien Hospital. In the first case, the husband carried a balanced reciprocal translocation between chromosomes 1 and 13. Of the five blastocysts biopsied, two were euploid and structurally normal, and the transfer of one embryo resulted in an ongoing pregnancy at 14 weeks. In the second case, the wife carried a Robertsonian translocation between chromosomes 13 and 15 with a history of recurrent miscarriage; among six embryos tested, only one was normal, and transfer of this embryo led to a viable pregnancy at 20 weeks.

Outcome: Both cases achieved ongoing pregnancies following the transfer of screened, structurally normal embryos.

Conclusion: PGT-SR is a valuable tool for couples with chromosomal translocations, enabling the accurate selection of balanced embryos, thereby improving reproductive outcomes and reducing the burden of recurrent pregnancy loss.

Keywords: *Balanced translocation, chromosomal translocation, PGT-SR.*



ThS.BS Lê Thị Hải Yến – Trung tâm Hỗ trợ sinh sản tư vấn cho người bệnh hiếm muộn

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bất thường nhiễm sắc thể là nguyên nhân di truyền có thể gây vô sinh và sảy thai liên tiếp. Trong đó, chuyển đoạn cân bằng chiếm khoảng 0,6% các cặp vợ chồng hiếm muộn. Người mang chuyển đoạn cân bằng có kiểu hình bình thường nhưng có nguy cơ sinh ra giao tử mất cân bằng dẫn đến phôi bất thường. Nhờ sự phát triển của công nghệ sàng lọc tiền làm tổ PGT-SR, bác sĩ có thể lựa chọn phôi có bộ nhiễm sắc thể cân bằng để chuyển, từ đó cải thiện tỷ lệ thành công của IVF và giảm thiểu gánh nặng lưu sảy thai.¹

2 BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

2.1. Ca 1: Người nam mang chuyển đoạn tương hỗ cân bằng

Cặp vợ chồng ở Hà Nội, người vợ 27 tuổi và người chồng 39 tuổi. Người chồng đã trải qua hai cuộc hôn nhân với tổng thời gian 7 năm nhưng chưa từng có thai tự nhiên. Khi thăm khám, người vợ có tuổi còn trẻ, chu kỳ kinh nguyệt đều 32–33 ngày, qua chụp phim X-quang tử cung vòi trứng xác định 2 vòi trứng thông. Các xét nghiệm

nội tiết cho kết quả trong giới hạn bình thường với FSH 5,4 IU/L; LH 5,4 mIU/mL; Estradiol 35,9 pg/mL và AMH 3,5 ng/mL. Prolactin ở mức 747 mIU/L, có thể coi là hơi cao tùy theo ngưỡng tham chiếu nhưng về mặt lâm sàng không ảnh hưởng đến kinh nguyệt và rụng trứng của người bệnh. BMI của người bệnh là 18,5. Các xét nghiệm nội khoa khác như tuyến giáp, đường huyết, huyết áp đều không ghi nhận bất thường. Người chồng có tinh dịch đồ hoàn toàn trong giới hạn tham chiếu với mật độ tinh trùng 48×10^6 /mL, tỉ lệ di động tiến tới 38% và hình dạng bình thường 3%.

Tuy nhiên, tiền sử chưa từng có thai ở cả 2 cuộc hôn nhân khiến các bác sĩ đặt ra nghi ngờ về nguyên nhân di truyền. Kết quả phân tích nhiễm sắc thể đồ cho thấy người chồng mang chuyển đoạn tương hỗ cân bằng giữa nhiễm sắc thể số 1 và số 13, từ đó đưa đến chẩn đoán vô sinh nguyên phát do bất thường di truyền ở người chồng. Với kết quả này, cặp vợ chồng được tư vấn thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm kết hợp sàng lọc tiền làm tổ PGT-SR. Kết quả xét nghiệm cho thấy trong 5 phôi nang ngày 5, chỉ có 2 phôi bình thường về 24 nhiễm sắc thể và không mang chuyển đoạn, còn lại 3 phôi đều phát hiện bất thường cấu trúc nhỏ. Một phôi được chuyển ngay và thai kỳ thành công, hiện thai đã phát triển đến tuần 14; phôi còn lại được trữ đông cho lần mang thai sau.

2.2. Ca 2: Người vợ trẻ tuổi có tiền sử lưu sảy nhiều lần, mang chuyển đoạn nhiễm sắc thể dạng Robertsonian

Cặp vợ chồng tại Hà Nội, người vợ 25 tuổi và người chồng 32 tuổi, mới mong con được 1 năm. Tuy nhiên, tiền sử sản khoa của người vợ khá nặng nề, đã từng 2 lần lưu thai liên tiếp ở tuổi thai 7–8 tuần và phải hút buồng tử cung, bắt đầu từ khi chị kết hôn ở tuổi 23. Người bệnh đến khám vô sinh – hiếm muộn tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Bưu điện. Hỏi bệnh cho thấy người vợ có chu kỳ kinh nguyệt đều 30 ngày; chụp X-quang tử cung – vòi trứng ghi nhận cả 2 vòi trứng đều thông nhưng hạn chế. Kết quả nội tiết sinh sản hoàn toàn trong giới hạn bình thường: FSH 7,1 IU/L; LH 6,3 mIU/mL; Estradiol 52 pg/mL; Prolactin 343 mIU/L; AMH 4,2 ng/mL. Tinh dịch đồ của chồng rất tốt, với mật độ 84 triệu/mL, tỉ lệ di động 50% và hình dạng bình thường 4%. Do người bệnh còn trẻ và các xét nghiệm ban đầu đều bình thường, người vợ được chỉ định làm thêm các xét nghiệm tìm nguyên nhân lưu thai liên tiếp như miễn dịch, hội chứng kháng phospholipid, ký sinh trùng... nhưng không phát hiện bất thường.

Tuy nhiên, phân tích nhiễm sắc thể đồ cho thấy người vợ mang chuyển đoạn Robertsonian giữa hai nhiễm sắc thể tâm đầu số 13 và 15. Với kết quả này, cặp vợ chồng cũng được tư vấn thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm kết hợp sàng lọc tiền làm tổ PGT-SR. Kết quả xét nghiệm cho thấy trong 6 phôi ngày 5, chỉ có duy nhất 1 phôi bình thường về 24 nhiễm sắc thể và không mang chuyển đoạn, còn lại 5 phôi đều phát hiện bất thường lệch bội nhiễm sắc thể, phôi khảm và thậm chí là phôi bất thường chuyển đoạn cân bằng. Một phôi duy nhất được chuyển ngay và thai kỳ thành công, hiện thai đã phát triển đến tuần 20.

Bảng 1. Đặc điểm và kết quả của hai ca lâm sàng

Đặc điểm	Ca lâm sàng 1	Ca lâm sàng 2
Tuổi vợ (năm)	27	25
Tuổi chồng (năm)	39	32
Thời gian vô sinh (năm)	2	1
Kết quả nhiễm sắc thể đồ	Chồng mang chuyển đoạn tương hỗ cân bằng giữa nhiễm sắc thể số 1 và số 13	Vợ mang chuyển đoạn dạng Robertsonian giữa nhiễm sắc thể số 13 và số 15
FSH IU/L	5,4	7,1
LH mIU/mL	5,4	6,3
AMH ng/mL	3,5 ng/mL	4,2

Số noãn trưởng thành chọc hút được (noãn)	11	15
Số phôi nang	7 phôi ngày 5	3 phôi ngày 5, 6 phôi ngày 6
Số phôi sàng lọc bằng PGT-SR	5	6
Số phôi không mang bất thường chuyển đoạn	2	1
Kết quả chuyển phôi	Thai 14 tuần	Thai 20 tuần

THÔNG TIN BỆNH NHÂN:		Mã hồ sơ:	
Thông tin người Nữ (vợ):		Năm sinh (tuổi):	1998
Thông tin người Nam (chồng):		Năm sinh (tuổi):	1986
Ngày sinh thiết:	Sinh thiết phôi: Ngày 3 ☐ Ngày 5 ☐ Ngày 6 ☒		
Yêu cầu phân tích:	PGT-Sàng lọc lệch bội 24 nhiễm sắc thể		
Lý do yêu cầu phân tích PGT:			
Phương pháp phân tích: ADN tế bào phôi được chuẩn bị và giải trình tự gen bằng công nghệ giải trình tự thế hệ mới NGS của Illumina. Kết quả giải trình tự gen được phân tích bằng phần mềm BlueFuse để xác định lệch bội toàn bộ 24 NST.			

KẾT QUẢ PHÂN TÍCH: PGT P2302952

STT	Mã/Tên mẫu phôi	KẾT LUẬN
1	1G	Phát hiện bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể: -13s (mất đoạn 27,3Mb - nghi ngờ liên quan đến hội chứng, bệnh: HOLOPROSENCEPHALY 5; HPE5 (609637)) +1s (thêm đoạn 19,7Mb - chưa phát hiện hội chứng, bệnh liên quan)
2	2G	Phát hiện bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể: -1s (mất đoạn 19,7Mb - nghi ngờ liên quan đến hội chứng, bệnh: CHROMOSOME 1p36 DELETION SYNDROME (607872)) +13s (thêm đoạn 27,3Mb - chưa phát hiện hội chứng, bệnh liên quan)
3	3G	Phát hiện bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể: -13s (mất đoạn 27,3Mb - nghi ngờ liên quan đến hội chứng, bệnh: HOLOPROSENCEPHALY 5; HPE5 (609637)) +1s (thêm đoạn 19,7Mb - chưa phát hiện hội chứng, bệnh liên quan)
4	4G	Không phát hiện bất thường lệch bội 24 nhiễm sắc thể Không phát hiện bất thường chuyển đoạn cân bằng t(1;13)(p36.1;q32)
5	5G	Không phát hiện bất thường lệch bội 24 nhiễm sắc thể Không phát hiện bất thường chuyển đoạn cân bằng t(1;13)(p36.1;q32)

Ghi chú: Do đây chỉ là xét nghiệm sàng lọc nên vẫn có khả năng dương tính giả và âm tính giả.

Hà Nội, Ngày 11 tháng 06 năm 2025

Trưởng phòng xét nghiệm

Hình 1. Kết quả sàng lọc tiền làm tổ PGT-SR của ca lâm sàng 1
Phôi số 4 và số 5 không phát hiện mang bất thường chuyển đoạn.



Thông tin người Nữ (vợ):		Năm sinh (tuổi):	2000
Thông tin người Nam (chồng):		Năm sinh (tuổi):	1993
Ngày sinh thiết: 08/05/2025	Sinh thiết phôi: Ngày 3 ☐ Ngày 5 ☐ Ngày 6 ☒		
Yêu cầu phân tích:	PGT-Sàng lọc lệch bội 24 nhiễm sắc thể		
Lý do yêu cầu phân tích PGT:			
Phương pháp phân tích: ADN tế bào phôi được chuẩn bị và giải trình tự gen bằng công nghệ giải trình tự thế hệ mới NGS của Illumina. Kết quả giải trình tự gen được phân tích bằng phần mềm BlueFuse để xác định lệch bội toàn bộ 24 NST.			

KẾT QUẢ PHÂN TÍCH: PGT P2304153		
STT	Mã/Tên mẫu phôi	KẾT LUẬN
1	1TR	Phát hiện bất thường lệch bội nhiễm sắc thể: -15
2	2TR	Không phát hiện bất thường lệch bội 24 nhiễm sắc thể Phát hiện bất thường chuyển đoạn cân bằng der(13;15)(q10;q10)
3	3TR	Phát hiện bất thường lệch bội nhiễm sắc thể: +15
4	4TR	Phát hiện khảm bất thường lệch bội nhiễm sắc thể (Tỉ lệ khảm 40%): +13, +15, +16 Không phát hiện bất thường chuyển đoạn cân bằng der(13;15)(q10;q10)
5	5TR	Không phát hiện bất thường lệch bội 24 nhiễm sắc thể Không phát hiện bất thường chuyển đoạn cân bằng der(13;15)(q10;q10)
6	6TR	Không phát hiện bất thường lệch bội 24 nhiễm sắc thể Phát hiện bất thường chuyển đoạn cân bằng der(13;15)(q10;q10)

Ghi chú: Do đây chỉ là xét nghiệm sàng lọc nên vẫn có khả năng dương tính giả và âm tính giả.

Hà Nội, Ngày 23 tháng 05 năm 2025

Trưởng phòng xét nghiệm

Hình 2. Kết quả sàng lọc tiền làm tổ PGT-SR của ca lâm sàng 2

Phôi số 5 không mang bất thường chuyển đoạn.

3 BÀN LUẬN

Trong ca lâm sàng 1, mặc dù người vợ hoàn toàn bình thường về lâm sàng và cận lâm sàng, nhưng tiền sử vô sinh kéo dài ở người chồng gợi ý yếu tố di truyền và được khẳng định bằng chuyển đoạn tương hỗ cân bằng. Ca lâm sàng 2, người vợ còn rất trẻ, dự trữ buồng trứng tốt, các xét nghiệm nội tiết, miễn dịch và tinh dịch đồ của chồng đều bình thường. Tuy nhiên, tiền sử 2 lần lưu thai sớm gợi ý nguyên nhân di truyền và được xác định bằng kết quả nhiễm sắc thể đồ: người bệnh mang chuyển đoạn Robertsonian giữa nhiễm sắc thể 13 và 15. Đây là dạng chuyển đoạn hòa nhập tâm (Robertsonian translocation) thường gặp, chiếm khoảng 0,1% trong quần thể người bình thường và khoảng 1% ở các cặp vợ chồng hiếm muộn.¹

Người mang chuyển đoạn Robertsonian thường có kiểu hình bình thường nhưng quá trình giảm phân dễ hình thành giao tử bất thường, dẫn đến phôi mang lệch bội hoặc bất thường cấu trúc, hậu quả là vô sinh, sảy thai hoặc sinh con dị tật. Một nghiên cứu năm 2024 trên 1034 chu kỳ PGT-SR (4129 phôi nang) cho thấy tỷ lệ phôi bất thường trong nhóm mang chuyển đoạn Robertsonian là 46,06%, cao hơn đáng kể so với nhóm chuyển đoạn tương

hỗ cân bằng (30,11%).² Vì vậy, IVF kết hợp PGT-SR là chiến lược tối ưu, giúp chọn lọc phôi cân bằng để chuyển, từ đó tăng khả năng có thai khỏe mạnh và giảm nguy cơ lưu sảy thai. Nếu chỉ dựa vào PGT-A, nguy cơ bỏ sót phôi bất thường cấu trúc vẫn hiện hữu. PGT-SR với công nghệ NGS cho phép nhận diện chính xác phôi cân bằng, giúp giảm thiểu thất bại làm tổ và lưu sảy thai. Kết quả có thai lâm sàng trong 2 ca này minh chứng hiệu quả của PGT-SR trong điều trị vô sinh do chuyển đoạn, đồng thời khẳng định vai trò không thể thiếu của sàng lọc di truyền trong IVF. Một nghiên cứu của Fiorentino và cộng sự cũng cho thấy PGT-SR giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ thai lâm sàng và giảm sảy thai ở các cặp mang chuyển đoạn.³



PGT-SR với công nghệ NGS cho phép nhận diện chính xác phôi cân bằng, giúp giảm thiểu thất bại làm tổ và lưu thai, sảy thai

4 KẾT LUẬN

PGT-SR đã chứng minh giá trị thiết thực trong thực hành hỗ trợ sinh sản, không chỉ dừng lại ở vai trò sàng lọc di truyền nói chung mà còn đặc biệt hữu ích trong những tình huống lâm sàng phức tạp. Thực tế, các cặp vợ chồng mang chuyển đoạn cân bằng thường có kiểu hình hoàn toàn bình thường, các xét nghiệm nội tiết, miễn dịch, tinh dịch đồ cũng không phát hiện bất thường, cùng với đó phương pháp PGT-A truyền thống thường bỏ sót các bất thường phôi dạng cân bằng, nên dù đã làm sinh thiết sàng lọc di truyền nhưng vẫn có tỉ lệ thai lưu sảy, thất bại chuyển phôi rất cao. Như vậy, bác sĩ lâm sàng thường đứng trước thách thức lớn khi người bệnh liên tục gặp thất bại: vô sinh không rõ nguyên nhân, sảy thai nhiều lần, hoặc lưu thai tái diễn dù điều kiện sức khỏe tổng quát đều trong giới hạn bình thường.

Trong bối cảnh đó, PGT-SR nhận diện chính xác các phôi cân bằng về số lượng và cấu trúc nhiễm sắc thể, qua đó loại trừ được những phôi bất thường vốn là nguyên nhân tiềm ẩn gây thất bại. Hai ca bệnh trong nghiên cứu – một trường hợp vô sinh nguyên phát kéo dài, một trường hợp sảy thai liên tiếp không rõ nguyên nhân – đều chỉ tìm được số lượng phôi bình thường rất hạn chế, nhưng nhờ chọn lọc đúng phôi cân bằng, cả hai đã đạt được thai kỳ tiến triển. Những kết quả này cho thấy PGT-SR đóng vai trò quan trọng trong chiến lược cá thể hóa điều trị, giúp tháo gỡ bế tắc cho những ca “khó” mà các phương pháp thăm dò thông thường hay bỏ sót. Do đó, việc cân nhắc chỉ định PGT-SR ở nhóm người bệnh mang chuyển đoạn là hướng đi cần thiết, góp phần cải thiện kết quả sinh sản và giảm gánh nặng tâm lý, thể chất cho người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Lu W, Zhou J, Rao H, Yuan H, et al. A Retrospective Analysis of Robertsonian Translocations from a Single Center in China. *Reprod Sci*. 2023; 31(3), 851–856. <https://doi.org/10.1007/s43032-023-01398-3>
2. Zhou F, Ren J, Li Y, et al. Preimplantation genetic testing in couples with balanced chromosome rearrangement: a four-year period real world retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2024;24(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06237-6>
3. Fiorentino F, Spizzichino L, Bono S, et al. PGD for reciprocal and Robertsonian translocations using array comparative genomic hybridization. *Hum Reprod*. 2011; 26(7), 1925–1935. <https://doi.org/10.1093/humrep/der082>

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SỬ DỤNG LƯỚI TỔNG HỢP ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC

Kiều Văn Đồng, Nguyễn Bình An, Đỗ Tiến Dũng,
Vũ Mai Phương, Hồ Văn Việt, Trần Văn Hoàng

Khoa Sản, Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Sa sinh dục là một bệnh lý phổ biến, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của phụ nữ. Phẫu thuật nội soi sử dụng lưới tổng hợp đã trở thành một phương pháp điều trị tiên tiến với nhiều ưu điểm. Nghiên cứu này nhằm đánh giá bước đầu tính an toàn và hiệu quả của các kỹ thuật phẫu thuật nội soi điều trị sa sinh dục tại khoa Sản - Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu loạt ca trên 31 người bệnh sa sinh dục độ II-IV được phẫu thuật nội soi sử dụng lưới tổng hợp từ tháng 12/2022 đến tháng 08/2025, với ba kỹ thuật chính là treo tử cung/mỏm cắt vào thành bụng, mỏm nhô và treo vào dải chậu lược. Các dữ liệu về đặc điểm người bệnh, chỉ số phẫu thuật và kết quả hậu phẫu sớm được thu thập và phân tích.

Kết quả: Tuổi trung bình của người bệnh là 56,3. Phần lớn người bệnh đã mãn kinh (77,4%) và có tiền sử sinh ngã âm đạo từ 3 lần trở lên (54,9%). Tỷ lệ sa sinh dục độ III chiếm đa số (83,9%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 135 phút, thời gian nằm viện trung bình 5,6 ngày. Tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu đạt 90%. Tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp (6,4%), chủ yếu là các biến chứng nhẹ và được xử trí hiệu quả.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị sa sinh dục, với việc áp dụng linh hoạt các kỹ thuật treo vào mỏm nhô và treo vào dải chậu lược, thành bụng là phương pháp an toàn, hiệu quả, ít xâm lấn, mang lại kết quả khả quan ban đầu tại Bệnh viện Bưu điện.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, sa sinh dục, treo dải chậu lược, treo mỏm nhô, treo tử cung vào thành bụng.

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to evaluate the initial safety and efficacy of various laparoscopic mesh techniques for treating pelvic organ prolapse (POP), a common condition affecting women's quality of life, at Buu dien Hospital.

Subjects and Methods: This retrospective study analyzed 31 patients with grade II-IV POP who underwent laparoscopic surgery with mesh from December 2022 to August 2025. The primary techniques used were laparoscopic lateral suspension, sacrocolpopexy, and pectopexy.

Results: The anatomical success rate was 90% with a low complication rate of 6.4%, involving only minor, manageable issues. The mean operative time was 135 minutes, and the average hospital stay was 5.6 days. Laparoscopic lateral suspension was the most frequently performed procedure (51.6%).

Conclusion: The flexible application of these laparoscopic techniques for POP is a safe, effective, and minimally invasive method that demonstrates promising initial results at Buu dien Hospital.

Keywords: Pelvic organ prolapse, laparoscopic lateral suspension, pectopexy, sacropexy.



ThS.BS Kiều Văn Đồng - Trưởng khoa Sản Bệnh viện Bưu điện cùng đồng nghiệp thực hiện thành công nhiều kỹ thuật khó trong sản khoa

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sinh dục, hay sa các tạng vùng chậu, là tình trạng các cơ quan như bàng quang, tử cung, trực tràng bị sa xuống do suy yếu hệ thống nâng đỡ sàn chậu. Đây là vấn đề sức khỏe phổ biến, ảnh hưởng đến khoảng 50% phụ nữ trên thế giới.¹ Các yếu tố nguy cơ chính bao gồm sinh đẻ nhiều lần qua ngã âm đạo, tuổi cao, mãn kinh và tăng áp lực ổ bụng mạn tính. Mặc dù không đe dọa tính mạng, sa sinh dục gây ra nhiều triệu chứng khó chịu, làm suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống.^{1,2}

Các phương pháp điều trị bao gồm bảo tồn (cho trường hợp nhẹ) và phẫu thuật (cho trường hợp nặng). Phẫu thuật treo móm cắt vào móm nhô qua đường bụng từ lâu đã được xem là "tiêu chuẩn vàng".³ Gần đây, phẫu thuật nội soi (PTNS) đã kết hợp được tính hiệu quả của đường bụng với ưu điểm của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu: ít đau, mất máu ít, sẹo nhỏ và phục hồi nhanh.

Bên cạnh kỹ thuật treo vào móm nhô kinh điển, các phương pháp cải tiến như PTNS treo vào dải chậu

lực và PTNS treo vào thành bụng bên đã được áp dụng rộng rãi. Cả hai kỹ thuật này đều tránh phẫu tích vào vùng móm nhô xương cùng, qua đó giảm nguy cơ biến chứng nghiêm trọng như chảy máu nặng hay tổn thương thần kinh. Các phương pháp này đặc biệt hữu ích cho người bệnh có chống chỉ định tương đối với kỹ thuật treo móm nhô.^{4,5}

Nhằm nâng cao chất lượng điều trị, khoa Sản - Bệnh viện Bưu điện đã triển khai thường quy cả ba kỹ thuật trên, cho phép lựa chọn phương pháp tối ưu cho từng người bệnh. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá bước đầu về tính an toàn và hiệu quả ngắn hạn của các phương pháp này.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu loạt ca bệnh (retrospective descriptive case series).

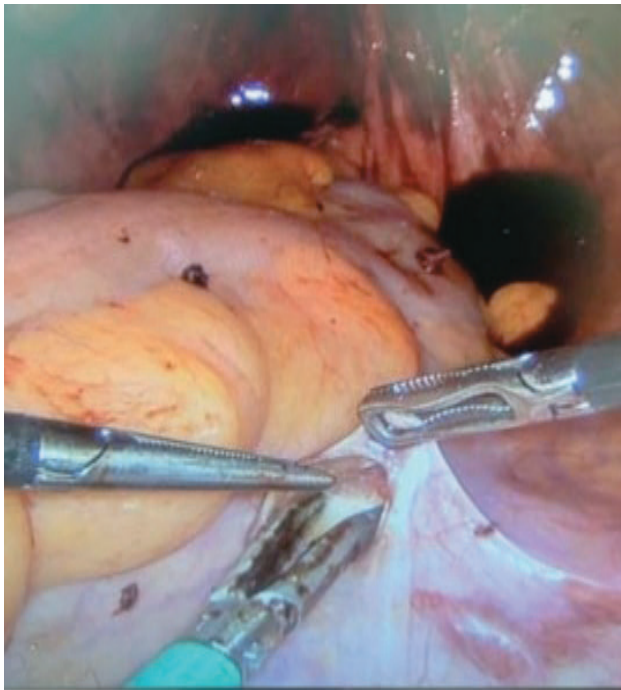
2.2. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của 31 người bệnh được chẩn đoán sa sinh dục có triệu chứng từ độ II đến độ IV, được phẫu thuật nội soi sử dụng lưới tổng hợp tại khoa Sản - Bệnh viện Bưu điện từ tháng 12/2022 đến tháng 08/2025. Các hồ sơ thiếu thông tin cần thiết sẽ bị loại trừ.

2.3. Kỹ thuật phẫu thuật

Tất cả người bệnh được gây mê toàn thân. Tùy thuộc vào giải phẫu và tiền sử người bệnh, một trong ba kỹ thuật sau được lựa chọn:

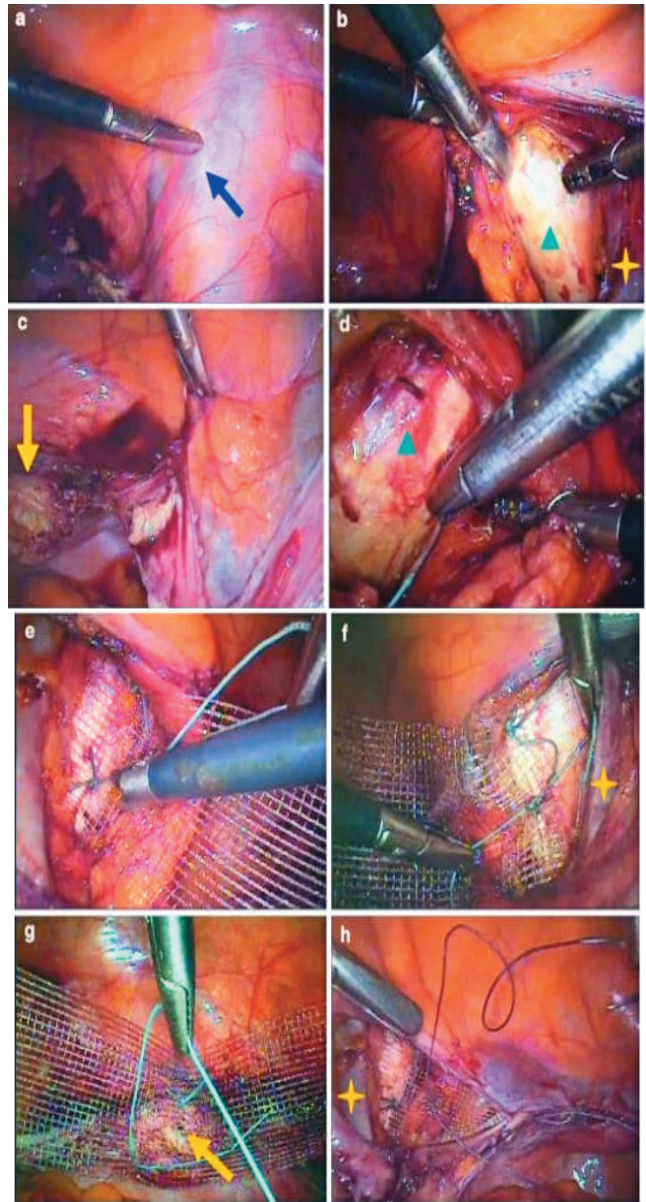
2.3.1. Phẫu thuật nội soi treo vào móm nhô (Laparoscopic Sacrocolpopexy):



Hình 1: Bộc lộ móm nhô trong Laparoscopic Sacrocolpopexy.⁵

Kỹ thuật này được coi là tiêu chuẩn vàng. Các bước chính bao gồm: mở phúc mạc bộc lộ móm nhô xương cùng; phẫu tích giải phóng bàng quang khỏi thành trước âm đạo và trực tràng khỏi thành sau âm đạo; đặt một mảnh ghép tổng hợp hình chữ Y, cố định nhánh sau vào thành sau âm đạo/cổ tử cung và nhánh trước vào thành trước; cuối cùng, cố định thân mảnh ghép vào dây chằng dọc trước của móm nhô (S1-S2) và vùi mảnh ghép dưới phúc mạc.

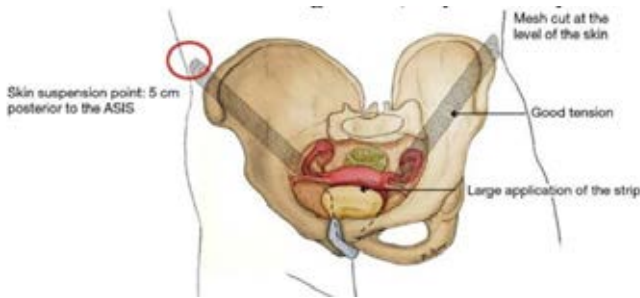
2.3.2. Phẫu thuật nội soi treo vào dải chậu lược (Laparoscopic Pectopexy):



Hình 2: Các bước của phương pháp phẫu thuật nội soi treo vào dải chậu lược.⁴

Đây là kỹ thuật thay thế, không cần phẫu tích vùng móm nhô. Các bước chính bao gồm: phẫu tích giải phóng bàng quang khỏi thành trước âm đạo; bóc tách khoang Retzius để bộc lộ dải chậu lược (dây chằng Cooper) hai bên; đặt một mảnh ghép tổng hợp và cố định một đầu vào thành trước và cổ tử cung, hai nhánh còn lại được cố định vào dải chậu lược hai bên mà không gây căng.

2.3.3. Phẫu thuật nội soi treo vào thành bụng bên (Laparoscopic Lateral Suspension):



Hình 3: Nguyên tắc của kỹ thuật LLS (treo bên nội soi).⁶

Một kỹ thuật thay thế khác. Mảnh ghép được cố định vào cổ tử cung/mỏm cắt, hai nhánh còn lại được đưa ra hai bên và cố định vào cân cơ thành bụng.

2.4. Thu thập và xử lý số liệu

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bao gồm đặc điểm chung của người bệnh, các thông số trong và sau phẫu thuật (thời gian mổ, tai biến, biến chứng, thời gian nằm viện) và kết quả giải phẫu tại thời điểm tái khám 3 tháng.

3 KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, có 31 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn được đưa vào phân tích.

Bảng 1. Đặc điểm nhóm người bệnh nghiên cứu (n=31)

Đặc điểm		Giá trị (Trung bình $\pm$ ĐLC hoặc n (%))
Tuổi (năm)		56,3 $\pm$ 9,9
BMI (kg/m ²)		22,1 $\pm$ 2,8
Số lần sinh ngã âm đạo		2,6 $\pm$ 0,7
- Sinh $\geq$ 3 lần		17 (54,9%)
Tình trạng mãn kinh		24 (77,4%)
Triệu chứng đi kèm	Tiểu không tự chủ	11 (35,4%)
	Són phân	1 (3,2%)
Phân độ sa theo POP-Q		
- Độ II		1 (3,2%)
- Độ III		26 (83,9%)
- Độ IV		4 (12,9%)

Đặc điểm của nhóm người bệnh cho thấy đa số là phụ nữ lớn tuổi, đã mãn kinh, sinh đẻ nhiều lần và nhập viện với tình trạng sa sinh dục ở giai đoạn nặng (độ III và IV chiếm 96,8%), các triệu chứng đi kèm có thể có tiểu không tự chủ (35,4%), són phân (3,2%). Các đặc điểm này tương đồng với các nghiên cứu khác, phản ánh đúng đối tượng thường gặp của bệnh lý này.²

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật (n=31)

Phương pháp treo tử cung/ mỏm cắt	n (%)
Thành bụng	16 (51,6%)
Mỏm nhô	5 (16,1%)
Dải chậu lược	10 (32,3%)

Phương pháp treo tử cung/ mỏm cắt vào thành bụng là kỹ thuật được sử dụng nhiều nhất, chiếm hơn một nửa số ca phẫu thuật (51,6%). Cùng với phương pháp treo vào dải chậu lược (32,3%), hai kỹ thuật này chiếm đến 83,9% tổng số các ca phẫu thuật được thực hiện.

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật và hậu phẫu sớm (n=31)

Chỉ số đánh giá	Giá trị (Trung bình $\pm$ ĐLC hoặc n (%))
Thời gian phẫu thuật (phút)	135 $\pm$ 41,1
Thời gian nằm viện (ngày)	5,6 $\pm$ 1,5
Tai biến trong mổ	0 (0%)
Biến chứng sau mổ (trong 30 ngày)	2 (6,4%)
- Sốt/Nhiễm trùng vết mổ	1 (3,2%)
- Bí tiểu tạm thời	1 (3,2%)
Thành công về giải phẫu (tái khám 3 tháng)	28 (90,3%)

Kết quả phẫu thuật chung cho thấy các chỉ số an toàn và hiệu quả rất khả quan. Thời gian phẫu thuật trung bình 135 phút, thời gian nằm viện ngắn, thể hiện rõ ưu thế của phương pháp xâm lấn tối thiểu. Tỷ lệ tai biến và biến chứng chung thấp (6,4%), không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Đặc biệt, tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu sau 3 tháng đạt trên 90%.

4 BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy PTNS sử dụng lưới tổng hợp điều trị sa sinh dục là an toàn và hiệu quả trong theo dõi ngắn hạn. Đặc điểm người bệnh tương đồng với các báo cáo khác, phản ánh đúng đối tượng thường gặp của bệnh lý này.

Điểm nổi bật là sự áp dụng linh hoạt ba phương pháp phẫu thuật, cho phép cá thể hóa điều trị. Kỹ thuật treo vào thành bụng và treo vào dải chậu lực chiếm đa số (83,9%), phản ánh xu hướng tìm kiếm giải pháp an toàn hơn bằng cách tránh phẫu tích vào vùng mô nhô xương cùng, nơi tiềm ẩn nguy cơ tổn thương mạch máu và thần kinh.

Các chỉ số an toàn và hiệu quả của chúng tôi rất khả quan. Thời gian phẫu thuật 135 phút và thời gian nằm viện 5,6 ngày thể hiện ưu thế của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu. Tính an toàn được khẳng định với tỷ lệ tai biến trong mổ là 0% và biến chứng sớm thấp (6,4%). Tỷ lệ thành công giải phẫu 90,3% sau 3 tháng là một con số thuyết phục.

So sánh với một nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương chỉ tập trung vào kỹ thuật treo mô nhô, kết quả của chúng tôi có thời gian phẫu thuật và nằm viện tương đương. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp tai biến trong mổ hay chuyển mổ mở nào, trong khi nghiên cứu kia có tỷ lệ chuyển mổ mở (5,4%) và tổn thương tạng. Sự khác biệt này có thể phản ánh ưu thế về mặt an toàn của

việc áp dụng linh hoạt các kỹ thuật thay thế như treo thành bụng và dải chậu lực.³

Dù vậy, nghiên cứu vẫn có hạn chế do thiết kế hồi cứu, cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn, chưa thể đánh giá kết quả dài hạn và mức độ cải thiện chất lượng cuộc sống.

5 KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

5.1. Kết luận

Qua đánh giá bước đầu trên 31 trường hợp, việc áp dụng các kỹ thuật phẫu thuật nội soi sử dụng lưới tổng hợp trong điều trị sa sinh dục tại khoa Sản - Bệnh viện Bưu điện đã chứng tỏ là một hướng đi an toàn, khả thi và hiệu quả cao trong ngắn hạn. Việc làm chủ nhiều kỹ thuật cho phép cá thể hóa điều trị, mang lại tỷ lệ thành công về giải phẫu tốt, ít tai biến, biến chứng, đồng thời giúp người bệnh phục hồi nhanh.

5.2. Khuyến nghị

Tiếp tục triển khai và hoàn thiện cả ba kỹ thuật trên để tối ưu hóa lựa chọn điều trị cho người bệnh sa sinh dục. Xây dựng một đề tài nghiên cứu tiến cứu, có nhóm chứng, để so sánh trực tiếp hiệu quả dài hạn, tỷ lệ tái phát và chất lượng cuộc sống giữa ba phương pháp phẫu thuật này. Tích hợp các bộ câu hỏi chuẩn hóa về chất lượng cuộc sống (như PFDI-20, PFIQ-7) vào quy trình theo dõi trước và sau mổ để có cái nhìn toàn diện về hiệu quả điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women, *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(4):CD004014.
2. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2004;291(22):2327-2336.
3. Nguyễn Hòa, Dương Mạnh Huy. Đánh giá kết quả điều trị sa sinh dục bằng phương pháp phẫu thuật nội soi treo tử cung/mô nhô cắt vào mô nhô tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Phụ sản*. 2024;22(4):93-96.
4. Parlar KA, Kanmaz AG, Töz E, et al. Management of a patient with recurrent prolapse after laparoscopic lateral suspension with laparoscopic sacrocolpopexy. *Pelvipерineology*. 2025;44(2):71-74.
5. Banerjee C, Noé GK. Laparoscopic pectopexy: a new technique of prolapse surgery for obese patients. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;284(3):631-635.
6. Dubuisson J, Dubuisson JB. Laparoscopic lateral suspension with mesh for the management of pelvic organ prolapse: an educative video (case report). *Gynecol Pelvic Med*. 2022;5:11.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CHỌC HÚT NƯỚC ỒI XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Trần Thị Thu Huyền, Đinh Thị Thúy Hằng, Nguyễn Phương Tú

Khoa Sản, Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các chỉ định chọc ối, kết quả xét nghiệm di truyền của các thai phụ được chọc hút dịch ối tại Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu chùm ca bệnh trên 13 phụ nữ mang thai được thực hiện chọc ối từ tháng 4/2025 đến tháng 8/2025 tại Bệnh viện Bưu điện. Chọc ối được thực hiện ở tuần thai ≥ 16 và khi phát hiện bất thường hình thái trên siêu âm, sàng lọc huyết thanh mẹ dương tính.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của các bà mẹ là $33,92 \pm 7,1$ (27–43) tuổi; tuổi thai trung bình tại thời điểm chọc ối là $17,1 \pm 1,6$ tuần (16 tuần 5 ngày – 17 tuần 5 ngày). Các chỉ định bao gồm: 38,46% bất thường hình thái thai nhi, 38,46% sàng lọc huyết thanh mẹ dương tính, 23,08% chuyển phôi bất thường, 0% mang gen thalassemia, 0% mẹ >35 tuổi. Tất cả mẫu nước ối có màu vàng trong, không ghi nhận biến chứng. Bất thường di truyền được phát hiện ở 6/13 thai nhi (46,2%): 33,3% bất thường số lượng nhiễm sắc thể, 66,6% bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể.

Kết luận: Bất thường hình thái thai nhi và sàng lọc huyết thanh mẹ dương tính là các chỉ định chính cho chọc ối, tiếp theo là chuyển phôi bất thường. Không có chỉ định liên quan đến gen thalassemia. Tỷ lệ cao các bất thường di truyền nhấn mạnh giá trị của chọc ối trong chẩn đoán trước sinh.

Từ khóa: Bất thường hình thái, chẩn đoán trước sinh, chọc ối, nhiễm sắc thể, thai phụ.

ABSTRACT

Objectives: To detail the clinical indications and genetic findings of amniocentesis carried out at Buu dien Hospital.

Subjects and Methods: This report is based on a cross-sectional sample of 13 pregnant women who received amniocentesis over four months (April–August 2025) at Buu dien Hospital. Amniocentesis was indicated from the 16th week of gestation for women with ultrasound-detected morphological abnormalities or positive maternal serum screening results.

Results: Mean maternal age was 33.92 ± 7.1 (27–43) years; mean gestational age was 17.1 ± 1.6 (16w5d–17w5d) weeks. Indications: 38.46% morphological fetal abnormalities, 38.46% positive maternal serum screening, 23.08% abnormal embryo transfer, 0% thalassemia gene carriers, 0% maternal age >35 years. All amniotic fluid samples were clear yellow, with no complications. Genetic abnormalities were found in 6/13 fetuses (46.2%): 33.3% numerical chromosomal abnormalities, 66.6% structural chromosomal abnormalities.

Conclusion: The leading indications for amniocentesis were fetal morphological abnormalities and positive maternal serum screening, with abnormal embryo transfer as the next most frequent. No thalassemia-related indications were identified. The relatively high proportion of genetic abnormalities highlights the diagnostic value of amniocentesis in prenatal care.

Keywords: Morphological abnormalities, prenatal diagnosis, chromosomes, amniocentesis, pregnant women.



❏ Ê-kíp bác sĩ khoa Sản Bệnh viện Bưu điện thực hiện kỹ thuật chọc hút dịch ối cho thai phụ có chỉ định

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chọc ối đã được áp dụng từ những năm 1970 và nhanh chóng chứng minh là một biện pháp an toàn, có giá trị trong phát hiện các bất thường về số lượng cũng như cấu trúc nhiễm sắc thể.^{1,2}

Tại Việt Nam, chọc ối trong chẩn đoán trước sinh bắt đầu được triển khai từ đầu thập niên 2000. Kết quả nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận tỷ lệ phát hiện bất thường nhiễm sắc thể dao động từ khoảng 5% đến trên 15%, tùy thuộc đặc điểm mẫu nghiên cứu và tiêu chí chỉ định.³

Trong bối cảnh kỹ thuật chọc ối mới được đưa vào triển khai tại Bệnh viện Bưu điện từ tháng 4/2025, với mong muốn đánh giá các kết quả thu được trong thời gian đầu triển khai dịch vụ kỹ thuật, và từ đó có những bài học

kinh nghiệm góp phần nâng cao hơn nữa dịch vụ chẩn đoán trước sinh tại đơn vị. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: “Mô tả các chỉ định chọc ối, kết quả xét nghiệm di truyền của các thai phụ được chọc hút dịch ối tại Bệnh viện Bưu điện”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 13 thai phụ có chỉ định chọc hút dịch ối tại Bệnh viện Bưu điện trong giai đoạn từ tháng 4 đến tháng 8 năm 2025.

Chỉ định chọc ối bao gồm: Phát hiện bất thường hình thái thai qua siêu âm, thai phụ trên 35 tuổi, kết quả sàng lọc huyết thanh mẹ dương tính hoặc xét nghiệm NIPT cho thấy nguy cơ cao, thai có độ mờ da gáy (KSSG) > 2,5 mm, cả hai vợ chồng đều mang gen dị hợp tử SEA.

Thời điểm thực hiện: Chọc ối được tiến hành từ 16 tuần 0 ngày đến 21 tuần 6 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu chùm ca bệnh

2.3. Các biến số và chỉ số nghiên cứu.

- **Tuổi thai phụ:** ghi nhận tuổi trung bình và phân thành hai nhóm: ≤ 35 tuổi và > 35 tuổi.
- **Tuổi thai nhi:** tính tuổi thai trung bình, chia thành hai nhóm: 16 tuần 0 ngày – 19 tuần 6 ngày và 20 tuần 0 ngày – 21 tuần 6 ngày.
- **Kết quả siêu âm hình thái thai nhi:**
 - + Đánh giá số lượng bất thường: một dị tật (đơn dị tật) hoặc từ hai dị tật trở lên (đa dị tật).
 - + Phân loại theo vị trí giải phẫu: đầu mặt cổ, ngực, bụng, chi, hoặc phối hợp nhiều bất thường.
- **Kết quả sàng lọc huyết thanh của mẹ:** Phân thành nhóm có nguy cơ và không có nguy cơ
- **Kết quả xét nghiệm di truyền :** Bình thường và bất thường (thể đa bội, hội chứng (HC) Down, HC Edwards, HC Turner, HC Klinefelter, bất thường cấu trúc NST, thể khảm)

2.4. Các tiêu chuẩn chẩn đoán trong nghiên cứu

- **Đánh giá bất thường hình thái thai khi siêu âm có bất thường:** Đầu mặt cổ, ngực, bụng, chi
- **Đánh giá kết quả di truyền bằng các phương pháp xét nghiệm:** Karyotype, CNV-seq (CNVSure), G4500, Microarray, WES (Whole Exome Sequencing), TriSure Carrier. Các mẫu được bảo quản và chuyển đến Công ty Gensolution và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội để xét nghiệm. Kết quả phân tích NST được trình bày theo tiêu chuẩn quốc tế ISCN 2016. Dữ liệu nghiên cứu được thu thập từ bệnh án và xử lý bằng các phương pháp thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi thai phụ và tuổi thai

Nguy cơ xuất hiện hội chứng Down có xu hướng tăng theo tuổi mẹ. Phần lớn các nước sử dụng mốc 35 tuổi, trong khi một số quốc gia châu Âu chọn ngưỡng muộn hơn, ở mức 38 tuổi⁴.

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của 13 thai phụ là $33,9 \pm 7,1$ năm (27–43 tuổi). Khi phân nhóm, tỷ lệ sản phụ ≤ 35 tuổi là 53,8%, trong khi nhóm > 35 tuổi chiếm 46,2%. Tuổi thai trung bình tại thời điểm chọc ối là $17,1 \pm 1,6$ tuần (dao động 16–18 tuần). Kết quả này được trình bày chi tiết tại Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm tuổi thai phụ và tuổi thai khi thực hiện chọc ối

Tuổi thai phụ	Số lượng	Phần trăm	Tuổi trung bình: 33,92±7,1 (27-43)	Tuổi thai	Số lượng	Phần trăm	Tuổi thai trung bình: 17,1±1,6 (16w5d -17w5d)
≤ 35 tuổi	7	53,8%		16w0d-19w6d	13	100%	
>35 tuổi	6	46,2%		20w -21w6d	0	0%	

3.2. Các chỉ định chọc hút dịch ối

Bảng 2. Các chỉ định chọc hút dịch ối và bất thường hình thái trên siêu âm

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ%	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ%
Thai bất thường hình thái	5	38,46	Các bất thường (n=5)		
Sàng lọc huyết thanh mẹ dương tính	5	38,46	Bất thường đầu mặt cổ	5	100
Vợ+chồng mang gen Alpha thalasemia	0	0	Bất thường ngực	0	0
Chuyển phôi bất thường	3	23,08	Bất thường bụng	0	0
Mẹ >35 tuổi	0	0	Bất thường chi	0	0
			Mức độ dị tật, bất thường (n=21)		
			Đơn dị tật	1	20,0
			Đa dị tật	4	80,0

3.3. Kết quả xét nghiệm di truyền của thai

Chúng tôi đã tiến hành tư vấn và thực hiện các xét nghiệm karyotype, CNV, G4500, Microarray, WES, Trisure carrier với các thai phụ được chỉ định và đồng ý thực hiện 1- 3 loại xét nghiệm, kết quả được thể hiện ở Bảng 3.

Bảng 3. Các chỉ định xét nghiệm phát hiện bất thường và kết quả nhiễm sắc thể của thai

Đặc điểm	Chỉ định		Kết quả bất thường di truyền		Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ%
	Số lượng	%	Số lượng	%			
Karyotype	13/13	100	2/13	15,38	Bình thường	7	53,8
CNV	5/13	38,46	4/5	80,0	Bất thường	6	46,2
G4500	3/13	23,08	2/3	66,67	Bất thường số lượng NST	2	33,3
WES	2/13	15,38	2/2	100	HC Down	0	0
Array	3/13	23,08	0/3	0	HC Edwards	0	0
					HC Turner	0	0
					HC Klinefelter	0	0
					Bất thường cấu trúc	4	66,6
					Bất thường gen SEA	0	0

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi thai phụ và tuổi thai

Kết quả Bảng 1 có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hào (2022) tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, nơi tuổi mẹ trung bình là $31,3 \pm 6,7$ (21–43 tuổi) và nhóm ≥ 35 tuổi chiếm 35,23.⁵ Sự chênh lệch có thể

liên quan đến đặc điểm đối tượng, bởi tại Bệnh viện Bưu điện nhiều trường hợp là thai kỳ nhờ hỗ trợ sinh sản, nên tuổi mẹ thường cao hơn. Ngoài ra, toàn bộ các ca chọc ối trong nghiên cứu đều được tiến hành ở tuổi thai 16–18 tuần, phù hợp với khuyến cáo thực hành, và không ghi nhận bất kỳ biến chứng nào sau thủ thuật.

4.2. Các chỉ định chọc hút dịch ối

Kết quả tại Bảng 2 cho thấy thai bất thường hình thái chiếm tỷ lệ 38,46%, sàng lọc huyết thanh mẹ dương tính có tỷ lệ tương đương với bất thường hình thái 38,46%, không có chỉ định nào vì vợ/chồng có gen thalasemia hay thai phụ >35 tuổi. Bất thường hình thái trên siêu âm 100% là bất thường đầu mặt cổ. Trong đó có 20,0% trường hợp bất thường đơn dị tật và 80,0% đa dị tật. Tác giả Trần Danh Cường và cộng sự, 2023, nghiên cứu cho thấy trisomy 21 có tỷ lệ tăng khoảng sáng sau gáy 35,1%, dày da gáy 29,7%, bất thường xương sống mủi 31,1%, bất thường hệ tim mạch 25,7%,... Trisomy 18 có tỷ lệ hộp sọ hình quả dâu 33,3%, nang đám rối mạch mạc 70,8%, bất thường tư thế chi trên 83,3%, bất thường tim 91,7%, thoát vị rốn 12,5%. Trisomy 13 có tỷ lệ khe hở môi, vòm hàm 60%, bất thường hệ tim mạch 40%, thoát vị rốn 40%. Nhóm đồng hợp tử gen alpha thalassemia có các đặc điểm tim giãn 100%, tràn dịch màng tim 66,6%, bánh rau dày 46,7%.⁶

4.3. Kết quả xét nghiệm di truyền của thai

Kết quả ở Bảng 3 cho thấy 100% các trường hợp được chỉ định làm kỹ thuật Karyotype kết hợp thêm một phương pháp khác. Trong đó, CNV được thực hiện nhiều nhất với 38,8%, Xét nghiệm G4500 và Microarray chỉ định ít hơn với tỉ lệ tương đương nhau là 23,08%. Chỉ định WSE thấp nhất chiếm tỷ lệ 15,38%. Các phát hiện bất thường nhiễm sắc thể/gen ở mỗi loại chỉ định lần lượt là 15,38%, 80,0%, 66,67%, 100% và 0%.

Tỷ lệ thai bất thường di truyền trong nghiên cứu của chúng tôi cao chiếm 46,2%. Trong đó bất thường gặp nhiều nhất là bất thường cấu trúc NST chiếm 66,6%. Bất thường số lượng NST chiếm 33,3%. Cao hơn báo cáo của tác giả Nguyễn Trí Tọa, với tổng số 250 thai phụ thực hiện chọc ối xét nghiệm Karyotype cho kết quả có 42 thai bất thường NST chiếm 16,8%.³

Trước sự phát triển mạnh mẽ trên thế giới cũng như trong nước về lĩnh vực chẩn đoán trước sinh- can thiệp bào thai, Bệnh viện Bưu điện đã triển khai kỹ thuật này nhằm mục đích bắt kịp xu hướng phát triển và đóng góp một phần cho sự phát triển y học nước nhà. Trong hơn 4 tháng từ ngày đầu thành lập, chúng tôi – Đơn vị chẩn đoán trước sinh, đã thực hiện an toàn, thanh công 13 trường hợp chọc ối và đã đạt kết quả tốt, chính xác trong chẩn đoán trước sinh. Đây là bước tiền đề khả quan cùng với chẩn đoán hình thái thai nhi để đơn vị chúng tôi sẽ tiếp tục duy trì và phát triển hơn nữa và nâng cao hiệu quả trong công tác sàng lọc trước sinh của Bệnh viện.

5. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu tiến hành trên 13 thai phụ tại Bệnh viện Bưu điện (từ tháng 4 đến tháng 8/2025), nguyên nhân chính dẫn đến chỉ định chọc hút dịch ối là bất thường hình thái thai và kết quả sàng lọc huyết thanh mẹ dương tính, với tỷ lệ ngang nhau là 38,46%. Ngoài ra, có 23,08% trường hợp được chỉ định do chuyển phôi bất thường.

Tài liệu tham khảo

1. Norwitz ER, Levy B. Noninvasive prenatal testing: the future is now. *Rev Obstet Gynecol*. 2013;6:48-62.
2. Jindal A, Sharma M, Kareena ZV, Chaudhary C. *Amniocentesis*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
3. Nguyễn Trí Tọa, Nguyễn Thị Hồng, Nguyễn Thị Ngọc Hà, và cộng sự. Yếu tố liên quan đến bất thường nhiễm sắc thể đồ ở những thai phụ được chọc hút nước ối tại Bệnh viện A Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 531;2:314-317
4. Hoàng Thị Ngọc Lan, Nguyễn Đình Bắc, Phạm Lê Sĩ Cường và cộng sự. Đánh giá giá trị của các test sàng lọc trước sinh trong ba tháng đầu thai kỳ để phát hiện thai hội chứng Down. *Tạp chí Phụ sản*. 2017;15(2):12-17.
5. Nguyễn Thị Hào, Tăng Xuân Hải, Nguyễn Xuân Chung, và cộng sự. Chẩn đoán trước sinh phát hiện bất thường nhiễm sắc thể bằng kỹ thuật CNV-seq tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. *Tạp chí Phụ sản*. 2022;20(3):26-31
6. Trần Danh Cường, Trần Thùy Linh, Nguyễn Thị Thùy Dương và cộng sự. Nghiên cứu đặc điểm siêu âm của các thai nhi có bất thường di truyền dựa trên kết quả xét nghiệm dịch ối tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh, Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2022-2023. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2023;33(4):44-52.

MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG NGOÀI TỦY VỊ TRÍ HÀNH NÃO C1-C2 BÁO CÁO NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Nguyễn Hoàng Giang, Đặng Ngọc Tuyền, Lý Huy Sơn

Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Bưu điện



TÓM TẮT

Bối cảnh: Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy là bệnh lý hiếm gặp, có thể gây di chứng thần kinh nặng nề và tỉ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Báo cáo trường hợp: Trong báo cáo này chúng tôi trình bày một trường hợp người bệnh nam 18 tuổi vào viện vì tai nạn giao thông xe máy tự ngã vào viện với chẩn đoán chấn thương sọ não: Chảy máu màng mềm với biểu hiện vào viện đau đầu nhiều đến ngày thứ 3 người bệnh xuất hiện đau đầu tăng kèm hội chứng màng não khám phát hiện người bệnh yếu tứ chi cơ lực 3/5. Cộng hưởng từ cột sống cổ trong ống sống ngang mức đốt sống C2, có ổ tụ máu KT~35x24mm, tăng nhẹ tín hiệu trên T1W, T2W, giảm tín hiệu trên T2* dạng chảy máu. Khối máu tụ chèn ép tủy cổ ngang mức đốt sống C1, C2 trên đoạn dài ~28mm. Phù tủy cổ ngang mức đốt sống C1-C2. Người bệnh được phẫu thuật mở xương chẩm, cắt cung sau C1, mở bao lấy máu tụ, cầm máu và giải phóng chèn ép thần kinh.

Kết quả: Sau can thiệp phẫu thuật kịp thời, người bệnh phục hồi tốt, triệu chứng thần kinh cải thiện rõ rệt.

Kết luận: Việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy đóng vai trò quan trọng giúp hạn chế di chứng thần kinh và cải thiện tiên lượng người bệnh.

Từ khóa: Chèn ép tủy, máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy.

ABSTRACT

Background: Extradural spinal subdural hematoma is a rare condition that may cause severe neurological sequelae and even death if not promptly diagnosed and treated.

Case presentation: We report the case of an 18-year-old male admitted after a motorcycle accident with an initial diagnosis of traumatic brain injury and subarachnoid hemorrhage. On the third day, he developed worsening headache, meningeal signs, and quadriplegia (muscle strength 3/5). Cervical spine MRI revealed a hematoma within the spinal canal extending from the clivus to the C2 vertebral level, measuring approximately 35 × 24 mm, compressing the cervical spinal cord and causing cord edema at C1–C2. The patient underwent suboccipital craniectomy, C1 laminectomy, dural opening, and hematoma evacuation with successful neural decompression.

Outcome: With timely diagnosis and surgical intervention, the patient made a full recovery postoperatively.

Conclusion: Spinal extradural subdural hematoma is an uncommon but potentially life-threatening entity. Early recognition and prompt decompressive surgery are essential for achieving favorable outcomes.

Keywords: Extradural spinal subdural hematoma, spinal cord compression.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

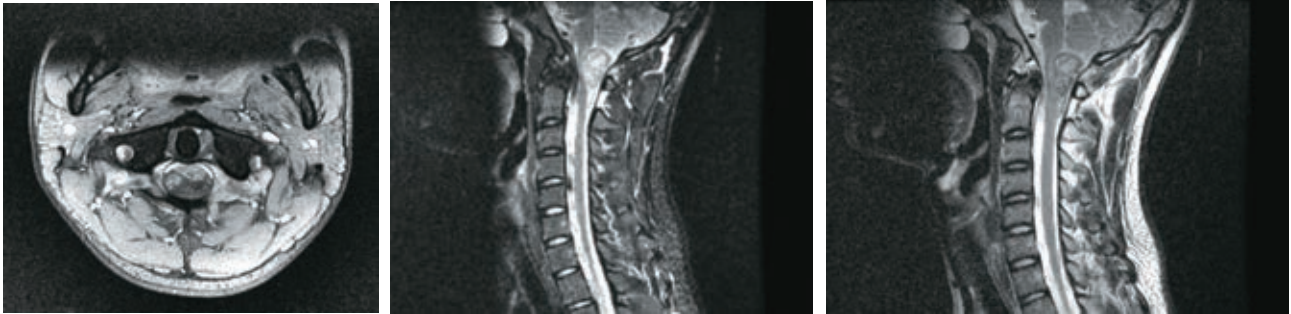
Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy là một tình trạng hiếm gặp.¹ Nguyên nhân của máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy có thể do chấn thương, chọc dịch não tủy thất lưng hoặc sau phẫu thuật cột sống có mở ống sống. Tổn thương máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy có thể do việc tổn thương mạch máu trong khoang dưới nhện hoặc dưới màng cứng. Phần lớn các tổn thương được gợi ý từ nguồn chảy máu từ các mạch dưới nhện đồng thời bị vỡ vào khoang dưới màng cứng sau khi tăng áp lực ở trong ổ bụng hoặc trong lồng ngực, một số tác giả lại cho rằng nguồn chảy máu bắt đầu từ chính khoang dưới màng cứng.^{2,3} Tỷ lệ mắc bệnh gần như tương đồng giữa nam và nữ.⁴ Lâm sàng của máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy khá đa dạng bởi các triệu chứng phụ thuộc vào vị trí của khối máu tụ. Phương pháp điều trị bao gồm: phẫu thuật giải ép hoặc điều trị bảo tồn. Phẫu thuật được chỉ định trong những trường hợp khiếm khuyết thần kinh mức độ nặng hoặc tiến triển. Vì sự hiếm gặp cũng như lâm sàng thay đổi nên người bệnh được chẩn đoán và điều trị khá là muộn. Chính vì vậy mà các báo cáo trước đều nhất trí cho rằng bệnh lý này cần được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời để tránh những tổn thương thần kinh vĩnh viễn sau này. Tuy nhiên vị trí hành não, C1C2 khá hiếm gặp trên lâm sàng. Nên nhóm nghiên cứu chúng tôi tìm kiếm tài liệu

cùng đồng thời thông báo ca lâm sàng này để góp phần hoàn thiện thêm một phần về lâm sàng, chẩn đoán và điều trị bệnh lý này.

2 BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

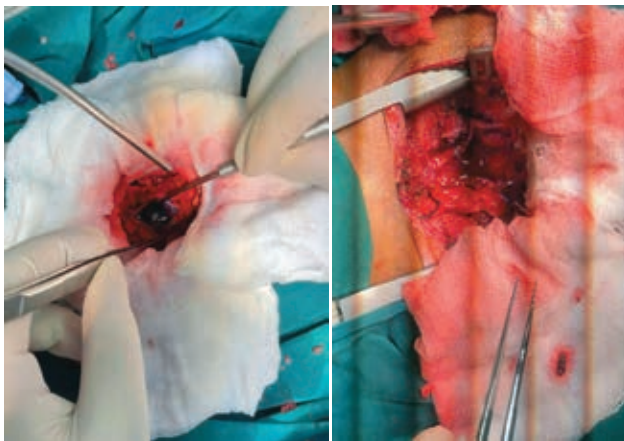
2.1. Quá trình bệnh lý

Người bệnh nam 18 tuổi vào viện vì tai nạn giao thông xe máy tự ngã. Sau tai nạn người bệnh tỉnh đầu đau nhiều vào viện sau 2h được chụp CT sọ não kiểm tra thấy hình ảnh chảy máu màng mềm các rãnh cuộn não vùng trán. Được chẩn đoán chấn thương sọ não chảy máu màng mềm và được điều trị nội khoa. Đến ngày thứ 3 người bệnh xuất hiện đau đầu nhiều hơn khám phát hiện hội chứng màng não, người bệnh được chỉ định chụp lại CT sọ não không thấy tổn thương nội sọ. Sau 2h người bệnh xuất hiện yếu tứ chi, khám cơ lực 3/5 kèm phản xạ gân xương tăng. Người bệnh được chỉ định chụp MRI cột sống cổ phát hiện trong ống sống ngang mức đốt nền ở phía trước, nền xương chẩm phía sau lan xuống ngang mức đốt sống cổ C2 có ổ tụ máu KT~35x24mm, tăng nhẹ tín hiệu trên T1W, T2W, giảm tín hiệu trên T2* dạng chảy máu. Khối máu tụ chèn ép tủy cổ ngang mức gây phù tủy cổ ngang mức đốt sống C1, C2 trên đoạn dài ~28mm. Phù tủy cổ ngang mức đốt sống C1-C2. Người bệnh được hội chẩn vào quyết định phẫu thuật ngay sau đó.

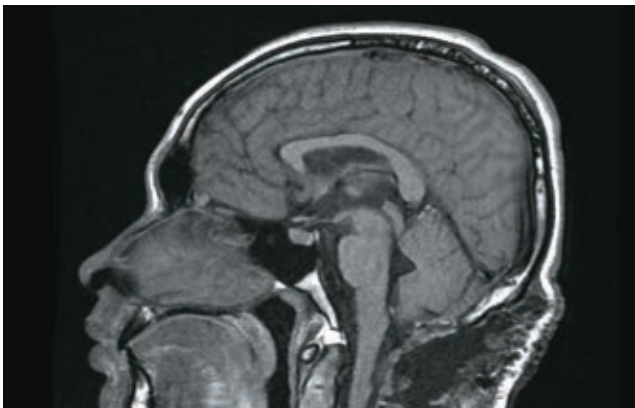


Hình 1. Hình ảnh cộng hưởng từ cột sống cổ trước mổ của người bệnh

2.2. Phẫu thuật và kết quả



Hình 2. Hình ảnh khối máu tụ dưới màng cứng trong mổ và sau khi lấy hết máu tụ



Hình 3. Hình ảnh cộng hưởng từ sau phẫu thuật ngày thứ 3

Người bệnh được phẫu thuật mở xương chẩm, cắt cung sau C1. Sau khi mở màng cứng kiểm tra thấy tổn thương là khối máu tụ đặc đóng bánh chèn ép hành não và tủy cổ ngang mức C1C2. Chúng tôi tiến hành lấy khối máu tụ và không tìm thấy điểm chảy máu. Tiến hành bơm rửa sạch bằng nước muối sinh lý không thấy điểm chảy máu mới. Sau đó chúng tôi tiến hành tạo hình màng cứng

vùng cổ chẩm bằng cân cơ. Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu. Người bệnh được ra viện sau 10 ngày, cơ lực 2 chân 5/5, cơ lực 2 tay 4/5. Tái khám sau 4 tuần người bệnh cơ lực 4 chi 5/5 cải thiện hoàn toàn triệu chứng.

3 BÀN LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy là bệnh lý hiếm gặp, vì thế có rất ít các báo cáo đề cập đến vấn đề này. Nguyên nhân của máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy có thể do các nguyên nhân: chấn thương, sau phẫu thuật cột sống có mở ống sống, các can thiệp chọc dẫn lưu dịch não tủy thất lưng hoặc do các nguyên nhân không do chấn thương như: các bệnh lý gây rối loạn đông cầm máu (Leucemia, Hemophilia, xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn....), các bất thường về mạch máu trong ống sống hoặc trên một số người bệnh có điều trị các thuốc chống đông.⁵ Trường hợp người bệnh của chúng tôi nguyên nhân là do chấn thương, với cơ chế gián tiếp đầu di động trong bệnh lý chấn thương sọ não có kèm theo.

Cơ chế bệnh sinh của máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy còn chưa rõ ràng. Không giống với sọ não nguyên nhân máu tụ dưới màng cứng thường là do đứt các tĩnh mạch cầu gây ra còn với tủy sống thì không có nhiều mạch máu này. Một số tác giả cho rằng nguyên nhân của máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy là do vỡ các mạch máu nhỏ nằm ngoài màng nhện dọc ống sống. Một số khác cho rằng vỡ mạch máu nhỏ trong khoang dưới nhện khi có sự thay đổi áp suất đột ngột ở lồng ngực và ổ bụng, khi khối máu tụ đủ lớn có thể vỡ vào khoang dưới nhện.³

Trường hợp người bệnh của chúng tôi có biểu hiện lâm sàng phù hợp với các nghiên cứu trước đó với triệu chứng đau cột sống tại vùng tổn thương kèm theo

triệu chứng chèn ép thần kinh. Phù hợp với nghiên cứu của Domenicucci và cộng sự báo cáo các triệu chứng thường gặp là : yếu vận động 57%, đau cột sống 45%.⁴ Tùy vào vị trí và mức độ khối máu tụ mà biểu hiện triệu chứng với các mức độ khác nhau.^{4 5}

Chẩn đoán hình ảnh: cộng hưởng từ (MRI) là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy cũng như kế hoạch điều trị phẫu thuật. Đặc điểm trên cộng hưởng từ: Chảy máu tối cấp có đặc điểm đồng/ giảm tín hiệu trên xung T1W và tăng tín hiệu trên xung T2W. Chảy máu cấp tính có đặc điểm đồng/ giảm tín hiệu trên xung T1W và giảm tín hiệu trên xung T2W. Chảy máu bán cấp với hình ảnh tăng tín hiệu trên xung T1W và giảm tín hiệu trên xung T2W. Chảy máu mạn tính với hình ảnh giảm tín hiệu trên cả xung T1W lẫn T2W.⁶ Ca lâm sàng của chúng tôi tăng nhẹ tín hiệu trên cả T1W và T2W phù hợp với chảy máu cấp tính.

Điều trị phẫu thuật trong trường hợp máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy chưa có hướng dẫn cụ thể. Nhưng theo một số tác giả đã báo cáo thì điều trị bảo tồn được đưa ra khi không có triệu chứng thần kinh hoặc triệu chứng thần kinh nhẹ. Các trường hợp có dấu hiệu chèn ép thần kinh cấp tính, tổn thương tiến triển, hoặc khối máu tụ tăng lên thì cần điều trị phẫu thuật.⁵

Trong các báo cáo trước đây có nhận định rằng phẫu thuật trong trường hợp người bệnh liệt không hoàn toàn có kết quả phẫu thuật tốt hơn so với các trường hợp phẫu thuật khi người bệnh liệt hoàn toàn. Người bệnh của chúng tôi liệt không hoàn toàn nên chúng tôi



❑ Cộng hưởng từ (MRI) là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy cũng như kế hoạch điều trị phẫu thuật

lựa chọn phương án phẫu thuật, giúp cho người bệnh phục hồi hoàn toàn sau 4 tuần.

4 KẾT LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy là một bệnh lý hiếm gặp, nguyên nhân thường gặp liên quan đến chấn thương hoặc trong trường hợp rối loạn đông cầm máu, với biểu hiện thường gặp là đau cột sống kèm theo sự thiếu hụt về thần kinh. Cộng hưởng từ giúp chẩn đoán chính xác cũng như giúp theo dõi và điều trị kịp thời. Phẫu thuật là phương án điều trị được đặt ra khi có sự khuyết thiếu thần kinh, hoặc điều trị nội khoa thất bại tình trạng lâm sàng nặng lên. Kết quả hồi phục sau phẫu thuật phụ thuộc vào tình trạng tổn thương trước mổ.

Tài liệu tham khảo

1. Pereira BJA, De Almeida AN, Muio VMF, et al. Predictors of Outcome in Nontraumatic Spontaneous Acute Spinal Subdural Hematoma: Case Report and Literature Review. *World Neurosurg.* 2016;89:574-577.
2. Kakitsubata Y, Theodorou SJ, Theodorou DJ, et al. Spontaneous spinal subarachnoid hemorrhage associated with subdural hematoma at different spinal levels. *Emerg Radiol.* 2010;17(1):69.
3. Rader JP. Chronic subdural hematoma of the spinal cord: report of a case. *N Engl J Med.* 1955;253(9):374-376.
4. Domenicucci M, Ramieri A, Ciappetta P, et al. Nontraumatic acute spinal subdural hematoma: report of five cases and review of the literature. *J Neurosurg.* 1999;91(1):65-73.
5. Rettenmaier LA, Holland MT, Abel TJ. Acute, Nontraumatic Spontaneous Spinal Subdural Hematoma: A Case Report and Systematic Review of the Literature. *Case Rep Neurol Med.* 2017;1-12.
6. Manish K K, Chandrakant SK, Abhay M N. Spinal Subdural Haematoma. *J Orthop Case Rep.* 2015;5(2):72-74.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI CỘT SỐNG HAI CỔNG LẤY NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Nguyễn Hoàng Giang, Đặng Ngọc Tuyến, Trịnh Xuân Khánh

Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi cột sống hai cổng trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc trên 27 người bệnh được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm thắt lưng, phẫu thuật nội soi cột sống hai cổng từ tháng 02 đến tháng 8 năm 2025. Các chỉ số được đánh giá gồm: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian nằm viện, biến chứng, mức độ giảm đau theo thang VAS và cải thiện chức năng theo ODI, mRS.

Kết quả: Tuổi trung bình 43 ± 5 , nam/nữ: 3,5/1. Thời gian phẫu thuật trung bình 90 phút, máu mất 100 mL, thời gian nằm viện 3 ngày. Điểm VAS giảm từ 8-9 trước mổ xuống 2-3 sau mổ 1 tháng. ODI cải thiện trung bình 15 điểm. Tỷ lệ biến chứng thấp, không có trường hợp tổn thương thần kinh nặng.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cột sống hai cổng lấy nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng bước đầu cho kết quả khả quan: giảm đau, cải thiện chức năng, an toàn và ít biến chứng. Đây là phương pháp hứa hẹn cần tiếp tục nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi lâu dài.

Từ khóa: Hai cổng, phẫu thuật nội soi cột sống, thoát vị đĩa đệm thắt lưng.

ABSTRACT

Objectives: To report the preliminary clinical outcomes of biportal endoscopic spine surgery for lumbar disc herniation performed at Buu dien Hospital.

Subjects and Methods: A retrospective cross-sectional analysis was conducted on 27 patients diagnosed with lumbar disc herniation who underwent biportal endoscopic spine surgery between February and August 2025. Outcome measures included operative time, intraoperative blood loss, length of hospital stay, perioperative complications, pain relief assessed by the Visual Analog Scale (VAS), and functional recovery evaluated using the Oswestry Disability Index (ODI) and modified Rankin Scale (mRS).

Results: The mean patient age was 43 ± 5 years, with a male-to-female ratio of 3.5:1. The mean operative duration was 90 minutes, the mean blood loss was 100 mL, and the mean hospitalization was 3 days. VAS scores decreased from 8–9 preoperatively to 2–3 at 1 month postoperatively. The mean ODI improvement was 15 points. The complication rate was low, and no severe neurological deficits were observed.

Conclusion: Biportal endoscopic spine surgery for lumbar disc herniation demonstrated favorable early outcomes, including significant pain reduction, functional improvement, safety, and a low complication rate. Further studies with larger cohorts and long-term follow-up are warranted to validate these findings.

Keywords: *Biportal, endoscopic spine surgery, lumbar disc herniation.*

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được xem là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây đau thắt lưng (LBP) và đau thần kinh tọa, hai tình trạng làm giảm rõ rệt chất lượng cuộc sống cũng như hiệu suất lao động của người bệnh. Tỷ lệ mắc thoát vị đĩa đệm thắt lưng ở người trưởng thành, đặc biệt trong nhóm tuổi lao động, được ước tính dao động từ 1% đến 3%.¹ Tình trạng này thường biểu hiện dưới dạng đau rễ thần kinh, chủ yếu do thoát vị đĩa đệm chèn ép rễ thần kinh, được xác định là nguyên nhân phổ biến của bệnh lý rễ thần kinh thắt lưng.²

Các lựa chọn điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng và bệnh lý rễ thần kinh rất đa dạng, bao gồm các biện pháp bảo tồn đến can thiệp phẫu thuật xâm lấn. Những hướng dẫn dựa trên bằng chứng đã được xây dựng nhằm tối ưu hóa trong điều trị những bệnh lý cột sống này, đồng thời nhấn mạnh vai trò của các phương pháp điều trị tới trực tiếp tổn thương và phù hợp với từng đối tượng người bệnh.³

Sự phát triển của phẫu thuật cột sống nội soi cũng như sự ra đời của nội soi 2 cổng thường được gọi là phẫu thuật cột sống nội soi hai cổng (BESS), là một cải tiến đáng kể, tích hợp những lợi ích của nội soi và vi phẫu. Theo De Antoni và Osman đã nhấn mạnh rằng ưu điểm của hệ thống hai cổng bao gồm khả năng giải ép tốt hơn và giảm chấn thương mô.⁴ Các phân tích so sánh giữa phẫu thuật nội soi và vi phẫu cho thấy BESS mang lại kết quả tương đương, nhưng vượt trội về mặt giảm triệu chứng và thời gian phục hồi. Phân tích tổng hợp của chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi cột sống, bao gồm BESS, cho thấy những cải thiện đáng kể về các thông số đau, chất lượng cuộc sống của người bệnh, với những lợi ích được duy trì trong suốt thời gian theo dõi.⁵ endoscopic spinal surgery (ESS Ngoài ra, việc áp dụng các kỹ thuật hai cổng trong các trường hợp phức tạp, chẳng hạn như hẹp ống sống, đã được chứng minh thành công thông qua các báo cáo ca bệnh, cho thấy

khả năng thích ứng và hiệu quả của phương pháp này trong điều trị các bệnh lý thoát vị đĩa đệm.⁶

Trên thế giới, kỹ thuật này ngày càng được áp dụng rộng rãi. Tại Việt Nam, phương pháp này mới triển khai trong những năm gần đây, chưa có nhiều nghiên cứu công bố kết quả.

Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm báo cáo kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cột sống hai cổng lấy nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng tại Bệnh viện Bưu điện, góp phần khẳng định hiệu quả và tính khả thi của kỹ thuật.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

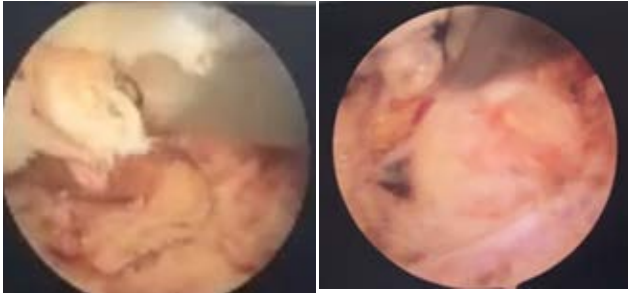
2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Các người bệnh được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Bưu điện từ tháng 02 đến tháng 8 năm 2025.
- Tiêu chuẩn lựa chọn: đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm thắt lưng, điều trị nội khoa ≥ 6 tuần không hiệu quả hoặc có chỉ định phẫu thuật sớm do hội chứng chèn ép rễ nặng.
- Tiêu chuẩn loại trừ: thoát vị nhiều tầng, hẹp ống sống nặng, người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng hoặc chống chỉ định phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế: Mô tả tiến cứu theo dõi dọc.
- Cỡ mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ 27 người bệnh được thực hiện kỹ thuật BESS trong thời gian nghiên cứu.
- Kỹ thuật: Phẫu thuật nội soi cột sống hai cổng lấy nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng.
- Các biến số thu thập: Tuổi, giới, vị trí tầng thoát vị, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian nằm viện, biến chứng.
- Đánh giá kết quả:

- Giảm đau theo thang VAS trước mổ, sau mổ 1 tuần, 1 tháng
- Chức năng vận động theo ODI, mRS.



Hình 1. Hình ảnh khối thoát vị đĩa đệm trong lúc phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Bưu điện

3 KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=27)

Nhóm tuổi	Nam (n=21)		Nữ (n=6)		Chung (n=27)	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
18 – 60	18	86%	4	67%	22	81%
60 trở lên	3	14%	2	33%	5	19%
Tổng	21	100%	10	100%	59	100%

Nhận xét: Đa số gặp người bệnh trong nhóm tuổi từ 18 - 60 tuổi là nhóm tuổi lao động có tỷ lệ mắc khá cao. Tỷ lệ nam cao hơn nữ.

Bảng 2. Đặc điểm vị trí thương tổn của đối tượng nghiên cứu (n=27)

Vị trí tổn thương	Nam (n=21)		Nữ (n=6)		Chung (n=27)	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
L4-5	14	67%	4	67%	18	67%
L5-S1	6	28%	2	33%	8	30%
Vị trí khác	1	5%	0	0%	1	3%
Tổng	11	100%	10	100%	27	100%

Nhận xét: Vị trí thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng hay gặp nhất là L4-5 chiếm 67%, tiếp theo là L5-S1 với 30% trường hợp, có 1 trường hợp bệnh nhân có thoát vị đĩa đệm ở cả L3-4-5 bên phải.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình: 90 ± 12 phút.

Lượng máu mất trung bình: 100 ± 25 mL.

Thời gian nằm viện: 3 ± 1 ngày.

3.3. Kết quả lâm sàng

Điểm VAS giảm rõ rệt từ $8,4 \pm 0,5$ trước mổ xuống $4,3 \pm 0,6$ sau 1 tuần và $2,5 \pm 0,7$ sau 1 tháng.

Chỉ số ODI cải thiện trung bình 15 điểm sau 1 tháng.

Thang điểm mRS ghi nhận đa số người bệnh đạt mức 0-1 sau mổ 1 tháng.

Biến chứng: 0 trường hợp rách màng cứng (0%), 0 trường hợp nhiễm trùng, không có tổn thương thần kinh nặng.

Tỷ lệ hài lòng: 100% người bệnh đánh giá tốt và rất tốt.

4 BÀN LUẬN

Tuổi của bệnh nhân chủ yếu nằm trong khoảng 18-60 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất là 81%. Nhóm tuổi này là nhóm lao động chính, do đó các bệnh về cột sống thắt lưng như thoát vị đĩa đệm có thể ảnh hưởng đáng kể đến năng suất lao động và chất lượng cuộc sống của họ. Tỷ lệ bệnh nhân dưới 60 tuổi là đáng chú ý, đặc biệt ở nam giới, chiếm tới 86%. Điều này cho thấy bệnh lý này không chỉ phổ biến ở người cao tuổi mà còn ở nhóm người trẻ hơn, có thể liên quan đến các yếu tố nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt hoặc chấn thương trong lao động.

Vị trí thoát vị đĩa đệm phổ biến nhất là L4-5, chiếm tới 67% tổng số bệnh nhân, tiếp theo là L5-S1 với 30%. Các vị trí này nằm gần nhau và đều nằm trong cột sống thắt lưng, cho thấy đây là các vị trí dễ bị tổn thương nhất trong nhóm bệnh này. Sự phân bố chủ yếu tại các đốt sống L4-5 và L5-S1 phản ánh tính chất của bệnh thoát vị đĩa đệm, do các đốt sống này là điểm chịu tải lớn nhất của cột sống thắt lưng, dễ bị thoái hóa, chấn thương. Có một trường hợp bệnh nhân có thoát vị ở cả L3-4-5 bên phải, chứng tỏ có thể có các trường hợp đa tổn thương hoặc thoát vị lan tỏa gây ra các biểu hiện lâm sàng phức tạp hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật nội soi cột sống hai cổng (BESS) trong điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng bước đầu mang lại hiệu quả khả quan: thời gian phẫu thuật trung bình 90 phút, lượng máu mất ít (100 mL), thời gian nằm viện ngắn (3 ngày), và mức độ giảm đau cũng như cải thiện chức năng rõ rệt trong giai đoạn sớm sau mổ. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, Kang và cộng sự (2022) trong phân tích tổng hợp trên người bệnh hẹp ống sống cho thấy BESS có kết quả giảm đau và cải thiện chức năng tương đương, thậm chí vượt trội so với vi phẫu, đồng thời ít gây tổn thương mô và rút ngắn thời gian hồi phục.⁵ Endoscopic spinal surgery (ESS) Kết quả của chúng tôi phù hợp với xu hướng này khi VAS giảm nhanh (từ 8–9 xuống 2–3 sau 1 tháng) và ODI cải thiện 15 điểm. Điều này cho thấy BESS đáp ứng tốt yêu cầu của phẫu thuật ít xâm lấn: giảm đau nhanh, duy trì chức năng vận động và rút ngắn thời gian nằm viện. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu rất thấp, không ghi nhận rách màng cứng hay nhiễm trùng, tương tự kết quả của Zhang và cộng sự (2021) khi đánh giá phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị thoát vị đĩa đệm.⁴ Yếu tố quan trọng góp phần vào tính an toàn này là khả năng quan sát tốt của hệ thống hai cổng, cho phép phẫu thuật viên thao tác chính xác và hạn chế tổn thương mô mềm.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: Cỡ mẫu nhỏ (27 người bệnh), chưa đủ mạnh để khẳng định tính tổng quát. Thời gian theo dõi ngắn (1 tháng), do đó chưa đánh giá được hiệu quả lâu dài và tỷ lệ tái phát. Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, chưa có nhóm chứng để so sánh trực tiếp với các phương pháp khác như vi phẫu hay nội soi một cổng.

Tài liệu tham khảo

1. Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, et al. Low back pain. *Lancet*. 2021;398(10294):78-92. doi:10.1016/S0140-6736(21)00733-9
2. Allen JM, Caldwell CA, Fantry TR. Low Back Pain. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing; 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546593/>
3. Hegmann KT, Travis R, Andersson GBJ, et al. Invasive Treatments for Low Back Disorders. *J Occup Environ Med*. 2021;63(4):e215-e241. doi:10.1097/JOM.0000000000001983
4. Zhang J, Liu TF, Shan H, et al. Decompression Using Minimally Invasive Surgery for Lumbar Spinal Stenosis Associated with Degenerative Spondylolisthesis: A Review. *Pain Ther*. 2021;10(2):941-959. doi:10.1007/s40122-021-00293-6
5. Kang KB, Shin YS, Seo EM. Endoscopic Spinal Surgery (BESS and UESS) Versus Microscopic Surgery in Lumbar Spinal Stenosis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Glob Spine J*. 2022;12(8):1943-1955. doi:10.1177/21925682221083271
6. Barri R, Choi J. Simultaneous Cervical and Lumbar Unilateral Biportal Endoscopy. A Case Report and a Surgical Technique. Published online 2025. <https://ecronicon.net/assets/ecor/pdf/ECOR-16-01088.pdf>



Phẫu thuật nội soi cột sống hai cổng (BESS) trong điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng tại Bệnh viện Bưu điện bước đầu mang lại hiệu quả khả quan

Trong tương lai, cần có các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm với số lượng người bệnh lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn, cũng như so sánh trực tiếp BESS với các kỹ thuật khác để khẳng định ưu thế và giới hạn của phương pháp này. Ngoài ra, việc chuẩn hóa quy trình kỹ thuật, đào tạo phẫu thuật viên và phân tích chi phí – hiệu quả cũng là những hướng nghiên cứu cần thiết nhằm thúc đẩy ứng dụng rộng rãi BESS tại Việt Nam.

5 KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cột sống hai cổng lấy nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng tại Bệnh viện Bưu điện bước đầu cho kết quả tốt, an toàn, ít biến chứng. Đây là phương pháp tiềm năng, cần triển khai rộng rãi hơn và nghiên cứu trên số lượng người bệnh lớn, theo dõi dài hạn để khẳng định hiệu quả lâu dài.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN TRÊN NGƯỜI BỆNH GÃY LIÊN MẤU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Trần Đức Thịnh, Phạm Ngọc Hiếu

Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Bưu điện



BS Phạm Ngọc Hiếu cùng ê-kíp bác sĩ chấn thương chỉnh hình khoa Ngoại Tổng hợp thực hiện phẫu thuật thay khớp háng cho người bệnh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng điều trị bệnh lý gãy liên mấu chuyển xương đùi tại Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu dựa trên các người bệnh từ 80 tuổi trở lên, được chẩn đoán: Gãy liên mấu chuyển xương đùi và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng tại Bệnh viện Bưu điện từ tháng 01/2023 đến tháng 8/2025.

Kết quả:

- Giai đoạn nằm viện: Thời gian trước phẫu thuật tính từ lúc bị tai nạn trung bình là $2,8 \pm 1,6$ ngày. Biến chứng trước phẫu thuật là 14,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình $53,5 \pm 11,9$ phút. Thời gian bắt đầu tỷ đè sau phẫu thuật là $10,5 \pm 2,3$ ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình $9,2 \pm 4,8$ ngày. Biến chứng sau phẫu thuật chiếm 17,8%. Chức năng khớp háng theo thang điểm Harris đạt 19,7% loại tốt và rất tốt.

- Giai đoạn sau khi ra viện: Chức năng khớp háng theo thang điểm Harris đạt 72,9% tốt và rất tốt; Không có gãy xương, trật khớp, có 8 trường hợp tử vong.

Kết luận: Thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng là một lựa chọn tốt cho người bệnh cao tuổi gãy mất vững liên mấu chuyển xương đùi, giúp người bệnh giảm đau tốt, thời gian tập phục hồi chức năng bắt đầu sớm thuận lợi cho quá trình chăm sóc. Cần số lượng ca bệnh nhiều hơn và theo dõi lâu hơn để khẳng định.

Từ khóa: Gãy liên mấu chuyển, người cao tuổi, thay khớp háng bán phần.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the outcomes of long-stem cementless hemiarthroplasty in the treatment of intertrochanteric femoral fractures at Buu dien Hospital.

Subjects and Methods: This retrospective study included patients ≥ 80 years old with intertrochanteric femoral fractures treated by long-stem cementless hemiarthroplasty at Buu dien Hospital (Jan 2023–Aug 2025).

Results: In-hospital outcomes: The average time from injury to surgery was 2.8 ± 1.6 days. Preoperative complications occurred in 14.2% of patients. Mean operative time was 53.5 ± 11.9 minutes. The mean postoperative hospital stay was 9.2 ± 4.8 days. Mean time for weight bearing was 10.5 ± 2.3 days. Postoperative complications accounted for 17.8%. According to the Harris hip score, 19.6% of patients achieved good to excellent outcomes. Follow-up outcomes: The Harris hip score showed 72.9% good to excellent results. No cases of periprosthetic fracture or hip dislocation were recorded. Eight patients died during the follow-up period.

Conclusion: Cementless long-stem hemiarthroplasty is a suitable option for elderly patients with unstable intertrochanteric femoral fractures, providing effective pain relief and enabling early functional rehabilitation, which is beneficial for patient care. A larger sample size and longer follow-up are needed to confirm these results further.

Keywords: Intertrochanteric fractures, elderly patients, hemiarthroplasty.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mấu chuyển xương đùi chiếm một tỷ lệ lớn trong các trường hợp gãy xương quanh khớp háng,¹ đặc biệt ở người cao tuổi, và tỷ lệ mắc dự kiến sẽ tăng nhanh cùng với quá trình già hóa dân số toàn cầu. Người bệnh cao tuổi thường có loãng xương, chất lượng xương kém, kèm nhiều bệnh lý nội khoa, khiến việc điều trị phẫu thuật trở nên vừa cấp thiết vừa phức tạp. Điều trị bảo tồn hầu như không hiệu quả và làm tăng nguy cơ biến chứng, tử vong do tình trạng bất động kéo dài.

Mặc dù các kỹ thuật kết hợp xương như nẹp vít, đinh Gamma, hay đinh nội tủy chống xoay được xem là lựa chọn hiệu quả cho các ổ gãy vững, nhưng điều trị gãy liên mấu chuyển mất vững (phân loại 31-A2, A3 theo AO) vẫn còn nhiều khó khăn. Chất lượng xương loãng, tình trạng vỡ vụn thành sau trong, cùng với mức độ khó của kỹ thuật kết hợp xương dẫn đến tỷ lệ biến chứng và thất bại cao. Trong hoàn cảnh đó, phẫu thuật thay khớp

háng bán phần từ khi ra đời, không chỉ là một lựa chọn thay thế, mà đã tạo ra một kỷ nguyên mới điều trị cho các trường hợp gãy mất vững ở người cao tuổi, giúp mang lại sự vững chắc tức thì, cho phép vận động sớm và hạn chế biến chứng liên quan mà phương pháp kết hợp xương chưa làm tốt.

Xuất phát từ những lý do trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng trong điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi tại Bệnh viện Bưu điện.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

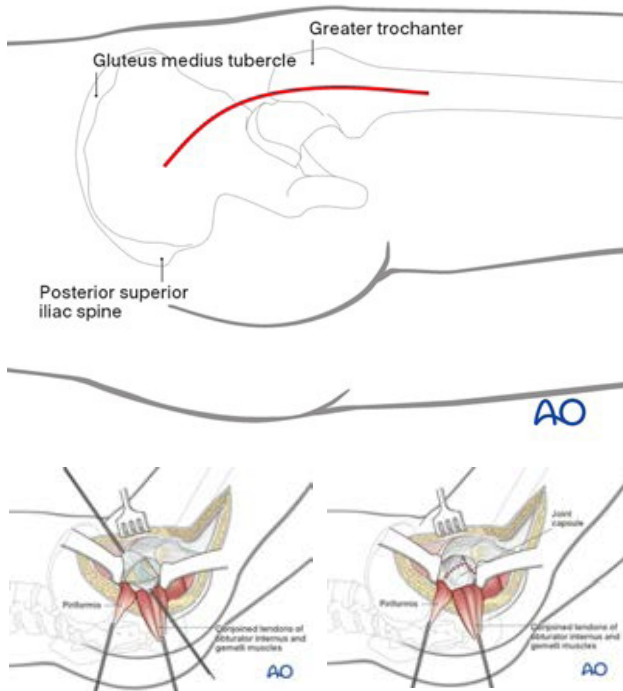
Gồm 56 người bệnh được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Bưu điện tính từ tháng 01/2023 đến tháng 8/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các ca bệnh từ 80 tuổi trở lên, đầy đủ hồ sơ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp đa chấn thương (kèm theo chấn thương ngực, bụng, khung chậu), hồ sơ không đầy đủ hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Quy trình phẫu thuật

Tư thế người bệnh nằm nghiêng 90 độ. Sử dụng đường mổ sau bên để tiếp cận khớp háng và đầu trên xương đùi, tiến hành cưa cổ xương đùi, đo đạc và chuẩn bị ống tủy, sau khi vừa ý thì thay khớp nhân tạo, đặt dẫn lưu và khâu lại phục hồi.



Hình 1. Tư thế người bệnh, đường bộc lộ và khâu phục hồi (AO Surgery Reference)

Sau mổ tất cả các trường hợp đều được theo dõi đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng, và tập phục hồi chức năng hàng ngày. Việc tập vật lý trị liệu và thời gian bắt đầu tỳ đè chịu lực sẽ thực hiện ngay khi người bệnh có thể dưới hướng dẫn của các nhân viên y tế.

2.3. Đánh giá sau mổ

Theo dõi và đánh giá sau mổ được thiết kế thành hai giai đoạn dựa trên tham khảo các nghiên cứu trong nước và trên thế giới²⁻⁵: Giai đoạn nằm viện (tính từ

ngày vào viện đến ngày ra viện) và giai đoạn sau khi ra viện (tính từ ngày ra viện đến tháng 8/2025).

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

2.5. Nhập và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

3 KẾT QUẢ

3.1. Giai đoạn nằm viện

Các chỉ số kết quả được thể hiện trong bảng dưới đây.

Bảng 1. Kết quả tổng quan giai đoạn nằm viện

	n = 56 (Người bệnh)	Tỷ lệ
Tuổi trung bình	83,3 ± 5,4 (Tuổi)	
Giới tính	Nam Nữ	16 (28,6%) 40 (71,4%)
Phân loại ổ gãy theo AO	A1 A2 A3	11 (19,7%) 38 (67,9%) 7 (12,5%)
Bệnh lý nền	Tăng huyết áp Đái tháo đường Viêm phổi Nhiễm trùng tiết niệu Tai biến mạch não Không có	38 (67,8%) 22 (39,2%) 6 (10,7%) 2 (3,6%) 4 (7,2%) 11 (19,7%)
Thời gian trước phẫu thuật	2,8 ± 1,6 ngày	
Thời gian phẫu thuật	53,5 ± 11,9 phút	
Biến chứng sau phẫu thuật	Viêm phổi Nhiễm trùng vết mổ Nhiễm trùng tiết niệu Trật khớp Tử vong	7 (12,5%) 1 (1,8%) 2 (3,6%) 0 0
Thời gian tỳ đè	10,5 ± 2,3 ngày	
Chức năng khớp háng HHS	19,7% tốt và rất tốt.	
Số ngày nằm viện hậu phẫu	9,2 ± 4,8 ngày	

3.2. Giai đoạn sau khi ra viện

Chức năng khớp háng theo thang điểm Harris đạt 72,9% tốt và rất tốt; Không có biến chứng gãy xương, trật khớp, có 8 trường hợp tử vong tại thời điểm khám cuối cùng.

4 BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng trên người cao tuổi gây liên mấu chuyển xương đùi đem lại hiệu quả rõ rệt, đặc biệt ở khả năng giúp người bệnh sớm vận động trở lại.

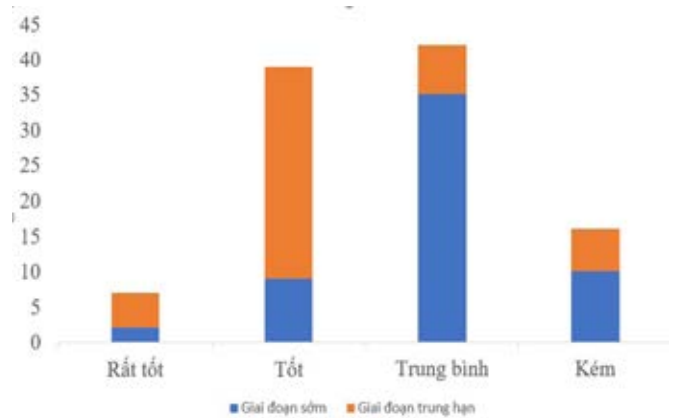
Một yếu tố quan trọng góp phần vào kết quả thuận lợi của nghiên cứu là thời điểm từ lúc bị tai nạn đến khi được phẫu thuật trung bình chỉ khoảng $2,8 \pm 1,6$ ngày. Khoảng thời gian ngắn này giúp hạn chế tình trạng phải bất động lâu, từ đó giảm nguy cơ biến chứng hô hấp, loét tỳ đè cũng như các biến chứng toàn thân khác thường gặp ở người cao tuổi. Bên cạnh đó, đa số các ca bệnh trong nghiên cứu có ổ gãy thuộc phân loại A2 (67,9%), đây là nhóm gãy mất vững nên chỉ định thay khớp háng là hợp lý, cho phép phục hồi chức năng sớm và vững chắc hơn so với các phương pháp kết hợp xương truyền thống. Tuy nhiên, chính đặc điểm mất vững này cũng góp phần làm kéo dài thời gian phẫu thuật trung bình ($53,5 \pm 11,9$ phút) so với các loại gãy thuộc phân loại A1. Trong giai đoạn nằm viện, thời gian phẫu thuật trung bình $53,5 \pm 11,9$ phút và thời gian nằm viện $9,2 \pm 4,8$ ngày là ít thời gian hơn so với nghiên cứu của Rathod. A (2024) và Mao. Q (2023) do sự khác biệt chủ yếu đến từ phương pháp phẫu thuật và những chỉ tiêu ra viện.^{2,3}



Hình 2. Người bệnh Giang Lê N. 92 tuổi tập đi sau phẫu thuật ngày 10

(Ảnh gia đình cung cấp)

Mặc dù tỷ lệ biến chứng sớm chiếm 17,8%, song chủ yếu là biến chứng hô hấp thường gặp ở người cao tuổi khi bất động lâu ngày. Với thời gian bắt đầu tỳ đè sớm là $10,5 \pm 2,3$ ngày cùng với kết quả chức năng khớp háng theo thang điểm Harris đạt tốt – rất tốt ở 19,7% trường hợp ngay trước khi xuất viện. Kết quả này ngắn hơn khoảng 1 ngày so với Thakur P (2022), cho thấy phẫu thuật giúp giảm đau hiệu quả, cho phép người bệnh tập vận động sớm thay vì phải nằm lâu như các phương pháp cố định xương truyền thống.⁶



Hình 3. So sánh chức năng khớp háng giữa 2 giai đoạn

Khi phân tích hình 3 về chức năng khớp háng theo thang điểm Harris, ta thấy sự cải thiện rõ rệt ở giai đoạn sau phẫu thuật. Trong thời gian nằm viện, tỷ lệ ca bệnh đạt mức tốt và rất tốt mới chỉ chiếm 19,7%, nhưng ở giai đoạn theo dõi sau ra viện, tỷ lệ này đã tăng lên đến 72,9%. Đồng thời, tỷ lệ người bệnh ở mức trung bình và kém giảm mạnh, cho thấy tiến trình hồi phục chức năng diễn ra tích cực theo thời gian. Kết quả này nhấn mạnh hiệu quả của việc thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng trong điều trị gãy liên mấu chuyển mất vững: không chỉ giúp giảm đau ngay sau mổ, mà còn mang lại khả năng vận động ổn định, bền vững trong giai đoạn hồi phục lâu dài. Đáng chú ý, không ghi nhận trường hợp gãy quanh chuôi hoặc trật khớp – những biến chứng thường lo ngại ở nhóm người bệnh loãng xương. Tỷ lệ tử vong 14,3% trong 2 năm theo dõi chủ yếu liên quan đến tuổi cao và bệnh lý nền, phù hợp với kết quả các nghiên cứu quốc tế.^{2,3,5,6}

Trong nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế như số lượng ca bệnh còn nhỏ, thời gian theo dõi ngắn và chưa có nhóm đối chứng. Do đó, cần các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian

theo dõi dài hơn để đánh giá toàn diện hơn về hiệu quả và biến chứng lâu dài.

KẾT LUẬN

Thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người bệnh cao tuổi. Phẫu

thuật giúp giảm đau tốt, phục hồi chức năng sớm, giảm biến chứng do nằm lâu và cải thiện chất lượng sống. Đây là lựa chọn khả thi hơn so với kết hợp xương trong nhiều trường hợp gãy mất vững và trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật. Tuy nhiên, cần thêm nghiên cứu quy mô lớn và theo dõi lâu dài để đánh giá toàn diện hiệu quả và biến chứng.



Điều dưỡng khoa Ngoại Tổng hợp hướng dẫn người bệnh tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng ngày thứ 2

Tài liệu tham khảo

1. Veronese N, Maggi S. Epidemiology and social costs of hip fracture. *Injury*. 2018;49(8):1458-1460. doi:10.1016/j.injury.2018.04.015
2. Rathod A, Barick D, Khobragade AS, et al. Functional Outcomes of Bipolar Hemiarthroplasty in Unstable Intertrochanteric Femur Fractures in the Elderly: A Prospective Study. *Cureus*. Published online July 30, 2024. doi:10.7759/cureus.65731
3. Mao Q, Zhang Y, Hua J, et al. Mid-Term Follow-Up Results After Hemiarthroplasty Using Long Femoral Stem Prosthesis (Peerless-160) for Intertrochanteric Fractures in Octogenarians. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2023;14:21514593231184314. doi:10.1177/21514593231184314
4. Trần Trí Ứng, Đình Toàn Dương. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín liên mấu chuyển xương đùi tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2021;503(2). doi:10.51298/vmj.v503i2.770
5. Ekinici Y, Gürbüz K, Batin S, et al. A multicenter intertrochanteric fracture study in the elderly: Hemiarthroplasty versus proximal femoral nailing. *Jt Dis Relat Surg*. 2020;31(2):209-217. doi:10.5606/ehc.2020.72421
6. Thakur P, Khanal KR, Amatya I. Functional Outcome of Proximal Femoral Nailing in Intertrochanteric Fracture. *J Nepal Health Res Counc*. 2022;19(04):805-808. doi:10.33314/jnhrc.v19i04.3946

PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ KẾT HỢP XƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ GỠY MÂM CHÀY PHỨC TẠP: BÁO CÁO CHÙM 14 NGƯỜI BỆNH

Bùi Đức Ngọt

Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Bưu điện



ThS. BSNT Bùi Đức Ngọt - Khoa Ngoại tổng hợp (bên phải) cùng đồng nghiệp thực hiện điều trị gãy mâm chày phức tạp bằng phương pháp nội soi hỗ trợ kết hợp xương (ARIF) cho người bệnh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy mâm chày phức tạp bằng phương pháp nội soi hỗ trợ kết hợp xương (ARIF) tại Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên chòm 14 người bệnh gãy mâm chày có tổn thương diện khớp phức tạp, được phẫu thuật cố định xương bằng nẹp vít ít xâm lấn dưới hỗ trợ nội soi, từ 08/2023-07/2025. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: gãy mâm chày có tổn thương diện khớp, có phim X-quang trước-sau mổ và người bệnh đồng ý tham gia. Các dữ liệu lâm sàng, phẫu thuật và kết quả điều trị được phân tích.

Kết quả: Trong 52 ca gãy mâm chày, có 14 ca (26,9%) được phẫu thuật ARIF, chiếm 9,2% trong tổng số 153 ca gãy cẳng chân. Nhóm nghiên cứu gồm 5 nam, 9 nữ; tuổi trung bình $45,1 \pm 17,1$; tất cả do chấn thương năng lượng cao. Phân loại Schatzker: loại III-VI (III: 4; IV: 4; VI: 6). Nội soi phát hiện tổn thương phối hợp ở 11 ca (78,6%). Thời gian mổ trung bình 75 phút; không có tai biến nặng. Thời gian nằm viện trung bình 7,6 ngày; 64% ra viện trước 7 ngày. Sau mổ, tất cả người bệnh đều nắn chỉnh diện khớp tốt (bậc thang <3 mm, phục hồi trục chi, không vít nào vào diện khớp). Tại ≥ 6 tháng, 10/10 người bệnh có liền xương tốt, phục hồi chức năng thuận lợi.

Kết luận: ARIF cho kết quả ban đầu khả quan trong điều trị gãy mâm chày phức tạp, giúp nắn chỉnh chính xác, cố định vững và xử lý đồng thời tổn thương trong khớp. Đây là phương pháp an toàn, hiệu quả, song đòi hỏi phẫu thuật có kinh nghiệm cũng như chi phí và trang thiết bị phù hợp.

Từ khóa: Gãy mâm chày phức tạp, gãy xương phạm khớp, nội soi gối kết hợp xương.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the outcomes of arthroscopy-assisted reduction and internal fixation (ARIF) in complex tibial plateau fractures at Buu dien Hospital.

Subjects and Methods: A retrospective case series of 14 patients with complex intra-articular tibial plateau fractures treated by minimally invasive plate fixation under arthroscopic guidance between August 2023 and July 2025; inclusion criteria: articular involvement, available pre- and postoperative radiographs, and patient consent. Clinical, surgical, and radiographic data were analyzed.

Results: Of 52 tibial plateau fractures, 14 (26.9%) underwent ARIF, representing 9.2% of 153 tibial fractures overall. The cohort included five males and nine females, with a mean age of 45.1 ± 17.1 years; all were from high-energy trauma. According to the Schatzker classification, all were type III–VI (type III: 4; type IV: 4; type VI: 6). Arthroscopy revealed associated intra-articular injuries in 11 patients (78.6%). Mean operative time was 75 minutes; no severe complications occurred. The mean hospital stay was 7.6 days, with 64% of patients being discharged within 7 days of admission. Postoperative radiographs showed anatomic reduction in all cases (step-off <3 mm, axis restored, no screw penetration). At 6 months or longer, 10 patients achieved a solid union with favorable functional recovery.

Conclusion: ARIF provided precise reduction, stable fixation, and management of concomitant intra-articular injuries in complex tibial plateau fractures. Early outcomes were favorable, with good union, functional recovery, and low complication rates. This technique appears to be safe and effective, although it requires higher costs and specialized equipment.

Keywords: Complex tibial plateau fracture, intra-articular fracture, ARIF.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày là loại gãy xương nội khớp ở vùng khớp gối, được định nghĩa là gãy phần đầu trên của xương chày có ảnh hưởng đến mặt khớp gối. Loại chấn thương này chiếm khoảng 1% tổng số các ca gãy xương.¹ Gãy mâm chày thường diễn ra do chấn thương mạnh ở khớp gối, với hai nhóm người bệnh điển hình: nam giới trẻ gặp chấn thương năng lượng cao (tai nạn giao thông, ngã từ cao) và phụ nữ lớn tuổi xương loãng bị chấn thương ít năng lượng.^{2,3} Do cơ chế chấn thương phức tạp, gãy mâm chày có thể kèm theo nhiều tổn thương trong khớp như tổn thương sụn khớp, dây chằng hoặc rách sụn chêm cùng với nguy cơ tổn thương phần mềm quanh khớp. Đây là thương tổn nặng nề, nếu xử trí không tốt có thể dẫn tới thoái hóa khớp gối sớm và biến dạng khớp.

Mục tiêu điều trị gãy mâm chày là phục hồi tối đa giải phẫu và chức năng của khớp gối. Cụ thể, cần nắn chỉnh chính xác mặt khớp, tái lập trục chi và cố định xương gãy vững chắc để cho phép vận động sớm, tránh biến chứng cứng khớp. Trước đây, phương pháp kinh điển để điều trị gãy mâm chày là phẫu thuật mổ mở kết hợp xương (ORIF). Phẫu thuật này sử dụng đường mổ trước ngoài hoặc sau trong giúp bộc lộ rõ mặt khớp, tạo điều kiện nắn chỉnh và đặt nẹp vít chính xác.¹ Tuy nhiên, kỹ thuật mổ mở đòi hỏi phải phẫu tích rộng, xâm phạm nhiều đến mô mềm quanh khớp, có thể phải cắt qua bao khớp, dây chằng hay sụn chêm để bộc lộ ổ gãy. Hậu quả là gia tăng nguy cơ nhiễm trùng, chậm liền vết mổ, tụ máu vết thương và cứng khớp gối sau mổ.

Cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi khớp, kỹ thuật kết hợp xương dưới nội soi hỗ trợ (arthroscopic-

assisted reduction and internal fixation – ARIF) đã được giới thiệu từ những năm 1980. Phẫu thuật nội soi khớp gối cho phép quan sát trực tiếp bên trong khớp, nhờ đó giúp phẫu thuật viên đánh giá chính xác bề mặt khớp và mức độ tổn thương, thực hiện nắn chỉnh dưới sự kiểm soát nội soi, đồng thời xử lý được các tổn thương phối hợp như đứt dây chằng hoặc rách sụn chêm ngay trong cùng một thì mổ. Kỹ thuật này có ưu điểm ít xâm lấn, bảo tồn tối đa phần mềm quanh khớp và tránh làm tổn hại thêm sụn khớp, dây chằng, sụn chêm lành. Nhiều nghiên cứu cho thấy ARIF cho kết quả tương đương ORIF về chức năng, nhưng ARIF giúp đánh giá và điều trị tổn thương trong khớp tốt hơn, đồng thời rút ngắn thời gian nằm viện gần một nửa so với mổ mở. Nhược điểm của phương pháp này là chi phí phẫu thuật cao và đòi hỏi trang thiết bị cùng kinh nghiệm phẫu thuật nội soi.

Tại Bệnh viện Bưu điện, kỹ thuật nội soi hỗ trợ kết hợp xương trong điều trị gãy mâm chày đã được triển khai và thu được các kết quả khả quan. Tuy nhiên, chưa có báo cáo tổng kết cụ thể về hiệu quả của phương pháp. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hỗ trợ trong điều trị gãy mâm chày phức tạp qua nhóm 14 người bệnh điều trị tại bệnh viện trong thời gian từ tháng 8/2023 đến tháng 7/2025.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm các người bệnh gãy mâm chày phức tạp có tổn thương diện khớp gối, được phẫu thuật kết hợp xương dưới hỗ trợ nội soi tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Bưu điện, trong giai đoạn từ tháng 8/2023 đến tháng 7/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm các người bệnh gãy mâm chày có tổn thương mặt khớp phức tạp, có hoặc không kèm theo tổn thương dây chằng trong khớp gối, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi hỗ trợ kết hợp xương mâm chày, có đầy đủ phim X-quang trước và sau phẫu thuật, và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các trường hợp được loại trừ khỏi nghiên cứu gồm người bệnh gãy mâm chày nhưng không được tiến hành nội soi khớp gối trong phẫu thuật (chỉ mổ mở hoặc điều trị bảo tồn), hồ sơ bệnh án không đầy đủ phim ảnh trước hoặc sau mổ, hoặc người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả chùm ca (case series) được thực hiện theo phương thức hồi cứu có theo dõi dọc. Toàn bộ 14 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được thu thập dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chẩn đoán - phân loại kiểu gãy bằng bảng phân loại Schatzker, phương pháp phẫu thuật và kết quả điều trị sau mổ. Phẫu thuật được tiến hành dưới gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản với tư thế người bệnh nằm ngửa, chân tổn thương được bộc lộ và cố định trên bàn mổ.

Nội soi khớp gối được thực hiện qua các cổng tiêu chuẩn (trước ngoài và trước trong) để thăm khám toàn bộ khoang khớp gối, đánh giá bề mặt mâm chày và phát hiện các tổn thương đi kèm (rách sụn chêm, đứt dây chằng chéo, v.v.). Các mảnh gãy lún được nắn chỉnh dưới nội soi, dùng dụng cụ nâng và có thể sử dụng hỗ trợ C-arm kiểm tra.



Bạc thang mặt khớp trước nắn chỉnh dưới nội soi



Mặt khớp sau khi được nắn chỉnh dưới nội soi

Hình 1. Nắn chỉnh vỡ lún mâm chày qua nội soi
(Trần Thị L. 60 tuổi – MSNC: 003)

Sau khi đạt được sự đồng đều mặt khớp, ổ gãy có thể được cố định bằng vis xóp rỗng nòng và kỹ thuật kết hợp xương ít xâm lấn (MIPO): tiến hành rạch da nhỏ vùng mâm chày trong để luồn nẹp và cố định mảnh gãy bằng vít qua da phù hợp.



Hình 2. Cố định ổ gãy bằng vis xóp rỗng nòng và kỹ thuật kết hợp xương ít xâm lấn
(Nguyễn Thị Thu H. – 28 tuổi – MSNC: 004)

Trong quá trình mổ, nếu có rách sụn chêm sẽ được khâu phục hồi hoặc cắt bỏ phần rách không thể bảo tồn; các trường hợp bong điểm bám dây chằng sẽ được cố định lại bằng khâu bong điểm bám qua nội soi.



Bong điểm bám dây chằng chéo trước



Điểm bám dây chằng chéo trước sau khi cố định qua nội soi khớp gối

Hình 3. Khâu lại điểm bám dây chằng chéo trước qua nội soi
(Hoàng Thuận Đ. – 19 tuổi – MSNC: 001)

Sau phẫu thuật, người bệnh được bất động gối bằng nẹp trong giai đoạn đầu, tập phục hồi chức năng sớm theo phác đồ. Các người bệnh được tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra sau mổ và đánh giá tiến triển liền xương, chức năng khớp. Kết quả liền xương được đánh giá theo tiêu chí Larson-Bostman trên X-quang.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y khoa theo quy định của Bộ Y tế và Bệnh viện Bưu điện. Tất cả người bệnh tham gia đều đồng ý tham gia nghiên cứu, thông tin cá nhân được giữ bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3 KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Trong thời gian nghiên cứu, có 14 người bệnh thỏa mãn tiêu chí được đưa vào phân tích. Nhóm này chiếm 26,9% (14/52) tổng số trường hợp gãy mâm chày điều trị nội trú tại bệnh viện và tương ứng 9,2% (14/153) tổng số ca phẫu thuật gãy xương vùng cẳng chân đã thực hiện trong cùng kỳ. Trong 14 người bệnh, có 5 nam (35,7%) và 9 nữ (64,3%). Tuổi của người bệnh trung bình $45,1 \pm 17,1$ tuổi, dao động từ 19 đến 71 tuổi. Toàn bộ các trường hợp đều bị chấn thương do tai nạn giao thông với cơ chế ngã đập trực tiếp gối xuống nền cứng (chấn thương năng lượng cao). Không có người bệnh nào có tổn thương phối hợp về mạch máu, thần kinh hoặc chấn thương các cơ quan khác kèm theo. Bên tổn thương gồm 8 trường hợp gãy mâm chày bên phải và 6 trường hợp bên trái.

3.2. Phân loại tổn thương xương và phần mềm

Theo phân loại Schatzker, tất cả 14 ca gãy mâm chày trong nhóm nghiên cứu đều thuộc loại III trở lên với 4 ca loại III (gãy lún mặt khớp mâm chày ngoài), 4 ca loại IV (gãy mặt khớp mâm chày trong) và 6 ca loại VI (gãy phức tạp hai mâm chày kèm theo tách rời hành xương chày khỏi thân xương). Nội soi khớp gối trong lúc phẫu thuật đã giúp phát hiện và xử trí nhiều tổn thương bên trong khớp gối đi kèm. Có 11/14 người bệnh (78,6%) được ghi nhận có tổn thương cấu trúc trong khớp kèm theo với gãy xương. Cụ thể, có 7 trường hợp (50%) bị bong điểm bám dây chằng chéo trước (DCCT) – thường có đường vỡ gian lồi cầu kèm theo, 7 trường hợp (50%) bị rách sụn chêm (phần lớn là rách sụn chêm trong do lực nén dọc trục) và 3 trường hợp (21,4%) ghi nhận các tổn thương khác như bong điểm bám dây chằng chéo sau, bong điểm bám gân bánh chè (gãy lồi củ trước xương chày) hoặc thoái hóa sụn có của khớp gối. Tất cả các tổn thương phối hợp này đều đã được xử trí kịp thời trong cùng cuộc mổ: khâu lại điểm bám dây

chằng chéo, khâu phục hồi hoặc cắt phần sụn chêm rách không bảo tồn được.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm nghiên cứu là $75 \pm 21,8$ phút (thời gian ngắn nhất 50 phút, dài nhất 120 phút). Không ghi nhận biến cố tai biến nào trong mổ như tổn thương mạch máu, thần kinh hay hội chứng chèn ép khoang cấp tính do thoát dịch nội soi. Sau mổ, không có trường hợp nào bị biến chứng nhiễm trùng vết mổ hay biến chứng nặng nề khác. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật dao động từ 5 đến 12 ngày, trung bình $7,64 \pm 2,1$ ngày. Đáng chú ý, có 9/14 người bệnh (64,3%) xuất viện trước ngày thứ 7 sau mổ. Những trường hợp nằm viện trên 1 tuần chủ yếu do người bệnh có nguyện vọng ở lại để được tập vật lý trị liệu phục hồi chức năng tích cực hơn tại bệnh viện.

3.4. Đánh giá X-quang và liên xương

Hình ảnh X-quang kiểm tra ngay sau mổ cho thấy tất cả 14/14 trường hợp đều đạt kết quả nắn chỉnh tốt. Mặt khớp được khôi phục tương đối phẳng, với bậc thềm giữa vùng xương lún và bề mặt khớp lành đều ≤ 3 mm. Khe khớp gối không bị hẹp thứ phát; trục giải phẫu chi dưới được chỉnh thẳng về bình thường ở tất cả các người bệnh (không còn biến dạng vẹo trong hoặc vẹo ngoài). Vị trí các nẹp và vít cố định đều đúng vị trí, không có trường hợp nào đặt vít sai lệch vào ổ khớp hay bao khớp. Theo dõi trung bình 6,5 tháng sau phẫu thuật (từ 2 đến 12 tháng), tất cả người bệnh đều tiến triển liên xương thuận lợi. Trong số đó, 10 người bệnh đã được theo dõi từ 6 tháng trở lên và toàn bộ đều đạt kết quả liên xương phân loại rất tốt hoặc tốt theo tiêu chí Larson-Bostman trên X-quang. Bốn người bệnh còn lại có thời gian theo dõi ngắn hơn (dưới 3 tháng) cũng cho thấy dấu hiệu can xương bước đầu; tại thời điểm tái khám gần nhất đều có khớp gối không đau, vững và đã bắt đầu trở lại sinh hoạt, lao động nhẹ nhàng.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên cho thấy phẫu thuật nội soi hỗ trợ kết hợp xương (ARIF) là phương pháp khả thi và an toàn trong điều trị gãy mâm chày phức tạp. Một lợi thế nổi bật của ARIF là khả năng đánh giá và xử trí đồng thời các tổn thương trong khớp đi kèm với gãy xương. Thật vậy, 78,6% người bệnh trong loạt ca

của chúng tôi có rách sụn chêm hoặc tổn thương dây chằng chéo kèm theo, tỷ lệ này tương đồng với nhiều báo cáo trước đây.⁴ Nếu những tổn thương bên trong khớp không được phát hiện và xử lý đầy đủ, chúng có thể dẫn đến đau kéo dài, lỏng khớp hoặc góp phần đẩy nhanh quá trình thoái hóa khớp gối về sau. Nhờ nội soi khớp, các tổn thương này đã được can thiệp kịp thời trong cùng cuộc mổ giúp phục hồi sớm cấu trúc và chức năng khớp gối.

Về chỉ định phẫu thuật, mặc dù một số tác giả khuyến cáo hạn chế sử dụng nội soi trong các trường hợp gãy mâm chày phức tạp (Schatzker loại IV–VI) do lo ngại nguy cơ thoát dịch dẫn đến hội chứng chèn ép khoang,⁵ kết quả của chúng tôi gợi ý rằng với kỹ thuật phù hợp, ARIF vẫn có thể áp dụng an toàn cho cả các dạng gãy phức tạp. Trong loạt 14 ca, có tới 10 người bệnh thuộc Schatzker IV–VI đã được phẫu thuật nội soi hỗ trợ thành công mà không gặp biến chứng chèn ép khoang hoặc bất kỳ biến chứng nặng nề nào khác. Thực tế, các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy nội soi có thể giúp cải thiện chất lượng nắn chỉnh trong những trường hợp gãy phức tạp, đồng thời tránh phải mở khớp lớn nhờ quan sát tốt các mảnh gãy phía sau và dưới sụn.^{4,5} Chúng tôi thường xuyên kiểm soát áp lực bơm rửa và thời gian mổ nội soi hợp lý, nhờ đó phòng ngừa hiệu quả biến chứng thoát dịch mô mềm.

Kết quả lâm sàng và X-quang của nhóm người bệnh nghiên cứu phù hợp với xu hướng chung của các nghiên cứu về ARIF. Tất cả người bệnh đều đạt liên xương tốt và phục hồi tầm vận động chức năng khớp gối trong vài tháng đầu sau mổ. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Tuyên và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Bạch Mai trên 23 người bệnh gãy mâm chày điều trị bằng MIPO dưới nội soi hỗ trợ cũng ghi nhận sự cải thiện rõ rệt về chức năng và phim X-quang sau 6 tháng: điểm Rasmussen lâm sàng tăng từ trung bình 9,65 lên 26,57; điểm Rasmussen X-quang từ 6 tăng lên 16,13 điểm.⁶ Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu đó rất thấp (chỉ 4,3% có biến chứng nhẹ như nhiễm trùng nông), tương đồng với việc không có biến chứng nhiễm trùng nặng trong loạt ca của chúng tôi. Nhìn chung, các nghiên cứu tổng hợp cho thấy ARIF và ORIF có kết quả lâm sàng, liên xương tương đương nhau, trong khi tỷ lệ biến chứng cũng không khác biệt đáng kể. Do đó, lựa chọn phương pháp điều trị nên cân nhắc đến lợi ích về

bảo tồn phần mềm và phục hồi sớm của ARIF so với các hạn chế như chi phí và yêu cầu kỹ thuật.

Một ưu điểm nữa của phẫu thuật nội soi hỗ trợ là giúp giảm thời gian điều trị nội trú cho người bệnh. Nhờ ít xâm lấn và đau sau mổ giảm, người bệnh có thể vận động sớm và xuất viện sớm hơn. Thời gian nằm viện trung bình trong nhóm của chúng tôi khoảng 1 tuần, trong khi điều trị mổ mở truyền thống cho gãy mâm chày thường cần lưu viện lâu hơn do cần theo dõi biến chứng phần mềm. Theo Elabjer và cộng sự, ARIF giúp rút ngắn gần 1/2 thời gian nằm viện so với ORIF ($3,1 \pm 0,6$ ngày so với $5,5 \pm 1,7$ ngày).⁴ Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy 9/14 người bệnh (64%) xuất viện trước 7 ngày sau mổ, khẳng định lợi ích về hồi phục sớm của phương pháp này. Thời gian phẫu thuật trung bình 75 phút của ARIF có thể dài hơn đôi chút so với mổ mở thông thường nhưng không đáng kể và nằm trong khoảng chấp nhận được so với các báo cáo quốc tế (ví dụ nghiên cứu của Rather và cộng sự 2024 với 50 ca ARIF cho thấy thời gian mổ trung bình khoảng 90 phút).¹

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Trước hết, cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ (14 trường hợp) và thời gian theo dõi chủ yếu ngắn hạn, do đó chưa đánh giá được đầy đủ các biến chứng lâu dài như thoái hóa khớp sau chấn thương hay kết quả chức năng sau 1–2 năm. Thứ hai, đây là nghiên cứu hồi cứu và không có nhóm chứng so sánh (như nhóm mổ mở ORIF), nên chưa thể khẳng định ưu thế vượt trội hoàn toàn của ARIF so với phương pháp khác. Cuối cùng, yếu tố chi phí chưa được phân tích trong nghiên cứu này; chi phí

Tài liệu tham khảo

1. Rather AA, Bhat AN, Gilani MA, et al. The Clinico-radiological Outcome of Arthroscopic-assisted Reduction and Internal Fixation of Tibial Plateau Fractures. *J Arthrosc Jt Surg*. 2024;11(2):62. doi:10.4103/jajs.jajs_57_23
2. Elsoe R, Larsen P, Nielsen NPH, et al. Population-Based Epidemiology of Tibial Plateau Fractures. *Orthopedics*. 2015;38(9):e780-786. doi:10.3928/01477447-20150902-55
3. Wennergren D, Bergdahl C, Ekelund J, et al. Epidemiology and incidence of tibia fractures in the Swedish Fracture Register. *Injury*. 2018;49(11):2068-2074. doi:10.1016/j.injury.2018.09.008
4. Elabjer E, Benčić I, Ćutić T, et al. Tibial plateau fracture management: arthroscopically-assisted versus ORIF procedure – clinical and radiological comparison. *Injury*. 2017;48:S61-S64. doi:10.1016/S0020-1383(17)30742-8
5. Chan YS, Chiu CH, Lo YP, et al. Arthroscopy-assisted surgery for tibial plateau fractures: 2- to 10-year follow-up results. *Arthroscopy*. 2008;24(7):760-768. doi:10.1016/j.arthro.2008.02.017
6. Nguyễn Đức Tuyên, Hoàng Gia Du. Kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ điều trị gãy kín mâm chày. *VMJ*. 2023;524(1B). doi:10.51298/vmj.v524i1B.4719

phẫu thuật nội soi thường cao hơn mổ mở do dụng cụ và trang thiết bị đắt tiền, điều này có thể ảnh hưởng đến việc áp dụng rộng rãi kỹ thuật tại các cơ sở có nguồn lực hạn chế. Do đó, cần có thêm các nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và so sánh đối chứng để tiếp tục khẳng định những lợi ích và hiệu quả lâu dài của phương pháp nội soi hỗ trợ kết hợp xương trong điều trị gãy mâm chày.

5 KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hỗ trợ kết hợp xương là phương pháp ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả trong điều trị gãy mâm chày phức tạp. Kỹ thuật này giúp tái lập giải phẫu mặt khớp gối và trục chi dưới một cách chính xác, cố định vững chắc ổ gãy, đồng thời cho phép xử lý kịp thời các tổn thương dây chằng, sụn chêm đi kèm trong cùng một cuộc mổ. Nhờ giảm thiểu tổn thương phần mềm, người bệnh ít đau, có thể tập vận động sớm và rút ngắn thời gian nằm viện. Kết quả bước đầu tại bệnh viện chúng tôi cho thấy 100% người bệnh đạt liền xương tốt, phục hồi chức năng khớp gối khả quan sau phẫu thuật, không gặp biến chứng nặng. Phương pháp nội soi hỗ trợ xứng đáng là một lựa chọn đáng cân nhắc để điều trị các gãy mâm chày nội khớp, đặc biệt ở những trung tâm có trang bị và kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi khớp. Trong tương lai, việc theo dõi lâu dài các người bệnh cũng như thực hiện các nghiên cứu đối chứng sẽ giúp đánh giá rõ hơn tác động của kỹ thuật này đến chức năng khớp gối và nguy cơ thoái hóa khớp về sau.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP ĐỊNH HÌNH THEO GIẢI PHẪU HOÀN TOÀN TRƯỚC PHÚC MẠC TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Phạm Văn Quỳnh, Phạm Trường Giang, Đinh Hồng Quân

Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép định hình theo giải phẫu hoàn toàn trước phúc mạc.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu, gồm 57 người bệnh được điều trị phẫu thuật bằng phẫu thuật TEP tại Bệnh viện Bưu điện, từ tháng 01/2023 đến hết tháng 12/2024.

Kết quả: 100% người bệnh vào viện có khối phòng vùng bẹn, thoát vị bẹn gián tiếp chiếm 57,9%, thời gian mổ trung bình là $57,6 \pm 18,5$ phút, thời gian nằm viện trung bình là $1,7 \pm 1$ ngày. Kết quả điều trị tốt trong giai đoạn sớm chiếm 96,5%, giai đoạn xa chiếm 100%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép định hình theo giải phẫu hoàn toàn trước phúc mạc là phương pháp an toàn và hiệu quả giảm thiểu các tai biến, biến chứng sau mổ thoát vị bẹn.

Từ khóa: Lưới thoát vị định hình theo giải phẫu, phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc, thoát vị bẹn.

ABSTRACT

Objectives: To survey clinical and paraclinical characteristics and evaluate the results of inguinal hernia treatment by the endoscopic method of placing completely preperitoneal anatomic fixation grafts.

Subjects and Methods: Descriptive study, no control group. Including 57 patients treated surgically by the totally extraperitoneal (TEP) method at Buu dien Hospital, from January 2023 to the end of December 2024.

Results: 100% of patients admitted to the hospital had inguinal hernias, indirect inguinal hernias accounted for 57.9%, the average surgery time was 57.6 ± 18.5 minutes, and the average hospital stay was 1.7 ± 1 days. Good treatment results in the early stage accounted for 96.5%, and in the advanced stage, they accounted for 100%.

Conclusion: Laparoscopic surgery with a completely preperitoneal anatomical fixation graft is a safe and effective method to minimize complications after inguinal hernia surgery.

Keywords: Anatomical fixation hernia mesh, totally extraperitoneal laparoscopic surgery, inguinal hernia.



■ Các bác sĩ khoa Ngoại Tổng hợp thực hiện kỹ thuật đặt tấm lưới 3D ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý ngoại khoa thường gặp ở các nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam, phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả nhất. Phương pháp phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) có ưu điểm là không làm tổn thương phúc mạc, tránh được nguy cơ tổn thương các tạng cũng như dính ruột sau mổ nên được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn. Lưới thoát vị theo định hình giải phẫu Parietex chất liệu Polyester là một tiến bộ mới cho phép mảnh ghép đặt không cần khâu cố định. Kích thước lưới phù hợp theo giải phẫu từng bên thoát vị, thuận tiện cho việc đặt lưới cũng như che phủ tối đa lỗ thoát vị tránh tái phát. Bệnh viện Bưu điện áp dụng phẫu thuật TEP có sử dụng mảnh ghép định hình trong nhiều năm trở lại đây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị và biến chứng của phương pháp này.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 57 người bệnh được phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo định hình theo giải phẫu hoàn toàn trước phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Bưu điện từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu. Cỡ mẫu thuận tiện, lấy hồ sơ của những người bệnh đủ điều kiện.

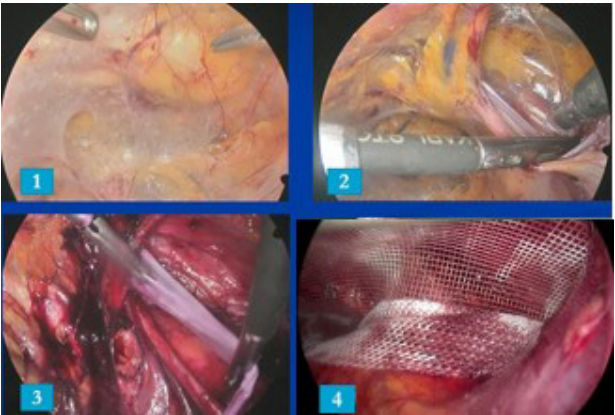
2.3. Kỹ thuật thực hiện

Người bệnh nằm ngửa theo tư thế giải phẫu, đặt 01 trocar 10 mm ở rốn cho camera và phẫu tích tạo khoang trước phúc mạc, tiếp tục đặt trocar 2 vị trí trung điểm đường nối giữa rốn và xương mu trên đường trắng giữa dưới rốn, trocar 3 được đặt ngay trên xương mu 2 cm trên đường trắng giữa dưới rốn.

Phẫu tích thành bên: giới hạn để phẫu tích tạo khoang trước phúc mạc ra thành bên là bóc lộ được đường cung bên của nếp phúc mạc, bó mạch thượng vị dưới và thành bụng bên.

Phẫu tích phúc mạc ra khỏi bó mạch tinh hoàn, ống dẫn tinh, bó mạch chậu ngoài và thành bụng sau. Phẫu tích và lấy đi các búi mỡ tiền phúc mạc ở vùng lỗ cơ lược.

Sử dụng tấm lưới thoát vị 3D theo giải phẫu Parietex chất liệu Polyester che phủ toàn bộ lỗ cơ - mạc, đảm bảo tấm lưới che phủ ít nhất 3 cm từ bờ lỗ thoát vị (Hình 1), mép trong của tấm lưới phải vượt quá khớp mu, mép ngoài tận hết ở gai chậu trước trên cùng bên và mảnh ghép đặt chồng lên thừng tinh. Nếu thoát vị bên hai bên, thực hiện bên đối diện tương tự như trên, nhưng luôn đảm bảo lưới hai bên chồng mép lên nhau từ 1 đến 2 cm.



Hình 1. Kỹ thuật phẫu thuật

- (1). Phẫu tích tạo khoang trước phúc mạc
(2). Phẫu tích khoang Bogros (3). Phẫu tích túi thoát vị
(4). Đặt lưới khoang trước phúc mạc.

2.4. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng: tuổi, thời gian mắc bệnh; đánh giá kết quả điều trị: số lượng thoát vị bên, vị trí, phân loại, tai biến trong mổ, thời gian mổ, thời gian nằm viện sau mổ, đánh giá kết quả sau mổ khi ra viện và tái khám vào lúc 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng.

3 KẾT QUẢ

Qua thời gian nghiên cứu từ 1/2023 đến 12/2024, chúng tôi ghi nhận được 57 người bệnh được phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo định hình theo giải phẫu hoàn toàn trước phúc mạc.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $60,2 \pm 7,5$ tuổi, trong đó nhóm tuổi trên 60 chiếm 48,3%. Tất cả người bệnh đều vào viện vì lý do khối phồng vùng bẹn, trong đó khối phồng không đau chiếm 64,9% và có đau tức chiếm 35,1%.

Bảng 1. Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Số lượng (trường hợp)	Tỉ lệ (%)
< 6 tháng	40	70,2
6 - 12 tháng	8	14
> 12 tháng	9	16,8
Tổng	57	100

Gồm có 51 người bệnh thoát vị bên 1 bên, 6 người bệnh thoát vị bên 2 bên. Khối thoát vị bên trái chiếm tỉ lệ cao nhất 56,2% (Bảng 2). Thoát vị bên gián tiếp chiếm 57,9%, trực tiếp 36,9% và hỗn hợp 5,2%.

Bảng 2. Vị trí khối thoát vị

Vị trí khối thoát vị	Số lượng (trường hợp)	Tỉ lệ (%)
Bên trái	32	56,2
Bên phải	19	33,3
Hai bên	6	10,5
Tổng	57	100

Thời gian phẫu thuật trung bình là $57,6 \pm 18,5$ (30 - 135) phút. Thời gian phẫu thuật trung bình thoát vị bên 1 bên là $44,7 \pm 17,5$ phút và 2 bên là $69 \pm 15,4$ phút. Tai biến trong phẫu thuật gồm một người bệnh (1,8%) do tổn thương nhánh nhỏ của động mạch thượng vị dưới được kẹp clip cầm máu. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $1,7 \pm 1$ (1 - 5) ngày. Trong thời gian hậu phẫu ghi nhận có 6 trường hợp bị sưng nề hoặc tụ dịch vùng bẹn bìu nên xếp loại khá, các trường hợp còn lại kết quả tốt 89,5% (Bảng 3). Chúng tôi theo dõi thời điểm 6 tháng không ghi nhận trường hợp nào tái phát.

Bảng 3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật trước khi ra viện

Kết quả	n (trường hợp)	Tỷ lệ (%)
Kết quả tốt	51	89,5
Kết quả khá	6	10,5
Tổng	57	100

4 BÀN LUẬN

Chúng tôi ghi nhận lý do vào viện vì khối phòng vùng ben chiếm 100%, 64,9% khối phòng không kèm theo đau và thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng chiếm 70,2%, điều này cho thấy ý thức điều trị bệnh tốt của người bệnh. Nghiên cứu trên 57 người bệnh được phẫu thuật TEP, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ thoát vị ben 2 bên chiếm 10,5%, tỉ lệ này thấp hơn với các nghiên cứu của Trương Thanh Sơn là 12,8%,² Nguyễn Chí Ngọc là 23,5%.¹ Hiện nay với sự tiến bộ về kỹ thuật, điều trị thoát vị ben hai bên bằng phẫu thuật TEP là tương đối dễ thực hiện và không tốn thêm nhiều thời gian đối với các phẫu thuật viên có kinh nghiệm, nhưng người bệnh sẽ được nhiều ưu điểm nhờ hạn chế được cuộc mổ nếu có xuất hiện thoát vị ben bên còn lại. Vì vậy việc thăm khám lâm sàng kết hợp thêm các cận lâm sàng là rất quan trọng sau khi người bệnh vào viện để từ đó có thể đưa ra chẩn đoán phù hợp, đặc biệt là các trường hợp thoát vị ben ẩn bên còn lại.

Thời gian phẫu thuật trung bình chúng tôi ghi nhận là $57,6 \pm 18,5$ phút. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Tiến và Phạm Văn Năng ghi nhận thời gian mổ trung bình là $60,3 \pm 21,3$ phút.⁴ Nghiên cứu của La Văn Phú và cộng sự trên 250 trường hợp ghi nhận thời gian mổ trung bình 1 bên là 47,6 phút và 2 bên là 71,7 phút.⁵ Với thời gian này chúng tôi nhận thấy là tương đối ngắn, điều này được thể hiện trong 57 trường hợp, biến chứng chỉ có 1 trường hợp tổn thương mạch máu nhỏ, còn lại tất

cả không ghi nhận biến chứng về phẫu thuật cũng như biến chứng trong gây mê.

Thời gian hồi phục tương đối ngắn thể hiện số ngày nằm viện trung bình sau mổ là 1.7 ± 1 ngày. Biến chứng chúng tôi ghi nhận trong thời gian hậu phẫu chỉ có tụ dịch và sưng nề vùng ben búi chiếm tỉ lệ thấp (10,5% mỗi loại). Chung Y và cộng sự ghi nhận tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp và khác biệt không đáng kể khi so sánh giữa nhóm cao tuổi và người trẻ, thời gian nằm viện trung bình sau mổ của nhóm cao tuổi là $3 \pm 1,5$ ngày.³

Theo dõi người bệnh tái khám ở các thời điểm sau 1 tháng, 6 tháng và 12 tháng. Nhận thấy rằng biến chứng sau phẫu thuật thấp. Có thể thấy việc sử dụng tấm lưới thoát vị định hình theo giải phẫu tốt hạn chế được biến chứng cũng như tỉ lệ tái phát sau mổ. Tuy nhiên, chúng tôi cần có thời gian theo dõi lâu dài hơn nữa để đánh giá biến chứng cũng như tái phát sau phẫu thuật. Mặc dù là vậy, nhưng với các kết quả hiện tại cũng cho thấy tính khả thi của phẫu thuật TEP, an toàn và ít tai biến biến chứng.

5 KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép định hình theo giải phẫu hoàn toàn trước phúc mạc có tính khả thi, an toàn và hiệu quả, tỷ lệ tái biến và biến chứng sau mổ thấp. Tuy nhiên, cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi lâu hơn để đánh giá kết quả lâu dài và tỷ lệ tái phát.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Chí Ngọc. *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị ben ở người bệnh trên 60 tuổi*. Luận văn Thạc sĩ của Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế; 2017:1-65.
2. Trương Thanh Sơn. *Đánh giá kết quả sớm điều trị thoát vị ben ở người lớn tuổi bằng phương pháp đặt mảnh ghép nội soi ngoài phúc mạc qua gây tê tủy sống tại Cần Thơ từ 2012 đến 2014*. Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ; 2014:1-100.
3. Chung Y, Choi JW, Kim HC, et al. Feasibility of totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic hernia repair in elderly patients. *Hernia*. 2019;23(2):299-303.
4. Nguyễn Minh Tiến, Phạm Văn Năng. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị ben ở người bệnh trên 40 tuổi năm 2020-2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022;51:212-220.
5. La Văn Phú, Tống Hải Dương, Đoàn Anh Vũ. Phẫu thuật thoát vị ben ngoài phúc mạc không dùng lưới cố định: Kinh nghiệm trên 250 ca tại Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ. *Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam*. 2024;3(14):40-4.

TÁN SỎI NIỆU QUẢN NỘI SOI NGƯỢC DÒNG CHO NGƯỜI BỆNH CÓ THAI (Kinh nghiệm trên 105 người bệnh)

Dương Văn Trung

Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đưa ra kinh nghiệm, đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phương pháp tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng cho người bệnh là phụ nữ mang thai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu trên 105 người bệnh là phụ nữ mang thai, đã được tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng laser, tại Bệnh viện Bưu điện, Hà Nội. Thực hiện trong 10 năm, từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 10 năm 2024.

Kết quả: Nghiên cứu trên 105 người bệnh cho thấy tuổi trung bình 23,5 tuổi (từ 19 tuổi - 35 tuổi). Tuổi thai trung bình 15 tuần (từ 3 tuần - 30 tuần). Thai 3 tháng đầu có 22 người bệnh (20,9%), 3 tháng giữa 38 người bệnh (36,2%) và 3 tháng cuối 45 người bệnh (42,9%). Kích thước sỏi trung bình 8,5 mm (từ 7 mm - 16 mm). Sỏi niệu quản đoạn trên 16 người bệnh (15,2%), sỏi niệu quản đoạn giữa 39 người bệnh (37,2%), sỏi niệu quản đoạn dưới 50 người bệnh (47,6%). Thận ứ nước độ 1 có 53 người bệnh (50,5%), thận ứ nước độ 2 có 47 người bệnh (44,8%), thận ứ nước độ 3 có 5 người bệnh (4,7%). Thời gian tán sỏi trung bình 12,5 phút (5 phút - 25 phút). Sử dụng ống mềm 5 người bệnh (3,7%), 130 người bệnh ống cứng (96,3%). Vô cảm bằng tê tủy sống 60 người bệnh (57,1%), mê tĩnh mạch 32 người bệnh (30,5%), tê tại chỗ niêm mạc 13 người bệnh (12,4%). Thời gian nằm viện trung bình 1,2 ngày (từ 1 đến 5 ngày). Tỷ lệ sạch sỏi 102 người bệnh (97,1%), 3 người bệnh còn mảnh sỏi nhỏ (2,9%). Tất cả 105 người bệnh sau tán sỏi sinh bé an toàn (100%). Biến chứng nhiễm khuẩn sốt nhẹ sau tán sỏi 3 người bệnh (2,8%).

Kết luận: Tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho người bệnh bị sỏi niệu quản tắc nghẽn ở phụ nữ mang thai. Tỷ lệ sạch sỏi cao, tỷ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên cần được thực hiện theo quy trình chặt chẽ và bác sĩ có nhiều kinh nghiệm.

Từ khóa: Mang thai, nội soi niệu quản, tán sỏi.

ABSTRACT

Objectives: To present our experience and evaluate the safety and effectiveness of retrograde ureteroscopic lithotripsy for pregnant women.

Subjects and Methods: A prospective study was conducted on 105 pregnant women who underwent retrograde ureteroscopic laser lithotripsy at Buu dien Hospital, Hanoi, over a period of 10 years, from January 2015 to October 2024.

Results: The study included 105 patients, with a median age of 23.5 years (range: 19–35 years). The median gestational age was 15 weeks (range: 3–30 weeks). In terms of trimester distribution, 22 patients (20.9%) were in the first trimester, 38 patients (36.2%) in the second trimester, and 45 patients (42.9%) in the third trimester. The stone size ranged from 7 to 16 mm (mean: 8.5 mm). Stones were located in the upper ureter in 16 patients (15.2%), in the middle ureter in 39 patients (37.2%), and in the lower ureter in 50 patients (47.6%). Hydronephrosis

was classified as grade 1 in 53 patients (50.5%), grade 2 in 47 patients (44.8%), and grade 3 in 5 patients (4.7%). The median operative time was 12.5 minutes (range: 5–25 minutes). Flexible ureteroscopy (URS) was used in 5 patients (4.8%), and rigid URS was used in 100 patients (95.2%). Spinal anesthesia was administered in 60 patients (57.1%), intravenous anesthesia in 32 patients (30.5%), and mucosal anesthesia in 13 patients (12.4%). The average hospital stay was 1.2 days (range: 1–5 days). The stone clearance rate was 97.1% (102 patients), while three patients (2.9%) had residual small stone fragments. All 105 patients successfully delivered healthy babies (100%). Postoperative infection occurred in 3 patients (2.8%).

Conclusion: Retrograde ureteroscopic lithotripsy is a safe and effective treatment for ureteral stone obstruction in pregnant women. It offers a high stone-free rate and low complication rate. However, strict adherence to treatment protocols and the guidance of experienced medical personnel are essential for optimal outcomes.

Keywords: *Pregnancy, ureteroscopy, lithotripsy.*



TS.BS Dương Văn Trung – Trưởng khoa Ngoại Tiết niệu tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng cho người bệnh

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu chiếm tỷ lệ 1,7 trên 1000 ở phụ nữ có thai, có thể xảy ra trong bất kỳ giai đoạn nào, nhưng thường gặp hơn trong 6 tháng cuối của thời kỳ mang thai. Tỷ lệ mắc sỏi tiết niệu ở phụ nữ mang thai nhiều lần cao hơn so với phụ nữ mang thai lần đầu.¹

Trước đây mổ mở lấy sỏi thì sảy thai và đẻ non sau mổ chiếm tỷ lệ từ 6,5% đến 11,9%.² Ngày nay tán sỏi niệu

quản nội soi ngược dòng được cho là phương pháp nhẹ nhàng, hiệu quả, đang được thực hiện nhiều hơn cho người mang thai.³ Tuy nhiên vẫn còn nhiều lo lắng về sự an toàn cho mẹ và con.

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là đưa ra kinh nghiệm, đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phương pháp tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng cho phụ nữ mang thai.



2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

105 người bệnh là phụ nữ mang thai, đã được tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng laser, tại Bệnh viện Bưu điện, Hà Nội. Thực hiện trong 10 năm, từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 10 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc.

2.2.1. Lựa chọn bệnh nhân:

- Phụ nữ mang thai có sỏi niệu quản điều trị nội khoa thất bại.
- Không có nhiễm khuẩn tiết niệu.
- Thai đang phát triển bình thường.

2.2.2. Theo dõi sau tán sỏi:

+Theo dõi gần:

- Theo dõi các triệu chứng lâm sàng.
- Siêu âm sau tán kiểm tra hết sỏi, siêu âm kiểm tra thai.

+ Theo dõi sau 1 tháng: Liên hệ qua điện thoại hỏi người bệnh các triệu chứng về bệnh tiết niệu, và kết quả khám thai định kỳ.

+ Theo dõi sau khi sinh: Liên hệ người bệnh qua điện thoại hỏi kết quả sau sinh.

2.2.3. Thu thập và xử lý số liệu: Từ hồ sơ bệnh án và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

3 KẾT QUẢ

Bảng 1. Các chỉ số người bệnh trước tán sỏi (n= 105)

Các chỉ số		Trung bình
Tuổi trung bình người bệnh (tuổi)		23,5 (19-35)
Tuổi thai trung bình (tuần)		15 (3- 30)
Kích thước sỏi trung bình (mm)		8,5 (7-16)
		Người bệnh (%)
Giai đoạn của tuổi thai	3 tháng đầu	22 (20,9%)
	3 tháng giữa	38 (36,2%)
	3 tháng cuối	45 (42,9%)

Các chỉ số		Trung bình
Tiền sử sản khoa	Mang thai lần đầu	37(35,2%)
	Mang thai lần 2	68 (64,8%)
Triệu chứng nhập viện	Đau	105 (100%)
	Đau và đái máu	15 (14,3%)
Vị trí sỏi niệu quản	Bên phải	49 (46,6%)
	Bên trái	56 (53,4%)
	1/3 trên	16 (15,2%)
	1/3 giữa	39 (37,2%)
	1/3 dưới	50 (47,6%)
	Sỏi niệu quản và sỏi thận	30 (28,5%)
Thận ứ nước	Độ 1	53 (50,5%)
	Độ 2	47 (44,8%)
	Độ 3	5 (4,7%)
Siêu âm chẩn đoán	Xác định được sỏi	87 (82,9%)
	Niệu quản giãn không thấy sỏi	18 (17,1%)

Bảng 2. Kết quả tán sỏi (n= 105)

Các chỉ số		Trung bình
Thời gian tán sỏi trung bình (phút)		12,5 (5-25)
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)		1,2 (1-5)
		Người bệnh (%)
Giảm đau	Gây tê tủy sống	60 (57,1%)
	Gây mê tĩnh mạch	32 (30,5%)
	Tê niêm mạc tại chỗ	13 (12,4%)
Dụng cụ ống soi	Ống cứng	100 (95,2%)
	Ống mềm	5 (4,8%)
Kết quả tán sỏi	Sạch sỏi	102 (97,1%)
	Còn mảnh sỏi	3 (2,9%)
Thời gian đặt ống thông JJ	Rút trước 3 tuần	99 (94,3%)
	Rút sau khi sinh	6 (5,7%)
Thai khỏe và đẻ đủ tháng		105 (100%)

Bảng 3. Biến chứng (n= 105)

Các biến chứng	Người bệnh (%)	Xử lý
Đái máu do ống thông JJ	7 (6,6%)	Thuốc cầm máu
Nhiễm khuẩn, có sốt nhẹ	3 (2,9%)	Kháng sinh
Biến chứng thai	0 (0%)	

4 BÀN LUẬN

Phụ nữ mang thai có sự thay đổi về giải phẫu làm cho đường tiết niệu bị ứ trệ và biến đổi về chuyển hoá gây tăng can-xi huyết, là nguyên nhân thuận lợi để tạo sỏi tiết niệu. Sỏi tiết niệu thường gặp ở phụ nữ đẻ nhiều lần hơn là đẻ lần đầu (tỷ lệ 3/1) và thường ở vào những tháng sau của kỳ thai.¹ Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả. Tỷ lệ sỏi ở thai lần đầu là 35,2% và thai lần 2 là 64,8%. Sỏi trong giai đoạn thai 3 tháng đầu chiếm tỷ lệ 20,9%, 3 tháng giữa và cuối là 36,2% và 41,9%.

Điều trị trước tiên bằng nội khoa với các thuốc giảm đau, giãn cơ, 50-80% sỏi có thể tự trôi ra ngoài, đặc biệt

là sỏi <6 mm. Không dùng thuốc giảm đau nonsteroid vì có hại cho mạch máu nuôi dưỡng thai.³ 3 tháng đầu là thời kỳ hình thành thai cho nên rất nhạy cảm với các tác nhân không có lợi cho thai, cho nên cố gắng điều trị bảo tồn trong 3 tháng đầu và can thiệp trong 6 tháng sau. Nếu điều trị bảo tồn thất bại, người bệnh đau nhiều, hoặc sỏi gây tắc niệu quản 3-4 tuần thì điều trị can thiệp phải đặt ra.³

Nội soi niệu quản ngược dòng đã được thực hiện từ những năm 80. Đến năm 1996, Carringer và Scarpa đã có những báo cáo đầu tiên về nội soi niệu quản cho phụ nữ có thai. Theo T L. Ho, M. Lyon, A.J. Sun heo Lifshitz DA thì nội soi niệu quản là lựa chọn ưu tiên để can thiệp sỏi niệu quản.⁴ Kết quả tán sỏi của chúng tôi cho tỷ lệ sạch sỏi là 97,1%. Còn các mảnh sỏi nhỏ 3 người bệnh (2,9%), các người bệnh này thai 3 tháng cuối và sỏi gần thận trên người bệnh có sỏi thận kèm theo, cho nên chúng tôi đặt thông JJ đợi sau sinh can thiệp sỏi thận. Chúng tôi đặt thông JJ cho tất cả người bệnh sau tán sỏi, rút thông JJ trước 3 tuần chiếm 94,3%, có 5,7% lưu thông JJ sau sinh do còn sỏi vụn lên thận và gần ngày sinh.



❏ Các bác sĩ khoa Ngoại Tiết niệu đi buồng thăm khám cho người bệnh

Vấn đề giảm đau, Theo L. Ho, M. Lyon phát hiện ra rằng loại gây mê và thời điểm thực hiện các thủ thuật lấy sỏi trong khi mang thai không liên quan đến sinh non.⁴ Nghiên cứu chúng tôi có 57,1% gây tê tủy sống, 30,5% gây mê tĩnh mạch, và 12,4% tê niêm mạc tại chỗ. Chúng tôi chọn gây tê niêm mạc lý do là sỏi nhỏ gần bàng quang, thai 3 tháng đầu và người bệnh muốn tránh hoàn toàn các nguy cơ do thuốc giảm đau gây nên.

Tán sỏi niệu quản khi thai < 22 tuần, còn khi thai vào những tháng sau và sỏi niệu quản đoạn trên thì có thể dẫn lưu thận ra da, hoặc đặt stent JJ niệu quản đợi sau khi sinh thì tán sỏi sau. Tuy nhiên, đối với 2 phương pháp này cần theo dõi chặt chẽ, thăm khám 3 tuần một lần để tránh các biến chứng tiềm ẩn gây nên.⁶ Theo chúng tôi dẫn lưu thận ra da dưới hướng dẫn của siêu âm chỉ thực hiện khi sỏi gây ứ nước nặng hoặc ứ mủ thận, hoặc phương pháp nội soi niệu quản ngược dòng không thực hiện được, không đặt được stent JJ niệu quản do sỏi bám chặt vào niệu quản. Dẫn lưu thận gặp một số khó khăn như chảy máu, tắc ống dẫn lưu phải thay ống, nhiễm khuẩn thứ phát.³

Nội tiết tố thay đổi cho nên thành niệu quản rất mềm mại và dễ tổn thương, chính vì vậy quá trình tán sỏi và thao tác máy yêu cầu rất nhẹ nhàng, theo Jong M Choe thì tỷ lệ thủng niệu quản có thể lên tới là 17%.³ Chúng tôi không gặp biến chứng tổn thương niệu quản nào. Sự ứ trệ đường tiết niệu trên phụ nữ có thai là cơ

hội dễ gây viêm thận, bể thận. Nghiên cứu của Patrick Juliebø-Jones cho tỷ lệ nhiễm khuẩn là 3,4%, shock nhiễm khuẩn là 0,7%, tiểu máu 0,7%.⁵ Kết quả của chúng tôi cho tỷ lệ nhiễm khuẩn là 2,9%, 3 người bệnh này có sốt nhẹ sau tán, sử dụng kháng sinh sau 5 ngày ra viện. Đái máu nhẹ do ống thông JJ là 6,6% phải uống thuốc cầm máu. Lựa chọn kháng sinh cho phụ nữ có thai là khó khăn, chính vì vậy chúng tôi luôn kiểm soát tốt nhiễm khuẩn trước tán sỏi và tuyệt đối vô khuẩn trong các thao tác tán sỏi.

Sự an toàn cho thai sau tán sỏi là mục tiêu chính, nghiên cứu 146 người bệnh đa trung tâm trên 12 bệnh viện của Hiệp hội Tiết niệu châu Âu đưa ra kết luận: Tán sỏi cho phụ nữ mang thai có thể được thực hiện với nguy cơ biến chứng nghiêm trọng thấp.⁵ Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tất cả 105 người bệnh sau tán sỏi đều sinh đúng ngày và an toàn.

5 KẾT LUẬN

Tuỳ theo từng giai đoạn phát triển của thai và mức độ biến chứng của sỏi niệu quản gây nên mà có thái độ xử lý thích hợp. Tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho người bệnh bị sỏi niệu quản tắc nghẽn ở phụ nữ mang thai, tỷ lệ sạch sỏi cao, tỷ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên cần được thực hiện theo quy trình chặt chẽ và bác sĩ có nhiều kinh nghiệm.

Tài liệu tham khảo

1. Kavoussi LR, Albala DM, Basler JW, et al. Percutaneous management of urolithiasis during pregnancy. *J Urol*, 1993 Jul; 150(1): 199.
2. Denstedt JD, Razvi H. Management of urinary calculi during pregnancy. *J Urol*. 1992 Sep; 148(3 Pt 2): 1072-4; discussion 1074-5.
3. Choe JM, Prasad R. Pregnancy and Urolithiasis. *Medscape*. 2004. <https://emedicine.medscape.com/article/455830-treatment>
4. Ho L, Lyon M, Sun AJ, et al. Does the type of anesthesia during procedural management of suspected renal colic during pregnancy have an impact on preterm birth? *Can Urol Assoc J*, 19 (2025), pp. 10-16.
5. Juliebø-Jones P, Gauhar V, De S, et al. Uteroscopy for Urolithiasis in Pregnancy: Outcomes of a Multicentre Study on Behalf of the European Association of Urology Section of Endourology. *EU Open Science*. Volume 76, June 2025, 65-70.
6. Kapoor SR, Maldow DJ, Baran TM, et al. Rethinking time-to-exchange: outcomes of nephrostomy tube placement in pregnancy. *J Vasc Interv Radiol*, 32 (2021), pp. 1231-1233.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN SAN HÔ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Trịnh Hoàng Hoan

Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Bưu điện



ThS.BS Trịnh Hoàng Hoan - Phó Trưởng khoa Ngoại Tiết niệu thực hiện phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận san hô cho người bệnh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 108 người bệnh sỏi thận san hô được điều trị bằng tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Bưu điện thời gian từ tháng 6/2024 - tháng 6/2025.

Kết quả: Phân loại sỏi: sỏi san hô S3 chiếm 54,6% ; S4 chiếm 36,1%; S5 là 9,3%. Vị trí chọc dò nhiều nhất là đài giữa thận với 66,7%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 17,6%, trong đó sốt, nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm 13%. Tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ là: 74,1%. Sau 1 tháng tỷ lệ sạch sỏi là 85,2%.

Kết luận: Điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Bưu điện là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỷ lệ sạch sỏi cao và biến chứng thấp.

Từ khóa: Sỏi thận san hô, tán sỏi qua da đường hầm nhỏ.

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to evaluate the treatment outcomes of staghorn stones using mini-percutaneous nephrolithotomy (mini-PCNL) at Buu dien Hospital.

Subjects and Methods: This study was a descriptive analysis of 108 patients with staghorn stones treated by mini-percutaneous nephrolithotomy at Buu dien Hospital from June 2024 to June 2025.

Results: Regarding classification of stones, staghorn stones S3, S4, and S5 accounted for 54.6%, 36.1% and 9.3% respectively. The most often appropriate puncture site was the middle calyx of the kidney, which accounted for 66.7%. The complication was 17.6%, with fever and urinary tract infections accounting for 13%. The primary stone-free rate after mini-PCNL was 74.1%, and the stone-free rate has been reported at 85.2% after one month.

Conclusion: Treatment of staghorn stones by mini-PCNL at Buu dien Hospital is a safe and effective method with high free-stone rates and a lower complication rate.

Keywords: *Staghorn stone, mini-PCNL.*

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận san hô là các trường hợp sỏi bể thận có nhánh vào trong các đài thận. Trước những năm 1980 điều trị sỏi thận san hô chủ yếu là mổ mở lấy sỏi. Gần đây nhờ sự phát triển của khoa học kỹ thuật trong lĩnh vực nội soi, đã cho ra đời rất nhiều phương pháp ít xâm lấn điều trị bệnh lý tiết niệu nói chung và sỏi thận nói riêng.¹ Trong đó phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ (mini PCNL) được chỉ định cho một số trường hợp sỏi thận lớn phức tạp thay cho mổ mở.² Theo khuyến cáo của Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu (EAU) năm 2025, mini PCNL là lựa chọn hàng đầu trong điều trị sỏi thận san hô.² Tại Việt Nam mini PCNL cũng đang được triển khai ở nhiều cơ sở y tế dần thay thế cho phương pháp mổ mở kinh điển. Bệnh viện Bưu điện áp dụng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận từ năm 2017 cho đến nay. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Bưu điện với mục tiêu đánh tỷ lệ sạch sỏi và biến chứng của phương pháp này.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 108 người bệnh có sỏi thận san hô tiến hành tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Bưu điện từ tháng 6/2024 – tháng 6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Người bệnh có sỏi thận san hô được tán sỏi qua da đường hầm nhỏ lấy sỏi, có hồ sơ bệnh án đầy đủ các chỉ tiêu cần nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

+ Sỏi thận san hô phối hợp với sỏi vị trí khác, hồ sơ bệnh án không đầy đủ các chỉ tiêu cần nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu từ tháng 6/2024 - tháng 6/2025

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Bằng phương pháp chọn cỡ mẫu thuận tiện thu được 108 người bệnh nằm trong nhóm đối tượng nghiên cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- + Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: phân loại hình thái sỏi dựa trên kết quả CLVT.
- + Tiêu chuẩn phân loại sỏi thận san hô: sỏi thận san hô là sỏi S3, S4, S5 dựa theo phân loại của F. Rocco³ xác định như sau:
 - Sỏi S0: Sỏi đài thận đơn thuần (đài dưới, đài giữa hoặc đài trên).
 - Sỏi S1: Sỏi bể thận đơn thuần một viên.
 - Sỏi S2: Sỏi bể thận kết hợp với nhiều viên nhỏ ở đài thận.
 - Sỏi S3: Sỏi bán san hô (sỏi bể thận có một nhánh xuống đài giữa hoặc đài dưới).

- Sỏi S4: Sỏi san hô 2 nhánh (sỏi bể thận có hai nhánh xuống đài thận).
- Sỏi S5: Sỏi san hô toàn bộ (sỏi đúc khuôn cả bể thận và các nhóm đài).

+ Đặc điểm trong và sau mổ: Vị trí chọc dò, biến chứng sau mổ.

+ Tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ và 1 tháng sau khi ra viện.

2.3. Quy trình phẫu thuật: Người bệnh phẫu thuật được hội chẩn trước mổ, chuẩn bị trước mổ, tiến hành phẫu thuật theo quy trình chung của Bệnh viện Bưu điện.

3 KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của sỏi trên chẩn đoán hình ảnh

Bảng 1. Đặc điểm của sỏi thận san hô trên chẩn đoán hình ảnh

Đặc điểm	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Phân loại hình thái sỏi	S3	59
	S4	39
	S5	10
Tổng	108	100

Nhận xét: Hình thái sỏi: Sỏi thận san hô S3 (54,6%); S4 chiếm 36,1%; S5 (9,3%).

3.2. Quá trình tán sỏi

Bảng 2. Vị trí chọc dò tạo đường hầm vào đài bể thận

Nhóm đài	S3	S4	S5	Tổng số	Tỷ lệ%
Đài trên	0	1	1	2	1,8
Đài giữa	39	28	5	72	66,7
Đài dưới	20	10	4	34	31,5
Tổng	59	39	10	108	100%

Nhận xét: Vị trí chọc chủ yếu là đài giữa với 66,7%; đài dưới là 31,5%. Ngoài ra có 83 trường hợp tạo 1 đường hầm (76,8%); 2 đường hầm là 22 trường hợp (20,4%); 3 đường hầm (2,8%).

3.3. Biến chứng của phẫu thuật

Bảng 3. Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng	Số người bệnh	Tỷ lệ%
Không có biến chứng	89	82,4
Sốt, nhiễm khuẩn tiết niệu	14	13,0
Chảy máu phải truyền máu	3	2,8
Sốc nhiễm khuẩn	2	1,8
Biến chứng khác	0	0
Tổng	108	100

Nhận xét: Có 17,6% người bệnh có biến chứng sau mổ trong đó chủ yếu là sốt, nhiễm khuẩn với 13% ; 2 trường hợp sốc nhiễm khuẩn (1,8%). Có 3 trường hợp truyền máu sau mổ (2,8%).

3.4. Kết quả tán sỏi

Bảng 4. Kết quả tán sỏi

Đặc điểm	Số người bệnh	Tỷ lệ%
Kết quả tán sỏi ngay sau mổ (n=108)	Sạch sỏi	80
	Sốt sỏi	28
Các can thiệp khác sau tán lần 1 sỏi sỏi	Không can thiệp, điều trị nội	6
	Tán sỏi qua da lần 2	19
	Tán sỏi qua da lần 3	3
Kết quả tán sỏi sau 1 tháng	Sạch sỏi	92
	Sốt sỏi	16

Nhận xét: Kết quả tán sỏi ngay sau mổ: có 80 người bệnh chiếm (74,1%) sạch sỏi và 28 người bệnh (25,9%) còn sỏi sỏi. Trong đó 19 trường hợp (17,6%) tán sỏi lần 2. Khám lại sau 1 tháng tỷ lệ sạch sỏi là 85,2%.

4 BÀN LUẬN

4.1. Vị trí chọc dò và tạo đường hầm

Lựa chọn vị trí chọc dò vào thận là rất quan trọng trong quy trình tán sỏi qua da đường hầm nhỏ. Chúng tôi ưu tiên chọc dò vào vị trí đài giữa hoặc đài dưới đối với sỏi thận san hô do có thể tiếp cận nhiều vị trí trong đài bể thận để tán sỏi nhằm hạn chế biến chứng với tỷ lệ

chọc dò đài giữa là 66,7%; đài dưới là 31,5%. Sỏi san hô là loại phức tạp nằm ở nhiều đài thận, để kiểm soát tốt sỏi cũng như tăng tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu có 22 người bệnh cần tạo 2 đường hầm chiếm 20,4% và 3 trường hợp chiếm 2,8% tạo 3 đường hầm. Theo Nguyễn Nhật An tỷ lệ chọc dò đài dưới là cao nhất chiếm 64,9%; đài giữa là 33,3%; tỷ lệ 2 đường hầm là 20,2% và 3 đường hầm là 3,6%.⁴

4.2. Biến chứng sau mổ

Tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu là 17,6%; trong đó sốt, nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm 13% (14 người bệnh); 2 trường hợp sốc nhiễm khuẩn (1,8%). Tỷ lệ người bệnh cần truyền máu sau mổ (2,8%). Với sỏi thận san hô cần tiếp cận sỏi nhiều vị trí, thời gian tán sỏi kéo dài sẽ làm tăng nguy cơ biến chứng, cũng như trong quá trình tán sỏi vụn có thể giải phóng vi khuẩn tiềm ẩn bên trong gây tình trạng nhiễm khuẩn sau mổ. Theo Nguyễn Minh Anh tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ là 9,6%; truyền máu sau mổ là 13,5%; một trường hợp chảy máu chuyển mổ mở (1,9%).⁵ Ahmed đánh giá kết quả điều trị sỏi san hô bằng mini PCNL cho thấy biến chứng sau phẫu thuật (chiếm 22%), trong đó có 14% người bệnh cần truyền máu.⁶

4.3. Tỷ lệ sạch sỏi sau tán sỏi qua da

Tỷ lệ sạch sỏi là một trong những tiêu chí quan trọng để đánh giá tính hiệu quả của các phương pháp điều trị sỏi thận. Trong nghiên cứu này, kết quả sạch sỏi ngay sau mổ là 74,1%. Có 28 người bệnh chiếm 25,9% còn sót sỏi. Trong đó 6 trường hợp điều trị nội khoa; còn



✚ Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ là phương pháp tương đối an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi thận san hô tại Bệnh viện Bưu điện

lại 19 trường hợp được tiến hành tán sỏi qua da lần 2 (17,6%) và 3 trường hợp tán sỏi lần 3 (2,8%). Người bệnh khám lại sau 1 tháng thì có 92 trường hợp chiếm 85,2% sạch sỏi và 16 trường hợp sót sỏi. Sỏi san hô là loại sỏi phức tạp, kích thước lớn thì vấn đề sót sỏi sau tán là khó tránh khỏi. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng mức độ phức tạp của sỏi đi kèm với tỷ lệ sót sỏi.¹ Theo tác giả Nguyễn Minh Anh tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 80,8%.⁵ Trong nghiên cứu của Ahmed tỷ lệ sạch sỏi chung là 79%.⁶

5 KẾT LUẬN

Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận san hô với tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 85,2%, không gặp tai biến và biến chứng lớn. Chúng tôi nhận thấy là phương pháp tương đối an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi thận san hô.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Hoàng Đức, Nguyễn Tân Cương, Trần Lê Linh Phương. Phẫu thuật lấy sỏi thận qua da. *Ngoại khoa*. 2007; tập 57, trang 35-41.
2. Skolarikos A, Geraghty R, Somani B, et al. European Association of Urology Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Urolithiasis. *Eur Urol*. 2025; 88:64-75.
3. Rocco F, Mandressi A, Larcher P. Surgical Classification of Renal Calculi. *Eur. Urol*. 1984; 10: pp 121-123.
4. Nguyễn Nhật An, Lê Ánh Nguyệt, Cao Quyết Thắng. Đánh giá kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi san hô tại Bệnh viện Quân Y 103. *Y Học Việt Nam*. 2022; Tập 519 Tháng 10 Số Chuyên Đề; trang 3 – 10
5. Nguyễn Minh An, Đỗ Hải Hùng. Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương năm 2020. *Y Học Việt Nam*. 2021; Tập 503 Tháng 6 Số 2 ; trang 67 – 70.
6. El-Nahas AR, Eraky I, Shokeir AA, et al. Percutaneous nephrolithotomy for treating staghorn stones: 10 years of experience of a tertiary-care centre. *Arab J. Urol.*. 2012; 10, pp 324 – 329.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TRĨ CÓ LASER HỖ TRỢ TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Hoàng Việt Hưng, Phạm Trường Giang, Phạm Văn Quỳnh, Đinh Hồng Quân

Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật trĩ có laser hỗ trợ (Laser Hemorrhoidoplasty/ Laser Hemorrhoidopexy, LPH).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 157 người bệnh được điều trị bằng phẫu thuật LPH tại Bệnh viện Bưu điện từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình người bệnh là $42,8 \pm 14,3$. Trĩ độ 3 chiếm tỉ lệ cao nhất 52,2%. Thời gian mổ trung bình là $32,8 \pm 7,3$ phút. Thang điểm đau trung bình (VAS) là 2,3. Thời gian nằm viện trung bình là 1,2 ngày. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 6,4%. 100% người bệnh trở lại sinh hoạt bình thường sau 1 tháng.

Kết luận: Phương pháp điều trị phẫu thuật trĩ có laser hỗ trợ là an toàn, dễ thực hiện, có thể lặp lại và là điều trị thay thế hiệu quả trong điều trị trĩ có triệu chứng.

Từ khóa: Laser bán dẫn bước sóng 1470, phẫu thuật điều trị trĩ có laser hỗ trợ.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the clinical results and results of laser-assisted hemorrhoid surgery (Laser Hemorrhoidoplasty or Laser Hemorrhoidopexy, LPH).

Subjects and methods: Descriptive, retrospective study of 157 patients treated with LPH surgery at Buu dien Hospital from August 2023 to August 2024.

Results: The average age of the patients was 42.8 ± 14.3 years. Grade 3 hemorrhoids accounted for the highest proportion of 52.2%. The average surgical time was 32.8 ± 7.3 minutes. The mean pain score (VAS) was 2.3. The mean hospital stay was 1.2 days. The overall postoperative complication rate was 6.4%. One hundred percent of patients returned to normal activities of daily living within one month.

Conclusion: Laser-assisted hemorrhoidectomy is safe, easy to perform, repeatable, and an effective alternative treatment for symptomatic hemorrhoids.

Keywords: 1470 wavelength semiconductor laser, laser-assisted hemorrhoidectomy.



Đội ngũ bác sĩ khoa Ngoại Tổng hợp và Cộng hòa Liên bang Đức chuyển giao kỹ thuật điều trị bệnh trĩ có laser hỗ trợ

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Trĩ là bệnh lý thường gặp nhất ở hậu môn – trực tràng, ảnh hưởng nhiều triệu người trên khắp thế giới, là vấn đề lớn về y tế và kinh tế - xã hội. Các triệu chứng thường gặp nhất bao gồm chảy máu, đau, kích thích hậu môn, khối sa hậu môn, bệnh làm giảm chất lượng sống của người bệnh. Do tỉ lệ hiện mắc cao, điều trị ngoại khoa bệnh trĩ hiệu quả và ít đau là mối quan tâm hàng đầu của phẫu thuật viên đại – trực tràng. Phẫu thuật trĩ có laser hỗ trợ (LPH) được phát triển để điều trị trĩ có triệu chứng bằng cách làm teo các nhánh tận của ĐM trực tràng trên ở khoảng 3 – 4 cm trên đường lược.^{1,2} Bệnh viện Bưu điện áp dụng phương pháp phẫu thuật LPH từ 2023 cho đến nay, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị và biến chứng của phương pháp này.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 157 người bệnh được phẫu thuật trĩ có laser hỗ trợ tại Bệnh viện Bưu điện từ 8/2023 đến 8/2024

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện, lấy hồ sơ của những người bệnh đủ điều kiện.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh được phẫu thuật theo phương pháp này có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có hồ sơ bệnh án ghi chép không đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.

2.3. Kỹ thuật thực hiện

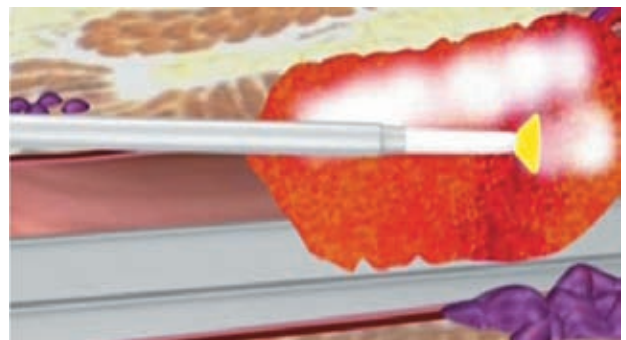
Trong phương pháp phẫu thuật LPH, chúng tôi sử dụng máy laser diode (Biolitec, Đức): Sử dụng bước sóng 1470 nm, cài đặt chế độ điều trị sóng xung (Pulse mode); công suất 8-10W; số xung Infinity; thời gian xung hoạt động 3 giây; thời gian xung nghỉ 1 giây.

Thăm khám, đánh giá tình trạng búi trĩ, niêm mạc trực tràng, cơ thắt hậu môn với van mở hậu môn. Thực hiện Mucopexy trong trường hợp sa búi trĩ.

Dùng kẹp Allis giữ cố định da quanh hậu môn vị trí tiếp nối với búi trĩ, đưa sợi laser vào lớp dưới niêm mạc và

kích hoạt năng lượng từng đợt ngắn bằng bàn đạp chân. Giữ đầu sợi laser ở trong búi trĩ, đảm bảo sợi song song với ống hậu môn và không chạm vào lớp niêm mạc từ bên trong (đèn dẫn hướng sẽ giúp xác định vị trí của đầu sợi).

Bắt đầu kích hoạt năng lượng từ gốc trĩ, trên đường lược khoảng 2 cm (mỗi 1 xung khoảng 3s). Sau mỗi xung lùi lại 5 mm và phát xung tiếp theo cho đến khi hết chiều dài búi trĩ.



Hình 1. Kỹ thuật thực hiện

Sau một số lần bắn laser, dùng ngón tay ấn vào búi trĩ 15-20s, tiếp theo ép bằng nước đá viên 1 phút 30s - 2 phút. Tiếp tục đưa sợi vào 1 line khác của búi trĩ và lặp lại các bước đối với búi trĩ kích thước lớn. Khâu treo niêm mạc búi trĩ trên đường lược 1cm trong trường hợp búi trĩ sa nhiều. Xử lý các tổn thương khác nếu có: cắt polyp, cắt bỏ da thừa, lấy bỏ máu cục trong trĩ tắc mạch. Trường hợp búi trĩ có búi trĩ ngoại, tiến hành cắt búi trĩ bằng phương pháp Ferguson. Đặt 01 bao cao su chứa đá lạnh trong lòng ống hậu môn, rút sau mỗi 2 tiếng.

2.4. Nội dung nghiên cứu

Đánh giá kết quả nghiên cứu theo các chỉ tiêu sau: Đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới, phân loại trĩ); Kết quả điều trị (số lượng búi trĩ, thời gian phẫu thuật, thời gian

phát tia, năng lượng đốt, thời gian nằm viện); Đau hậu phẫu (được đánh giá bằng thang điểm VAS); Các biến chứng trong và sau mổ (chảy máu, bí tiểu, phù nề vùng hậu môn). Người bệnh được tái khám sau 2 tuần đầu, tiếp tục tái khám sau 1 tháng, 6 tháng và 12 tháng.

3 KẾT QUẢ

Từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024, chúng tôi phẫu thuật 157 trường hợp trĩ, gồm 76 nữ (48,4%) và 81 nam (51,6%). Các triệu chứng chủ yếu là sa trĩ và chảy máu. Nội soi trực tràng trước mổ cho thấy trĩ nội độ 3 chiếm tỷ lệ 52,2% (Bảng 1).

Bảng 1. Kết quả nội soi trước mổ (phân loại Goligher)

Mức độ sa trĩ	Số trường hợp	Tỉ lệ%
Trĩ sa độ 2	31	19,8
Trĩ sa độ 3	82	52,2
Trĩ sa độ 4	33	21,0
Trĩ hỗn hợp	11	7,0

Số búi trĩ đếm được trong lúc mổ thường là 3 búi (99 trường hợp, 63,1%). Vị trí thường gặp của các búi trĩ là 3, 7, 11 giờ. Có 13 trường hợp (8,3%) polyp hậu môn, 8 trường hợp (5,1%) có sa niêm mạc trực tràng, 59 trường hợp (37,6%) có da thừa (Bảng 2).

Bảng 2. Các tổn thương phối hợp

Tổn thương phối hợp	Số trường hợp	Tỉ lệ%
Nút kẽ hậu môn	1	0,6
Polyp hậu môn	13	8,3
Sa niêm mạc trực tràng	8	5,1
Da thừa hậu môn	59	37,6

Thời gian phẫu thuật trung bình là 32,8 phút trong đó ngắn nhất là 15 phút, dài nhất là 60 phút. Trong quá trình phẫu thuật, thời gian phát tia trung bình là 112 ± 12,3 giây, tổng năng lượng trung bình là 1340J. Thời gian nằm viện trung bình là 1,2 ngày. Điểm đau VAS sau mổ trung bình là 2,3.

Các biến chứng sau mổ thường gặp là chảy máu chiếm 3,2% (Bảng 3) và thường hết sau 10 ngày. Tại thời điểm tái khám 1 tháng sau mổ, các bệnh nhân

trở về sinh hoạt bình thường. Thời điểm tái khám sau 6 tháng, 12 tháng không có trường hợp nào tái phát.

Bảng 3. Biến chứng sau mổ

Chảy máu	5	3,2%
Bí tiểu thoáng qua	3	1,9%
Phù nề hậu môn	2	1,3%

4 BÀN LUẬN

Mặc dù sinh lý bệnh học thật sự của bệnh trĩ vẫn còn nhiều tranh cãi, gần đây, thuyết mạch máu được coi là nguyên nhân tiềm năng nhất. Theo lý thuyết này, dòng máu động mạch trong các ĐM trĩ trên làm giãn nở đám rối tĩnh mạch trĩ, dựa trên các nghiên cứu giải phẫu về hệ nối tắt động mạch trĩ không thông qua hệ mao mạch trung gian.

Như các kỹ thuật không cắt bỏ khác, nên tránh tác động vào vùng da hậu môn nhạy cảm bên dưới đường lược để giảm đau sau mổ tối đa. Năng lượng laser phát ra ở 3 – 4 cm trên đường lược, nơi các nhánh của ĐM có đường kính tối đa 2 mm và có khuynh hướng đi ra phía bề mặt niêm mạc.³

Do ưu thế gây đông máu bằng nhiệt, tác động làm teo của laser trên các động mạch dưới niêm mạc chọn lọc hơn, tổn thương niêm mạc quanh động mạch cũng giảm tối đa so với HAL và THD (thường gây sẹo và co rút niêm mạc trực tràng nhiều hơn).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện trên 157 trường hợp vào viện vì đại tiện sa trĩ và chảy máu. Nội soi trước mổ cho thấy trĩ độ II, III chiếm đa số với 72%, số búi trĩ thường gặp là 3 chiếm 63,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Dương Văn Hải với trĩ độ III chiếm 72,5%,⁴ Hồ Chí Thanh và cộng sự, tỷ lệ này là 66,1%.⁵

Thời gian phẫu thuật trung bình là 32,8 phút, trong đó thời gian phát sung là 112 ± 12,3 giây, tổng năng lượng trung bình là 1340J. Thời gian phẫu thuật này tương đương với nghiên cứu của các tác giả Dương Văn Hải là 34,1 phút,⁴ K R Majumder là 28,6 phút.⁶ Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với tác giả Hồ Chí Thanh là 15,9 phút.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có tổn thương phối hợp chiếm 51,6%, các tổn thương này đều được can thiệp nên thời gian phẫu thuật cao hơn so với các nghiên cứu khác.



Khoa Ngoại Tổng hợp - "Nơi gửi trọn niềm tin" của người bệnh

Người bệnh sử dụng giảm đau sau mổ chiếm 53,6%, điểm VAS trung bình là 2,3. Tỷ lệ này cao hơn các nghiên cứu của các tác giả khác, nguyên nhân do phần lớn các trường hợp sử dụng giảm đau sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi đều có can thiệp khâu treo niêm mạc, cắt búi trĩ kết hợp và cắt da thừa. Biến chứng sau mổ chiếm tỷ lệ 6,4%, chủ yếu là chảy máu, tất cả biến chứng được điều trị nội khoa không cần can thiệp phẫu thuật. Thời gian nằm viện ngắn chỉ 1, 2 ngày.

5 KẾT LUẬN

Dựa trên các chứng cứ hiện có và kết quả nghiên cứu, LPH là phương pháp an toàn, dễ thực hiện, có thể lặp lại và là điều trị thay thế hiệu quả trong điều trị trĩ có triệu chứng không sa trĩ nhiều. Cần theo dõi lâu dài và nghiên cứu đối chứng để xác định vai trò của phương pháp này trong phác đồ điều trị trĩ. Thật ra, không có điều trị nào phù hợp cho tất cả người bệnh. LPH được xem như một phần hành trang của phẫu thuật viên đại – trực tràng trong điều trị bệnh trĩ.

Tài liệu tham khảo

1. Giamundo P, Cecchetti W, Esercizio L, et al. Doppler-guided hemorrhoidal laser procedure for the treatment of symptomatic hemorrhoids: experimental background and short-term clinical results of a new mini-invasive treatment. *Surg Endosc*. 2011;25:1369-75.
2. Giamundo P, Salvi R, Geraci M, Tibaldi L, Murru L, Valente M. The hemorrhoid laser procedure technique vs rubber band ligation: a randomized trial comparing 2 mini-invasive treatments for second- and third-degree hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 2011;54(6): 693-8.
3. Schuurman JP, Go PM, Bleys RL. Anatomical branches of the superior rectal artery in the distal rectum. *Colorectal Dis*. 2009;11:967-71.
- Schuurman J, Go PMNYH (2009). Anatomical branches of superior rectal artery in the distal rectum. *Colorectal Dis*; 11: 967-971.
4. Dương Văn Hải, Trần Vĩnh Hưng, Đỗ Bá Hùng, và cộng sự. Kết quả sớm điều trị trĩ bằng kỹ thuật laser. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*; 2018;22(2): 371-376.
5. Hồ Chí Thanh, Nguyễn Khắc Hoàn, Phan Văn Trung và cộng sự. Đánh giá kết quả sớm điều trị bệnh trĩ bằng laser diode 1470nm tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Tạp chí y học cộng đồng*, 2024;64(CD 5 -nghiên cứu khoa học).
6. Majumder KR, Alam TA, Russell M. LASER Haemorrhoidoplasty versus Stapler Haemorrhoidopexy: A Prospective Comparative Study. *Mymensingh Med Journa*. 2021;30(3):780-788.

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ LẤY THAI BẰNG GÂY TÊ CƠ VUÔNG THẮT LƯNG LIỀU DUY NHẤT DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM VỚI ROPIVACAIN 0,375% PHỐI HỢP DEXAMETHASON TĨNH MẠCH

Nguyễn Ngọc Trâm¹, Đào Thanh Hoa², Nhữ Thị Thu Hòa², Kiều Duy Anh², Lê Thị Hằng²

¹Khoa Gây mê hồi sức, ²khoa Sản, Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ lấy thai bằng kỹ thuật gây tê cơ vuông thắt lưng (QLB) liều duy nhất dưới hướng dẫn siêu âm với ropivacain 0,375% phối hợp dexamethason tĩnh mạch. Tìm hiểu một số tác dụng không mong muốn của phương pháp này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng. Nghiên cứu bao gồm 100 sản phụ sau mổ lấy thai bằng gây tê tủy sống tại Bệnh viện Bưu điện. Sản phụ sau kẹp dây rốn được tiêm tĩnh mạch dexamethason 4 mg; giảm đau sau mổ bằng diclofenac 100 mg đặt hậu môn 01 viên ngay khi kết thúc mổ, 01 viên sau mổ 8 giờ; sử dụng nefopam 20 mg tiêm bắp khi VAS nghỉ ≥ 4 , các liều cách nhau ít nhất 6 giờ và gây tê QLB hai bên với 15 mL ropivacain 0,375% mỗi bên khi phong bế cảm giác dưới D12.

Kết quả: Thời gian bắt đầu có tác dụng giảm đau trung bình là $5,43 \pm 1,25$ phút. Thời gian giảm đau kéo dài trung bình là $16,9 \pm 3,74$ giờ. Mức độ đau theo thang điểm VAS là từ 1 đến 3 điểm là chủ yếu. Tỷ lệ đánh giá rất hài lòng là 86,5%, hài lòng là 13,5%. Không có tai biến nghiêm trọng nào xảy ra.

Kết luận: Gây tê cơ vuông thắt lưng với ropivacain 0,375% phối hợp dexamethason tĩnh mạch hiệu quả và an toàn trong giảm đau sau mổ lấy thai.

Từ khóa: Dexamethason, gây tê cơ vuông thắt lưng, giảm đau, mổ lấy thai.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the analgesic effectiveness of single-shot ultrasound-guided quadratus lumborum block (QLB) using 0.375% ropivacaine combined with intravenous dexamethasone after cesarean section, and to investigate some adverse effects of this method.

Subjects and Methods: A prospective, non-controlled clinical intervention study was conducted on 100 parturients undergoing cesarean section under spinal anesthesia at Buu dien Hospital. After cord clamping, each patient received intravenous dexamethasone 4 mg, postoperative analgesia with rectal diclofenac 100 mg (one suppository immediately after surgery and one 8 hours later), intramuscular nefopam 20 mg when resting VAS ≥ 4 (at least 6 hours apart), and bilateral QLB with 15 mL of 0.375% ropivacaine per side at the sensory block level below T12.

Results: Analgesic onset time averaged 5.43 ± 1.25 minutes. Mean analgesia duration was 16.9 ± 3.74 hours.

Pain scores (VAS) were predominantly in the range of 1–3. Patient satisfaction was very high, with 86.5% rating themselves as “very satisfied” and 13.5% as “satisfied.” No complications or adverse events were observed.

Conclusion: Ultrasound-guided quadratus lumborum block with 0.375% ropivacaine combined with intravenous dexamethasone is an effective and safe method for postoperative analgesia after cesarean section.

Keywords: Dexamethasone, QLB, analgesia, cesarean section.

I ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, kiểm soát đau sau mổ lấy thai là một trong những vấn đề được quan tâm hàng đầu, đặc biệt khi tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng có xu hướng gia tăng. Có nhiều phương pháp giảm đau được sử dụng như thuốc giảm đau non-steroid, thuốc họ morphin hoặc gây tê ngoài màng cứng; tuy nhiên những phương pháp này có nhiều tác dụng không mong muốn như nôn, ức chế hô hấp, tê bì. Gây tê cơ vuông thắt lưng liều duy nhất dưới hướng dẫn siêu âm gần đây được thực hiện như một phương pháp giảm đau mới, hiệu quả và ít tác dụng phụ.¹ Từ năm 2022, Bệnh viện Bưu điện đã thực hiện kỹ thuật này cho kết quả giảm đau tích cực, tuy nhiên việc tiêm liều duy nhất đòi hỏi phối hợp thêm thuốc để kéo dài thời gian tác dụng giảm đau. Bổ sung dexamethason tĩnh mạch sau kẹp rốn trong mổ lấy thai và phối hợp với gây tê vùng từ lâu đã được chứng minh trên lâm sàng giúp kéo dài thời gian tác dụng giảm đau từ 3 đến 6 giờ tùy tác giả, giảm liều lượng thuốc tê, giảm tiêu thụ opioid sau mổ.² Tuy nhiên các nghiên cứu về vấn đề này vẫn còn hạn chế. Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Hiệu quả giảm đau sau mổ lấy thai bằng gây tê cơ vuông thắt lưng liều duy nhất dưới hướng dẫn siêu âm với ropivacain 0,375% phối hợp dexamethason tĩnh mạch”.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

100 sản phụ được gây tê tùy sống mổ lấy thai. ASA I, II. Thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 06/2025 tại Bệnh viện Bưu điện.

Tiêu chuẩn loại trừ: Nhiễm trùng tại vùng chọc kim, sản phụ có bệnh lý đau mạn tính, khó khăn trong giao tiếp, sản phụ có chống chỉ định với các thuốc dùng trong nghiên cứu.



ThS.BS Nguyễn Ngọc Trâm - Khoa Gây mê hồi sức thực hiện gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn siêu âm giúp sản phụ giảm đau sau mổ lấy thai

Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu: Sản phụ không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu hoặc có tai biến trong và sau mổ, sản phụ sau tiêm QLB 30 phút có VAS ≥ 4 .

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Các bước tiến hành:

- Sản phụ sau kẹp dây rốn được tiêm tĩnh mạch dexamethason 4 mg; giảm đau sau mổ bằng diclofenac 100 mg đặt hậu môn 01 viên ngay khi kết thúc mổ, 01 viên sau mổ 8 giờ; sử dụng nefopam 20 mg tiêm bắp khi VAS nghỉ ≥ 4 , các liều cách nhau ít nhất 6 giờ.
- Sau khi hết tác dụng của thuốc tê tùy sống (mức phong bế cảm giác dưới D12), tiến hành giảm đau sau mổ bằng QLB hai bên với 15 mL ropivacain 0,375% mỗi bên.
- Sau QLB 30 phút, nếu VAS ≥ 4 thì giảm đau thất bại, đưa người bệnh ra khỏi nghiên cứu.

- Liều giải cứu đau: Nếu VAS nghỉ ≥ 4 , tiêm tĩnh mạch morphin từng liều nhỏ 2 mg, đánh giá lại sau mỗi 10 phút.

3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ thành công của kỹ thuật

Thành công	Số người bệnh (n=100)	%
2 bên	96	96%
Chỉ 1 bên	3	3%
Thất bại	1	1%

Tỷ lệ đạt giảm đau 2 bên là 96%, chỉ 1 bên là 3% và chỉ có 1% thất bại.

Bảng 2. Thời gian bắt đầu tác dụng và thời gian cho liều thuốc giảm đau đầu tiên (n = 96)

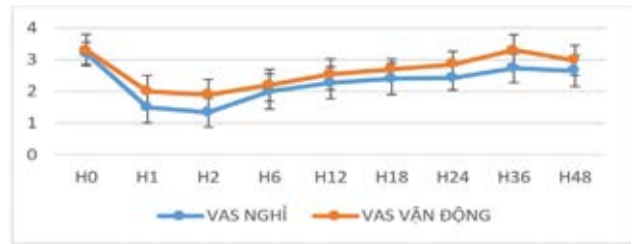
	$\bar{X} \pm SD$	Min – max
Thời gian bắt đầu tác dụng (phút)	$5,43 \pm 1,25$	4,5 – 9,5
Thời gian giảm đau (giờ)	$16,9 \pm 3,74$	12 – 24

Thời gian từ lúc bơm thuốc tê đến khi có tác dụng giảm đau là $5,43 \pm 1,25$ phút. Thời gian cho liều thuốc giảm đau đầu tiên trung bình là $16,9 \pm 3,74$ giờ.

Bảng 3. Lượng morphin tiêu thụ trong 48h sau mổ (n = 96)

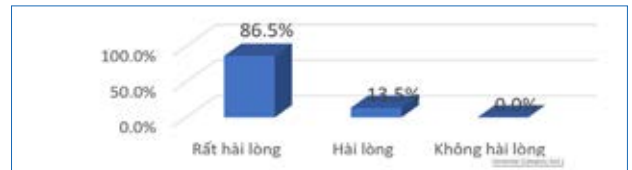
Thời gian sau mổ	Lượng morphin tối thiểu – tối đa (mg)	Tỷ lệ không sử dụng morphin (%)	Tỷ lệ sử dụng morphin (%)	Liều trung bình ở nhóm có sử dụng (mg)
0 – 24 giờ	0 – 6	88,6	11,4	3,5
24 – 48 giờ	0 – 4	93,8	6,2	2,7

Trong 0 – 24 giờ sau mổ có 88,6% sản phụ không cần sử dụng morphin, 11,4% sản phụ sử dụng liều cứu morphin với liều trung bình là 3,5 mg. Trong 24 – 48 giờ sau mổ có 93,8% sản phụ không cần sử dụng morphin và 6,2% sản phụ cần sử dụng liều cứu morphin với liều trung bình là 2,7 mg.



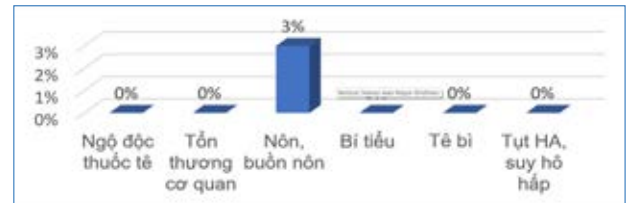
Hình 1. Phân bố điểm VAS khi nghỉ và vận động ở các thời điểm nghiên cứu (n = 96)

Điểm VAS trung bình khi nghỉ và vận động của sản phụ ở mọi thời điểm nghiên cứu đều < 4



Hình 2. Mức độ hài lòng của người bệnh (n = 96)

100% sản phụ đều có mức độ hài lòng hoặc rất hài lòng.



Hình 3. Tác dụng không mong muốn (n = 96)

Không có người bệnh nào gặp tác dụng không mong muốn như ngộ độc thuốc tê, bí tiểu, tê bì, tụt HA, suy hô hấp hay tổn thương cơ quan. Chỉ có 3% số sản phụ nôn, buồn nôn.

4 BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 100 sản phụ cho thấy QLB kiểm soát đau sau mổ tốt. Tỷ lệ đạt giảm đau hai bên là 96%, chỉ 1 bên là 3% và chỉ có 1% số sản phụ không cải thiện điểm đau VAS sau 30 phút tiêm QLB. Phần lớn nhóm sản phụ này có chỉ số khối cơ thể lớn làm giảm chất lượng hình ảnh siêu âm và khả năng kiểm soát kim gây tê, ngoài ra QLB là phương pháp gây tê khoang mạc nên hiệu quả giảm đau còn phụ thuộc mức độ lan của thuốc và không giống nhau giữa các lần thực hiện. Các sản phụ này được tiêm bắp nefopam 20 mg và đưa ra khỏi nghiên cứu. Nghiên cứu của Yetik báo cáo tỷ lệ thất bại của QLB là 5%.³ Kết quả này cho thấy dù kỹ thuật mang lại hiệu quả

giảm đau tốt nhưng vẫn cần chú ý đến nhóm sản phụ đáp ứng kém để có phác đồ điều trị đau phù hợp.

Điểm VAS trung bình của sản phụ ở mọi thời điểm nghiên cứu đều < 4, chủ yếu là 1 đến 3 điểm (mức độ đau nhẹ). Kết quả này cũng tương tự như công bố của Lê Anh Tuấn qua đó cho thấy QLB là phương pháp có tác dụng giảm đau tốt và phù hợp với sinh lý đau của mổ lấy thai là đau nhất ở 24 giờ đầu sau mổ và giảm dần mức độ đau ở 24 giờ thứ hai.¹ Các nghiên cứu khác như của Nguyễn Trần Quỳnh Thư cũng cho thấy việc phối hợp dexamethason tĩnh mạch giúp kéo dài thời gian giảm đau của gây tê thần kinh ngoại vi trong 24 giờ đầu sau mổ.²

Thời gian cho liều thuốc giảm đau đầu tiên trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $16,9 \pm 3,74$ giờ (thời gian ngắn nhất là 12 giờ và thời gian dài nhất là 24 giờ). Sự khác biệt về thời gian giảm đau có thể được lý giải bởi nghiên cứu của chúng tôi áp dụng phương pháp giảm đau đa mô thức giúp tối ưu hiệu quả giảm đau, trong khi nghiên cứu của tác giả chỉ thực hiện phong bế QLB với dexamethason đơn thuần.

Phần lớn sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi không cần sử dụng morphin sau mổ. Trong 0 – 24 giờ sau mổ có 88,6% sản phụ không cần sử dụng morphin, chỉ 11,4% sản phụ sử dụng morphin với liều trung bình là 3,5 mg. Trong 24 – 48 giờ sau mổ có 93,8% sản phụ không cần sử dụng morphin, chỉ 6,2% sản phụ sử dụng morphin với liều trung bình là 2,7 mg. Đa số là các

trường hợp mổ lấy thai lần 3, 4 có độ khó phẫu thuật cao, thời gian phẫu thuật kéo dài và cơn đau tử cung lớn do chất lượng cơ tử cung giảm. Tỷ lệ và lượng morphin tiêu thụ trong ngày thứ hai giảm rõ rệt tương tự với nghiên cứu của A Bakshi, qua đó cho thấy QLB phối hợp dexamethason kiểm soát đau tốt trong giai đoạn sớm sau mổ, làm giảm đáng kể lượng tiêu thụ morphin sau mổ, từ đó hạn chế tác dụng không mong muốn của opioid.⁴

100% sản phụ trong nghiên cứu đều có mức độ hài lòng hoặc rất hài lòng. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy giảm đau bằng QLB đem lại mức độ hài lòng rất cao cho sản phụ.^{1,4}

Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào bị các biến chứng như tụt huyết áp, suy hô hấp, ngộ độc thuốc tê, bí tiểu, tê bì, tổn thương cơ quan. Có 3% sản phụ gặp tác dụng không mong muốn là nôn, buồn nôn.

5 KẾT LUẬN

Về hiệu quả giảm đau: Thời gian bắt đầu có tác dụng giảm đau sau khi gây tê trung bình là $5,43 \pm 1,25$ phút. Thời gian tác dụng giảm đau kéo dài trung bình là $16,9 \pm 3,74$ giờ. Các sản phụ đều có mức độ đau nhẹ từ 1 đến 3 điểm là chủ yếu. Tỷ lệ đánh giá rất hài lòng là 86,5%, hài lòng là 13,5%.

Về các tác dụng không mong muốn: Không có tai biến nào liên quan gây tê QLB.

Tài liệu tham khảo

1. Lê Anh Tuấn, Nguyễn Đức Lam, Nguyễn Duy Ánh. Hiệu quả giảm đau sau mổ lấy thai bằng phương pháp gây tê cơ vòng thắt lưng dưới hướng dẫn của siêu âm. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 2019;(7):54-62.
2. Nguyễn Trần Quỳnh Thư, Huỳnh Hữu Hiệu, Nguyễn Thị Phương Dung, và cộng sự. Đánh giá hiệu quả của dexamethasone tĩnh mạch phối hợp tap-block trong phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2024;27(2):12-19. doi:10.32895/hcjm.m.2024.02.02
3. Yetik F, Yilmaz C, Karasu D, et al. Comparison of ultrasound-guided quadratus lumborum block-2 and quadratus lumborum block-3 for postoperative pain in cesarean section: A randomized clinical trial. *Medicine*. 2022;101(49):e31844. doi:10.1097/MD.00000000000031844
4. Bakshi A, Srivastawa S, Jadon A, et al. Comparison of the analgesic efficacy of ultrasound-guided transmuscular quadratus lumborum block versus thoracic erector spinae block for postoperative analgesia in caesarean section parturients under spinal anaesthesia—A randomised study. *Indian J Anaesth*. 2022;66(Suppl 4):S213-S219. doi:10.4103/ija.ija_88_22

KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CỦA ĐƠN NGUYÊN TIM MẠCH CAN THIỆP BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Trần Tất Đạt

Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo kết quả về hoạt động chuyên môn, các kỹ thuật được triển khai và hiệu quả điều trị của Đơn nguyên tim mạch can thiệp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả hàng loạt trường hợp, phân tích hồ sơ những người bệnh được can thiệp tim mạch tại Đơn nguyên từ tháng 01/2023 đến tháng 8/2025.

Kết quả: Tổng số 622 trường hợp can thiệp đã được thực hiện, trong đó can thiệp động mạch vành chiếm tỷ lệ cao nhất (548 người bệnh, bao gồm 64 trường hợp cấp cứu và 484 trường hợp thường quy). Kỹ thuật cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn được thực hiện ở 48 trường hợp. Can thiệp mạch máu ngoại biên (động mạch cảnh,...) có 8 trường hợp. Đốt sóng cao tần điều trị suy tĩnh mạch chi dưới cho 18 trường hợp với tỷ lệ thành công > 95% và không có biến chứng.

Kết luận: Đơn nguyên Tim mạch can thiệp đã triển khai thành công, an toàn và hiệu quả nhiều kỹ thuật chuyên sâu, đáp ứng nhu cầu điều trị, nâng cao chất lượng chẩn đoán và chăm sóc người bệnh tim mạch.

Từ khóa: *Cấy máy tạo nhịp tim, chụp và can thiệp động mạch vành, đốt sóng cao tần suy tĩnh mạch.*

ABSTRACT

Objectives: This report aimed to evaluate the professional activities, interventional techniques, and treatment outcomes of the Interventional Cardiology Unit.

Subjects and Methods: A descriptive case series study was conducted by analyzing medical records of patients who underwent cardiovascular interventions at the Unit from January 2023 to August 2025.

Results: A total of 622 interventions were performed, with coronary interventions accounting for the highest proportion (548 cases, including 64 emergency and 484 elective cases). Permanent pacemaker implantation was performed in 48 cases. Peripheral vascular interventions were performed in 08 cases. Radiofrequency ablation for lower limb venous insufficiency was successful in 18 cases, with a success rate exceeding 95% and no complications.

Conclusions: The Interventional Cardiology Unit has successfully, safely, and effectively deployed numerous advanced techniques, meeting the treatment needs of cardiovascular patients while improving the quality of diagnosis and care.

Keywords: *Pacemaker implantation, coronary intervention, radiofrequency ablation for venous insufficiency.*

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim mạch đang là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới, trong đó bệnh động mạch vành, suy tim, rối loạn nhịp và bệnh lý mạch máu ngoại biên chiếm tỷ lệ đáng kể.¹ Sự phát triển vượt bậc của các kỹ thuật can thiệp tim mạch trong những thập kỷ gần đây đã mang lại những thay đổi mang tính cách mạng trong chẩn đoán và điều trị, giúp cải thiện tiên lượng và chất lượng cuộc sống cho người bệnh.² Các kỹ thuật như can thiệp động mạch vành qua da, cấy các thiết bị hỗ trợ nhịp tim và can thiệp ít xâm lấn trong bệnh lý mạch máu ngoại biên đã trở thành trụ cột trong điều trị bệnh lý tim mạch hiện đại. Tại Việt Nam, gánh nặng bệnh tim mạch ngày càng gia tăng, đòi hỏi sự phát triển đồng bộ của các Trung tâm Tim mạch với đầy đủ chức năng từ khám chữa bệnh thông thường đến can thiệp và phẫu thuật phức tạp. Việc thành lập các Đơn nguyên Tim mạch can thiệp chuyên sâu tại các Bệnh viện đa khoa là xu thế tất yếu nhằm đáp ứng nhu cầu thực tế, giảm tải cho các bệnh viện chuyên khoa đầu ngành, đồng thời nâng cao tính chủ động và chất lượng dịch vụ y tế tại chỗ. Xuất phát từ thực tiễn đó, Đơn nguyên tim mạch can thiệp thuộc khoa Hồi sức cấp cứu của chúng tôi đã được thành lập. Bài báo này nhằm báo cáo đánh giá kết quả bước đầu về các hoạt động chuyên môn, tính khả thi và hiệu quả của các kỹ thuật can thiệp tim mạch được triển khai tại Đơn nguyên, qua đó rút ra những bài học kinh nghiệm và định hướng phát triển trong tương lai.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế

Mô tả hàng loạt trường hợp, phân tích hồi cứu dữ liệu từ hồ sơ bệnh án của tất cả những người bệnh được điều trị can thiệp tại Đơn nguyên Tim mạch can thiệp từ tháng 01/2023 đến tháng 8/2025.

2.2. Đối tượng

Tất cả trường hợp được chỉ định và thực hiện các thủ thuật, can thiệp tim mạch tại Đơn nguyên, bao gồm:



Đơn nguyên Tim mạch can thiệp đã triển khai thành công, an toàn và hiệu quả nhiều kỹ thuật chuyên sâu góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh tim mạch

- Cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn (máy tạo nhịp 1 buồng, 2 buồng, máy tái đồng bộ cơ tim - CRT, máy phá rung tự động - ICD);
- Đốt sóng cao tần (Radiofrequency Ablation - RFA) điều trị suy tĩnh mạch chi dưới;
- Can thiệp mạch máu ngoại biên.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Các số liệu được thu thập bao gồm: Đặc điểm dịch tễ học, chẩn đoán, loại hình can thiệp, kết quả kỹ thuật, các biến chứng trong và sau can thiệp, thời gian nằm viện và kết quả điều trị cuối cùng.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0; biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn; biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

3 KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 8/2025, Đơn nguyên đã thực hiện tổng cộng 622 trường hợp can thiệp và thủ thuật tim mạch.

3.1. Kết quả chung theo loại hình kỹ thuật

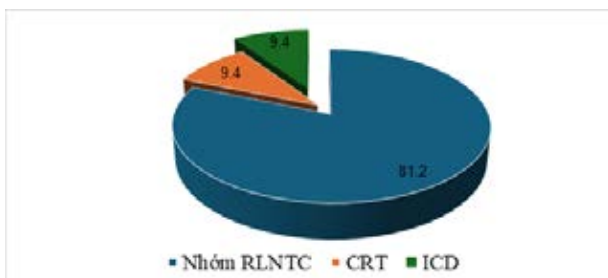
Bảng 1: Phân bố các loại hình can thiệp chính

Loại hình can thiệp		Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Chụp và can thiệp động mạch vành	Cấp cứu: 64 trường hợp	548	88,1
	Thường quy: 484 trường hợp		
Cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn		48	7,7
Đốt sóng cao tần điều trị suy tĩnh mạch chi dưới (RFA)		18	2,9
Can thiệp mạch ngoại biên		8	1,3
Tổng		622	100

3.2. Kết quả can thiệp động mạch vành

- Tổng số: 548 trường hợp;
- Can thiệp cấp cứu cho 64 trường hợp: Đa số là các trường hợp nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, được can thiệp mạch vành qua da nguyên phát trong khung giờ vàng. Kết quả can thiệp thành công với tỷ lệ lưu thông TIMI 3 đạt trên 95%. Một số trường hợp phức tạp như huyết khối gây tắc hoàn toàn thân chung động mạch vành (LM) hoặc nhánh liên thất trước (LAD) đã được can thiệp thành công, giúp cứu sống người bệnh, cải thiện sớm triệu chứng đau ngực và suy tim;
- Can thiệp thường quy cho 484 trường hợp: Bao gồm can thiệp các tổn thương hẹp mạn tính, tổn thương nhiều nhánh, tổn thương thân chung. Các trường hợp này đều được thực hiện an toàn, không có biến chứng nặng như tử vong, nhồi máu cơ tim chu phẫu hay tai biến mạch não.

3.3. Kết quả cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn



Hình 1: Phân loại máy tạo nhịp

Tất cả các trường hợp cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn đều thành công, điện cực có ngưỡng khởi kích và cảm nhận tốt. Theo dõi sau cấy máy cho thấy triệu chứng và chất lượng cuộc sống của người bệnh được cải thiện rõ rệt, giảm hẳn các triệu chứng hoa mắt, chóng mặt, ngất xỉu do nhịp chậm hoặc rối loạn nhịp.

3.4. Kết quả đốt sóng cao tần điều trị suy tĩnh mạch chi dưới (mới triển khai)

- Tổng số 18 trường hợp trong 3 tháng gần đây;
- Nguyên lý: Sử dụng sóng cao tần qua catheter nội mạch để gây xơ hóa và tắc nghẽn tĩnh mạch bệnh lý;
- Kết quả:
 - + Thời gian can thiệp trung bình: 50 phút/trường hợp;
 - + Tỷ lệ thành công kỹ thuật: >95%;
 - + Không ghi nhận biến chứng nào như nhiễm trùng, tắc mạch, bỏng da...;
 - + Người bệnh có thể đi lại ngay sau thủ thuật và xuất viện trong ngày, đáp ứng tốt mô hình phẫu thuật trong ngày (Day-case surgery).

4 BÀN LUẬN

Kết quả hoạt động bước đầu của Đơn nguyên Tim mạch can thiệp cho thấy một tín hiệu rất khả quan. Với tổng số 622 trường hợp can thiệp, trong đó có những kỹ thuật cao và phức tạp, đơn nguyên đã khẳng định được năng lực chuyên môn và vai trò quan trọng, chủ động và kịp thời trong việc chăm sóc sức khỏe tim mạch tại Bệnh viện Bưu điện.

4.1. Hiệu quả của các kỹ thuật can thiệp

- Can thiệp động mạch vành: Đây vẫn là kỹ thuật nòng cốt, tỷ lệ thành công cao (>95%) và khả năng xử lý các trường hợp cấp cứu phức tạp (tắc thân chung động mạch vành) cho thấy đội ngũ can thiệp có đủ trình độ và kinh nghiệm. Kết quả này tương đồng với các báo cáo trong nước và quốc tế;^{3,4}
- Cấy máy tạo nhịp: Việc triển khai cấy đầy đủ các loại máy từ cơ bản đến phức tạp (CRT, ICD) cho thấy Đơn nguyên đã đáp ứng được đa dạng nhu cầu điều trị rối loạn nhịp, từ block nhĩ thất đến suy tim nặng.

Cải thiện chất lượng cuộc sống sau cấy máy là một chỉ báo quan trọng về hiệu quả điều trị;⁵

- Đốt sóng cao tần (RFA) điều trị suy tĩnh mạch: Đây là kỹ thuật ít xâm lấn, hiện đại, mang lại hiệu quả cao và thẩm mỹ so với phẫu thuật kinh điển. Kết quả thành công > 95%, không biến chứng và xuất viện trong ngày là những ưu điểm vượt trội, phù hợp với xu hướng điều trị hiện nay trên thế giới.

4.2. Ý nghĩa của mô hình đơn nguyên chuyên sâu

Việc thành lập Đơn nguyên chuyên sâu ngay tại khoa Hồi sức cấp cứu là một mô hình tối ưu, cho phép:

- Phối hợp nhịp nhàng đa chuyên khoa: Giữa bác sĩ can thiệp, bác sĩ hồi sức cấp cứu và điều dưỡng chuyên khoa; đảm bảo theo dõi sát và xử trí kịp thời mọi tình huống, đặc biệt là những trường hợp bệnh nặng, phức tạp;
- Nâng cao chất lượng đào tạo: Tạo môi trường để đào tạo, chuyển giao kỹ thuật cho các thầy thuốc trẻ;
- Tiếp cận chuẩn quốc tế: Các kỹ thuật được triển khai bài bản, tuân thủ các phác đồ và hướng dẫn điều trị quốc tế, góp phần nâng cao uy tín và thương hiệu của Bệnh viện Bưu điện.

4.3. Định hướng phát triển

Bên cạnh những kết quả đạt được, Đơn nguyên cũng cần tiếp tục phát triển để hoàn thiện hơn:

- Triển khai các kỹ thuật mới: Cần sớm triển khai các kỹ thuật tiên tiến hơn như siêu âm trong lòng mạch (IVUS), đo lưu lượng dự trữ vành (FFR) để tối ưu hóa kết quả can thiệp, đốt hạch giao cảm động mạch thận điều trị tăng huyết áp kháng trị và tạo nhịp đường dẫn truyền;
- Nâng cao năng lực nghiên cứu: Từ số liệu hoạt động, tiến tới thực hiện các nghiên cứu chuyên sâu, công bố khoa học để đóng góp vào y văn trong nước và quốc tế;
- Mở rộng quy mô: Định hướng phát triển thành một Trung tâm Tim mạch độc lập trong tương lai khi đủ điều kiện.

5 KẾT LUẬN

Đơn nguyên Tim mạch can thiệp Bệnh viện Bưu điện đã đi vào hoạt động ổn định và đạt được những kết quả rất đáng khích lệ. Các kỹ thuật can thiệp tim mạch chuyên sâu được triển khai một cách thường quy, an toàn, hiệu quả đã mang lại lợi ích thiết thực cho người bệnh. Mô hình tổ chức phù hợp với điều kiện và nguồn lực của Bệnh viện, đáp ứng nhu cầu điều trị và bước đầu tiệm cận với các tiêu chuẩn trong nước và quốc tế. Đây là nền tảng vững chắc để Đơn nguyên tiếp tục phát triển, mở rộng quy mô và nâng cao hơn nữa chất lượng chăm sóc sức khỏe tim mạch cho người dân.

Tài liệu tham khảo

1. Roth, G. A., et al. (2020). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(25), 2982-3021.
2. Christiaan Vrints., et al. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes: Developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, Volume 45, Issue 36, 21 September 2024, Pages 3415-3537.
3. Lawton, J. S., et al. (2022). 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 145(3), e18-e114.
4. Robert A Byrne., et al (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC), *European Heart Journal*, Volume 44, Issue 38, 7 October 2023, Pages 3720-3826.
5. Glikson, M., et al. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal*, 42(35), 3427-3520.

ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN NHỊP TIM Ở PHỤ NỮ CÓ THAI BẰNG HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ 24 GIỜ

Trần Tất Đạt, Dương Vương Trung, Nguyễn Anh Dũng

Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng rối loạn nhịp tim ở phụ nữ có thai (thai phụ) bằng Holter điện tâm đồ 24 giờ tại Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu dựa trên kết quả Holter điện tâm đồ 24 giờ được theo dõi trên 68 thai phụ được chẩn đoán rối loạn nhịp tim tại Bệnh viện Bưu điện từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

Kết quả: Đối tượng nghiên cứu được theo dõi Holter điện tâm đồ 24 giờ, có ít nhất một trong số các triệu chứng liên quan đến rối loạn nhịp tim, trong đó triệu chứng xuất hiện nhiều nhất là hồi hộp trống ngực (94,1%), trong khi triệu chứng choáng/ngất ít gặp nhất (11,8%). Rối loạn nhịp tim thường gặp là ngoại tâm thu nhĩ và ngoại tâm thu thất (trên 50%) và chủ yếu xảy ra ở giai đoạn 3 tháng đầu của thai kỳ (47,6%). Rối loạn nhịp tim khác ở nhóm thai phụ có cách thụ thai IVF (In Vitro Fertilization - Thụ tinh trong ống nghiệm) gặp nhiều hơn ở thai phụ mang thai tự nhiên với $p < 0,05$.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy rối loạn nhịp tim thường gặp là ngoại tâm thu nhĩ và ngoại tâm thu thất và chủ yếu xảy ra ở giai đoạn 3 tháng đầu của thai kỳ. Tỷ lệ rối loạn nhịp tim ở nhóm thai phụ có cách thụ thai IVF cao hơn so với nhóm thai phụ có thai tự nhiên.

Từ khóa: Holter điện tâm đồ 24 giờ, rối loạn nhịp tim, thai phụ.

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to evaluate the prevalence of arrhythmias in pregnant women using 24-hour Holter monitoring at Buu dien Hospital.

Subjects and Methods: This retrospective descriptive study analyzed 24-hour Holter electrocardiogram (ECG) monitoring results from 68 pregnant women diagnosed with arrhythmia at Buu dien Hospital from June 2023 to December 2023.

Results: Among the monitored women, at least one symptom related to arrhythmias was reported, with



ThS.BS Trần Tất Đạt, Phó Trưởng khoa Hồi sức cấp cứu đọc Holter điện tâm đồ 24h

palpitations being the most common symptom (94.1%), while dizziness/syncope was the least common (11.8%). The most frequently observed arrhythmias were atrial and ventricular premature beats (over 50%), predominantly occurring in the first trimester (47.6%). Additionally, arrhythmias in the IVF group were more prevalent than in the natural conception group, with $p < 0.05$.

Conclusions: The study reveals that the most common arrhythmias are atrial and ventricular premature beats, which primarily occur during the first trimester of pregnancy. The prevalence of arrhythmias is higher in the IVF group compared to those with natural pregnancies.

Keywords: 24-hour Holter monitoring, arrhythmias, pregnant women.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời kỳ thai nghén, thai phụ có nguy cơ bị rối loạn nhịp tim cao hơn, chiếm khoảng 10% các bệnh lý tim và thai kỳ. Những thai phụ có tiền sử rối loạn nhịp tim hoặc bệnh tim cấu trúc có thể đối mặt với nguy cơ xuất hiện, tái phát cao hơn rối loạn nhịp tim trong thai kỳ. Tuy nhiên, đa số các thai phụ phát hiện cơn đầu tiên của rối loạn nhịp tim khi họ mang thai và không hề có tiền sử mắc bệnh tim từ trước.^{1,2} Trên những thai phụ có cấu trúc tim bình thường, rối loạn nhịp tim trong thai kỳ thường lành tính và đa số các rối loạn nhịp tim thuộc dạng ngoại tâm thu nhĩ hoặc ngoại tâm thu thất. Tuy nhiên, một số nghiên cứu gần đây cho thấy ngày càng gia tăng tỉ lệ xuất hiện rung nhĩ và nhanh thất ở phụ nữ có thai. Kết quả là tăng tần suất nhập viện, tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch nghiêm trọng trong thai kỳ, chẳng hạn như bệnh cơ tim chu sinh, cũng như tăng nguy cơ tử vong cho mẹ và thai nhi.^{1,3,4} Phương pháp ghi điện tâm đồ bề mặt 12 chuyển đạo có thể xác định được loại loạn nhịp tim, tuy nhiên khó có thể đánh giá các rối loạn nhịp mang tính chất cơn hoặc có tính chất chu kỳ. Holter điện tâm đồ trong 24 giờ đặc biệt hữu ích để nhận ra các rối loạn nhịp tim trong thai kỳ có thể xảy ra từng lúc, đồng thời có thể phân loại dạng rối loạn nhịp từ đó tìm ra các yếu tố thúc đẩy rối loạn nhịp tim tiến triển nặng, nhằm tiên lượng sức khỏe cho thai phụ và thai nhi, cũng như đưa ra một kế hoạch điều trị phù hợp. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tình trạng rối loạn nhịp tim ở thai phụ bằng Holter điện tâm đồ 24 giờ tại Bệnh viện Bưu điện.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu dựa trên kết quả Holter điện tâm đồ 24 giờ được theo dõi trên 68 thai phụ được chẩn đoán rối loạn nhịp tim tại Bệnh viện Bưu điện từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023, có đủ hồ sơ bệnh án với thông tin đáp ứng các biến số cần nghiên cứu. Chúng tôi loại trừ khỏi nghiên cứu những hồ sơ không đầy đủ hoặc ghi nhận thai phụ đang sử dụng máy tạo nhịp tạm thời hoặc vĩnh viễn, thai phụ đang mắc các bệnh cấp tính.

Các biến số nghiên cứu được khai thác từ hồ sơ bệnh án của đối tượng nghiên cứu bao gồm triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm máu cơ bản và kết quả Holter điện tâm đồ 24 giờ tại Bệnh viện Bưu điện trong thời gian khảo sát.

Xử lý số liệu và biểu diễn kết quả nghiên cứu với biến định lượng dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Biểu diễn biến định tính dưới dạng số lượng (n) và phần trăm (%). Sử dụng kiểm định χ^2 để so sánh hai tỉ lệ có giá trị kỳ vọng > 5 và kiểm định Fisher's Exact Test so sánh hai tỉ lệ có giá trị kỳ vọng < 5 . Sử dụng kiểm định T-test cho so sánh hai trung bình. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3 KẾT QUẢ

Khảo sát trên 68 thai phụ trong thời gian từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023 thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Chỉ số
Tuổi thai phụ trung bình (năm)	31 ± 9
Tuổi thai trung bình (tuần)	28 ± 15
Triệu chứng lâm sàng, n (%):	
- Hồi hộp trống ngực	65 (94,1%)
- Khó thở	55 (80,9%)
- Tức ngực	23 (33,8%)
- Choáng hoặc ngất	08 (11,8%)
Tiền sử thai kỳ, n (%):	
- Thai lần 1	36 (53,0%)
- Thai lần 2	16 (23,5%)
- Thai lần 3	15 (22,1%)
- Thai lần 4	01 (1,5%)
Tiền sử bệnh lý, n (%):	
- Bệnh tuyến giáp	06 (8,8%)
- Tăng huyết áp	02 (2,9%)
Cách thụ thai, n (%):	
- Tự nhiên	21 (30,9%)
- IVF	47 (69,1%)

Các đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 31 ± 9 năm, trong đó người nhiều tuổi nhất là 40 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi. Tuổi thai nằm trong khoảng 08 tuần tới 38 tuần. Trong đó tuổi thai theo giai đoạn 3 tháng đầu, 3 tháng giữa, 3 tháng cuối lần lượt là 31 trường hợp (45,5%), 37 trường hợp (28,0%) và 18 trường hợp (26,5%). Các đối tượng nghiên cứu được theo dõi Holter điện tâm đồ 24 giờ, có ít nhất một trong số các triệu chứng liên quan đến rối loạn nhịp tim, trong đó triệu chứng xuất hiện nhiều nhất là hồi hộp trống ngực (94,1%), trong khi triệu chứng choáng/ngất ít gặp nhất (11,8%).

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số thai phụ mang thai lần thứ nhất (53,0%) và chỉ có 01 thai phụ mang thai lần thứ 4 (1,5%). Các thai phụ được đeo Holter điện tâm đồ 24 giờ trong nghiên cứu phần lớn có cách thụ thai trong ống nghiệm (IVF) chiếm khoảng 70%.

3.2. Đặc điểm rối loạn nhịp tim

Bảng 2. Phân bố các loại rối loạn nhịp tim và tuổi thai theo giai đoạn thai kỳ

Các loại rối loạn nhịp tim	Tuổi thai (n)			n (%)
	3 tháng đầu	3 tháng giữa	3 tháng cuối	
Nhịp xoang nhanh	29	18	17	64/68 (94,1%)
Ngoại tâm thu nhĩ	26	16	17	59/68 (86,7%)
Nhịp nhanh nhĩ	12	02	10	24/68 (35,3%)
Rung nhĩ	01	0	01	02/68 (2,9%)
Ngoại tâm thu thất	21	06	12	39/68 (57,4%)
Nhịp nhanh thất	01	0	0	01/68 (1,5%)

Rối loạn nhịp tim thường gặp là ngoại tâm thu nhĩ và ngoại tâm thu thất (trên 50%) và chủ yếu xảy ra ở giai đoạn 3 tháng đầu của thai kỳ (47,6%). Có những trường hợp mắc lớn hơn một loại rối loạn nhịp tim, tỷ lệ cao nhất là mắc hai loại (có 24 trường hợp chiếm 35,3%).

Bảng 3. Mối liên quan giữa rối loạn nhịp tim và cách thụ thai

Cách thụ thai	Tự nhiên		IVF		p	OR
	n	%	n	%		
Rối loạn nhịp						
Nhịp xoang nhanh	20	95,2	44	93,6	0,79	1,36
Ngoại tâm thu nhĩ	14	66,6	45	95,7	0,01	0,09
Nhịp nhanh nhĩ	5	23,8	19	40,4	0,03	0,46
Rung nhĩ	0	0	2	4,3	-	-
Ngoại tâm thu thất	8	38,1	31	65,9	0,04	0,32
Nhịp nhanh thất	0	0	1	2,1	-	-

Trong 68 trường hợp thai phụ có rối loạn nhịp tim thấy rằng ngoại tâm thu nhĩ, nhịp nhanh nhĩ, ngoại tâm thu thất ở nhóm có cách thụ thai IVF gặp nhiều hơn ở nhóm có thai tự nhiên, với $p < 0,05$, tỷ suất chênh cao nhất (OR= 0,46).

4 BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm rối loạn nhịp tim ở đối tượng nghiên cứu

Tần suất rối loạn nhịp tim ở thai phụ ngày càng gia tăng vì xu hướng gia tăng tuổi mang thai và tiến bộ y học với sự điều trị thành công các bệnh lý tim ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi, giúp các bé gái này có thể trở thành những phụ nữ có thể mang thai. Bên cạnh đó, tần suất cao hơn đáng kể ở thai phụ có tiền sử bệnh tim mạch hoặc bệnh đồng mắc liên quan.^{1,3} Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chủ yếu gặp ngoại tâm thu nhĩ và ngoại tâm thu thất (bảng 2), đây là rối loạn nhịp lành tính và dễ kiểm soát hơn so với các rối loạn nhịp khác như nhanh thất và rung nhĩ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả được báo cáo trong một số y văn, với tỉ lệ gặp hai loại loạn nhịp này là trên 50%. Các rối loạn nhịp phức tạp như nhanh thất, rung nhĩ thường gặp ở thai phụ có bệnh tim thực tổn.^{1,5} Cơ chế xuất hiện rối loạn nhịp ở thai phụ được giải thích do liên quan đến sự thay đổi yếu tố nội tiết, thần kinh, cảm xúc trong thời kỳ mang thai, cũng như thay đổi cung lượng tim và kháng lực mạch máu tạo thuận lợi khởi phát các rối loạn nhịp. Điều trị rối loạn nhịp bằng thuốc trong thời kỳ mang thai có khả năng gây tác động xấu đến thai nhi và khả năng gây dị tật, đặc biệt trong giai đoạn hình thành các cơ quan (từ 5-10 tuần sau khi thụ thai). Các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đánh giá tác động của thuốc chống loạn nhịp trong thai kỳ còn thiếu, vì thế cần cân nhắc về hiệu quả và độ an toàn trước khi bắt đầu điều trị và chỉ sử dụng liều thấp nhất có thể.¹

4.2. Mối liên quan giữa rối loạn nhịp tim và cách thụ thai

Rối loạn nhịp tim ở nhóm thai phụ có cách thụ thai IVF gặp nhiều hơn ở những người có thai tự nhiên, ở các

loại loạn nhịp với $p < 0,05$. Điều này có thể giải thích do các thai phụ có cách thụ thai IVF được sử dụng các liệu pháp hormone trước, trong và sau mang thai. Điều trị với phương thức IVF có liên quan đến thay đổi các chỉ số huyết động của thai phụ trong những tuần đầu của thai kỳ. Hơn nữa, trong nghiên cứu của chúng tôi, số trường hợp có thai bằng IVF chiếm tỷ lệ gần 70% nên cũng có thể dẫn đến tỷ lệ rối loạn nhịp tim ở nhóm này cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có thai tự nhiên. Trong nghiên cứu phân tích tổng hợp của tác giả Fujitake và cộng sự đã chỉ ra rằng các liệu pháp hormone trong quá trình thực hiện IVF đã gây kích thích tăng tần số tim đáng kể, từ việc điều chỉnh xuống của tuyến yên đến mức estradiol đỉnh.⁶ Phân tích tổng hợp của 3 nghiên cứu sử dụng giao thức kích thích buồng trứng bằng GnRH kéo dài cho thấy tần số tim tăng đáng kể 3,78 nhịp mỗi phút (bpm) ($\pm 2,18$) từ giai đoạn hạ điều hòa tuyến yên đến mức estradiol cao nhất. Cũng có sự tăng đáng kể về tần số tim là 2,61 bpm ($\pm 0,95$) từ hạ điều hòa tuyến yên đến giai đoạn hoàng thể. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nghiên cứu tổng quan của Eri Fujitake không đề cập đến khởi phát các rối loạn nhịp chi tiết.⁶ Chúng tôi cho rằng, các liệu pháp hormone có thể kích thích thần kinh giao cảm, tăng tính tự động cơ tim, từ đó khởi phát các rối loạn nhịp tim giống như cơ chế gây tăng tần số tim.

5 KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì rối loạn nhịp tim thường gặp là ngoại tâm thu nhĩ và ngoại tâm thu thất; chủ yếu xảy ra ở giai đoạn 3 tháng đầu của thai kỳ. Tỷ lệ rối loạn nhịp tim ở nhóm thai phụ có cách thụ thai IVF cao hơn so với nhóm thai phụ có thai tự nhiên, đều là các rối loạn nhịp tim ít nguy hiểm.

Tài liệu tham khảo

1. Tamirisa, K.P., et al., Arrhythmias in Pregnancy. *JACC Clin Electrophysiol*, 2022. 8(1): p. 120-135.
2. Hoàng Thị Huyền và Nguyễn Mạnh Thắng., Bệnh lý tim ở phụ nữ mang thai nghiên cứu tổng kết 3 năm. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. 521(1).
3. Vaidya, V.R., et al., Burden of Arrhythmia in Pregnancy. *Circulation*, 2017. 135(6): p. 619-621.
4. Lima, F.V., et al., National Trends and In-Hospital Outcomes in Pregnant Women With Heart Disease in the United States. *Am J Cardiol*, 2017. 119(10): p. 1694-1700.
5. Metz, T.D. and A. Khanna, Evaluation and Management of Maternal Cardiac Arrhythmias. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2016. 43(4): p. 729-745.
6. Fujitake, E., et al., Acute cardiovascular changes in women undergoing in vitro fertilisation (IVF), a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2020. 248: p. 245-251.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GIẢM CÂN NỘI KHOA BẰNG LIRAGLUTIDE TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Hoàng Mạnh Ninh, Trần Hồng Quân, Hoàng Bảo Tín

Khoa Phẫu thuật tạo hình và Thẩm mỹ, Bệnh viện Bưu điện



ThS.BS Hoàng Mạnh Ninh – Trưởng khoa Phẫu thuật tạo hình và Thẩm mỹ tư vấn cho khách hàng về điều trị giảm cân nội khoa bằng Liraglutide

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp điều trị giảm cân nội khoa bằng Liraglutide tại khoa Phẫu thuật tạo hình và Thẩm mỹ - Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả theo chiều dọc trên 40 người bệnh điều trị giảm cân nội khoa bằng Liraglutide từ tháng 1/2022 đến 1/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $38,2 \pm 12,8$. Tỷ lệ người bệnh béo phì: 97,5%. Cân nặng thay đổi sau 6 tháng điều trị: $4,09 \pm 2,03$ kg. BMI thay đổi trung bình sau 6 tháng: $1,62 \pm 0,73$ kg/m². Vòng bụng thay đổi sau 6 tháng: $7,06 \pm 2,88$ cm. Tỷ lệ vòng eo/vòng hông thay đổi sau 6 tháng: $0,06 \pm 0,04$. Tác dụng không mong muốn: buồn nôn, nôn 10%. Tỷ lệ biến chứng nghiêm trọng (viêm tụy cấp, suy thận, giảm cân quá mức): 0%.

Kết luận: Giảm cân nội khoa bằng Liraglutide (Saxenda) là phương pháp an toàn, hiệu quả cho người bệnh thừa cân, béo phì.

Từ khóa: Giảm béo nội khoa, Liraglutide, Saxenda.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the efficacy and safety of medical weight loss treatment with Liraglutide in patients managed at the Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Buu dien Hospital.

Subjects and methods: A retrospective, longitudinal descriptive study was conducted on 40 patients who received Liraglutide for medical weight loss between January 2022 and January 2025.

Results: The mean age of the study cohort was 38.2 ± 12.8 years; 97.5% of patients were classified as obese. After 6 months of treatment, the mean weight reduction was 4.09 ± 2.03 kg. The mean decrease in BMI was 1.62 ± 0.73 kg/m², waist circumference decreased by 7.06 ± 2.88 cm, and the WHR decreased by 0.06 ± 0.04 . Gastrointestinal adverse events occurred in 10% of patients. No severe complications were recorded, including anaphylaxis, pancreatitis, renal impairment, or excessive weight loss.

Conclusion: Medical weight loss with Liraglutide (Saxenda) is a safe and effective method for patients with overweight or obesity.

Keywords: Medical weight loss, Liraglutide, Saxenda.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân, béo phì đang gia tăng nhanh chóng tại Việt Nam và trên toàn thế giới, là yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch, đái tháo đường typ 2, rối loạn lipid máu và nhiều bệnh lý mạn tính khác. Thay đổi lối sống là nền tảng điều trị nhưng thường khó duy trì lâu dài, hiệu quả giảm cân hạn chế.¹ Liraglutide (Saxenda) là chất chủ vận GLP-1 được FDA phê duyệt trong điều trị béo phì², có tác dụng giảm cảm giác đói, làm chậm rỗng dạ dày, hỗ trợ kiểm soát cân nặng hiệu quả.^{3,4} Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về tác dụng và vai trò của Liraglutide trong kiểm soát cân nặng; tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về phương pháp này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của giảm cân nội khoa bằng Liraglutide tại Bệnh viện Bưu điện.

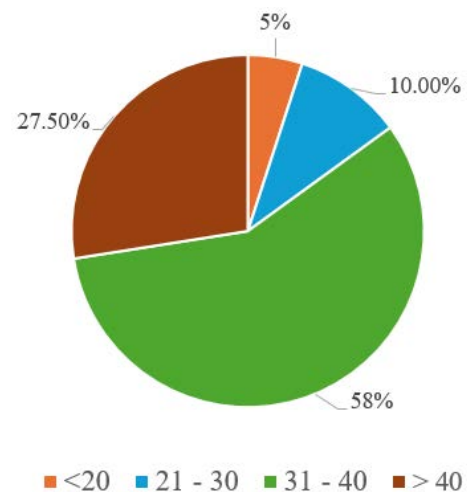
2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả theo chiều dọc trên 40 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2025.

Người bệnh sử dụng phác đồ: liều khởi đầu 0,6 mg trong tuần đầu, tăng liều mỗi tuần 0,6 mg cho đến liều duy trì là: 3,0 mg/ngày.³ Các chỉ số nghiên cứu được đánh giá vào thời điểm 6 tháng sau điều trị.

3 KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm về tuổi

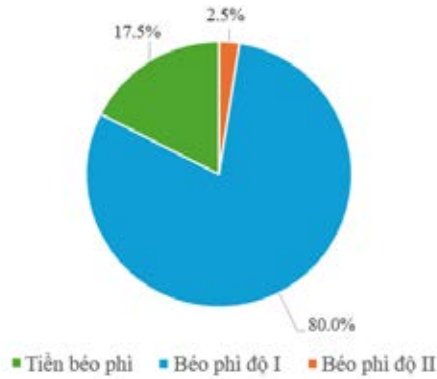


Hình 1. Đặc điểm về nhóm tuổi

Nhận xét: Người bệnh đến điều trị chủ yếu ở nhóm tuổi > 30 tuổi (85%), tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $38,2 \pm 12,8$ tuổi. Đây là độ tuổi lao động, thường có nguy cơ thừa cân và béo phì cao hơn do áp lực công việc, ít thời gian dành cho hoạt động thể lực.

Tất cả người bệnh trong nghiên cứu đều trên 18 tuổi, là đối tượng phù hợp để sử dụng phương pháp giảm cân nội khoa bằng Liraglutide (> 12 tuổi).²

3.2. Đặc điểm về tình trạng thừa cân



Hình 2. Đặc điểm về tình trạng cân nặng

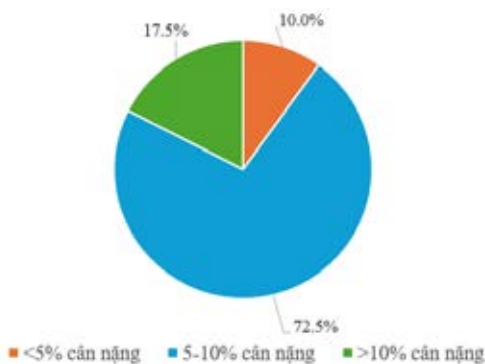
Nhận xét: Tất cả người bệnh đều ở trình trạng tiền béo phì và béo phì với BMI ≥ 27 kg/m². Đây là nhóm đối tượng phù hợp để sử dụng phương pháp giảm cân nội khoa bằng Liraglutide.²

3.3. Mức độ giảm cân

Bảng 1. Mức độ giảm cân sau 6 tháng

	Trước điều trị	Sau điều trị	Thay đổi	p
Cân nặng	70,71 $\pm$ 9,58	66,63 $\pm$ 9,15	4,09 $\pm$ 2,03	<0,001
BMI	29,3 $\pm$ 1,87	27,68 $\pm$ 2,01	1,62 $\pm$ 0,73	<0,001

Nhận xét: Chỉ số BMI là một công cụ phổ biến để phân loại mức độ thừa cân, béo phì và đánh giá nguy cơ bệnh tật liên quan. Trong thực hành lâm sàng, BMI là chỉ số đơn giản, dễ áp dụng và có giá trị trong sàng lọc và theo dõi kết quả điều trị giảm cân. Trong nghiên cứu, BMI sau 6 tháng điều trị giảm: 1,62 $\pm$ 0,73 kg/m². Việc giảm BMI có tương quan với tỉ lệ giảm nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch, đái tháo đường type 2 và một số loại ung thư.⁵



Hình 3. Đặc điểm mức độ giảm cân

Trong nghiên cứu, cân nặng giảm trung bình 4,09 $\pm$ 2,03 kg, tỉ lệ người bệnh giảm >5% cân nặng là 90%, trong đó tỉ lệ người bệnh giảm trên 10% cân nặng là 17,5%. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng chỉ cần giảm từ 5-10% trọng lượng cơ thể cũng có thể giúp cải thiện đáng kể huyết áp, kiểm soát đường huyết, giảm nồng độ triglyceride và tăng độ nhạy insulin.^{6,7}

Bảng 2. Mức độ giảm cân nặng và BMI các tác giả khác

	Nghiên cứu của chúng tôi (n=40)	Larsen (2017 n=47)	Blackman (2016 n=175)	Svensson (2019 n=41)	Wadden (2012 n=212)
Thay đổi cân nặng	4,09 $\pm$ 2,03	4,7 $\pm$ 0,5	6,7 $\pm$ 0,5	2,4 $\pm$ 1,1	6,3 $\pm$ 1,5
Thay đổi BMI	1,62 $\pm$ 0,73	1,6 $\pm$ 1,2	2,2 $\pm$ 0,2	0,7 $\pm$ 0,4	2,3 $\pm$ 0,5

So sánh với các tác giả khác, hiệu quả điều trị bằng Liraglutide nhìn chung ổn định giữa các nghiên cứu, nhưng mức độ thay đổi cân nặng và BMI dao động khá lớn, phụ thuộc vào đặc điểm mẫu nghiên cứu (tuổi, giới, chủng tộc, mức độ béo phì, sinh hoạt) và thời gian theo dõi.⁸ Các nghiên cứu đều cho thấy Liraglutide có hiệu quả giảm cân và giảm BMI.

3.4. Mức độ giảm vòng bụng

Bảng 3. Mức độ giảm vòng bụng sau 6 tháng

	Trước điều trị	Sau điều trị	Thay đổi	p
Vòng bụng	92,6 $\pm$ 7,75	85,54 $\pm$ 7,73	7.06 $\pm$ 2.88	<0,001
WHR	0,94 $\pm$ 0,08	0,88 $\pm$ 0,06	0.06 $\pm$ 0.04	<0,001

Nhận xét: Việc theo dõi sự thay đổi vòng bụng và tỉ lệ vòng eo/vòng hông (WHR) có vai trò quan trọng trong đánh giá nguy cơ chuyển hóa và tim mạch. WHR là một chỉ số phản ánh phân bố mỡ trong cơ thể, đặc biệt là mỡ bụng – yếu tố có liên quan mật thiết đến kháng insulin, rối loạn lipid máu và tăng huyết áp.⁹ Các nghiên cứu cho thấy, WHR cao (nam > 0,90; nữ > 0,85) liên quan chặt chẽ với nguy cơ mắc bệnh tim mạch và tử vong toàn phần, thậm chí ở những người có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường.¹⁰

Trong nghiên cứu, chỉ số vòng bụng giảm trung bình 7.06 $\pm$ 2.88 cm, W/R giảm trung bình 0.06 $\pm$ 0.04. Tất

cả các chỉ số giảm có ý nghĩa thống kê rất cao ($p < 0,001$) sau điều trị. Điều này cho thấy tác động của Liraglutide đến vòng bụng và WHR là rõ rệt và nhất quán. So với chỉ số BMI, WHR phản ánh tốt hơn sự tích tụ mỡ nội tạng - yếu tố đóng vai trò chính trong hội chứng chuyển hóa. Do đó, việc cải thiện vòng eo và WHR không chỉ giúp đánh giá hiệu quả điều trị giảm cân, mà còn đóng vai trò như một chỉ dấu tiên lượng sức khỏe lâu dài.¹¹

3.5. Tác dụng không mong muốn

Bảng 4. Biến chứng và tác dụng không mong muốn

Biến chứng	n	Tỷ lệ (%)
Rối loạn tiêu hóa	4	10
Hạ đường huyết	0	0
Phản ứng tại chỗ tiêm	0	0
Viêm tụy cấp	0	0
Sụt cân quá mức	0	0

Nhận xét: Tác dụng phụ phổ biến nhất khi sử dụng Liraglutide là các rối loạn tiêu hóa, bao gồm buồn nôn, nôn, tiêu chảy và táo bón. Những tác dụng này thường xảy ra trong giai đoạn đầu và có thể giảm dần theo thời gian, nhưng ở một số người bệnh có thể dẫn đến ngừng điều trị.¹² Trong nghiên cứu, tỉ lệ người bệnh gặp các tác dụng không mong muốn là 10% (4 người bệnh buồn nôn, nôn giảm dần sau 4 tuần sử dụng thuốc).

Một số biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng bao gồm: viêm tụy cấp, sỏi mật, sụt cân quá mức...¹² Người bệnh sụt cân quá mức khi giảm cân nặng quá 15% hoặc BMI dưới 18,5 kg/m². Trong nghiên cứu, không có người bệnh gặp các biến chứng nói trên.

4 KẾT LUẬN

Giảm cân nội khoa bằng Liraglutide (Saxenda) là phương pháp an toàn, hiệu quả cho người bệnh thừa cân, béo phì.

Tài liệu tham khảo

1. Biswas T, Biswas R, et al. Type 2 diabetes and hypertension in Vietnam: a systematic review and meta-analysis (2000–2020). *BMJ Open*. 2022;12(8):e052725.
2. FDA. SAXENDA® (liraglutide [rDNA origin] injection) FDA label. 2014
3. Suzin Whitten J. Liraglutide (Saxenda) for weight loss. *Am Fam Physician*. 2016;94(2):161–166
4. Halawi H., et al. Effects of liraglutide on weight, satiety, and gastric functions in obesity: a randomised, placebo-controlled pilot trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017 Dec;2(12):890-899.
5. Wing RR, Lang W, Wadden TA, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34(7):1481–1486.
6. Eckel RH, Kahn R, et al. Preventing cardiovascular disease and diabetes: a call to action from the American Diabetes Association and the American Heart Association. *Circulation*. 2006;113(25):2943–2946.
7. Guh DP, Zhang W, Bansback N, et al. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2009;9:88.
8. Barboza JJ, et al. Efficacy of Liraglutide in Non-Diabetic Obese Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Clin Med* 2022 May 25;11(11):2998.
9. Guan X, Sun G, et al. Associations between metabolic risk factors and body mass index, waist circumference, waist to height ratio and waist to hip ratio in a Chinese rural population. *J Diabetes Investig*. 2015 Dec 26;7(4):601–606
10. Lapidus L, et al. The quantitative relationship between “the metabolic syndrome” and abdominal obesity in women. *Obes Res* 1994 Jul;2(4):372-7.
11. Ross R, et al. Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nat Rev Endocrinol*. 2020 Feb 4;16(3):177–189.
12. Wronka M, et al. New Insights into the Use of Liraglutide—Impact on Cardiovascular Risk and Microvascular Outcomes. *Biomedicines*. 2023 Apr 12;11(4):1159.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TĂNG TIẾT MỒ HÔI NÁCH BẰNG MÁY MIRADRY TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Hoàng Bảo Tín, Hoàng Mạnh Ninh, Nguyễn Thị Bé Duyên, Lê Thị Hà

Khoa Phẫu thuật tạo hình và Thẩm mỹ, Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị tăng tiết mồ hôi nách bằng máy MiraDry tại khoa Phẫu thuật tạo hình và Thẩm mỹ - Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả theo chiều dọc trên 40 người bệnh điều trị bằng máy MiraDry từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $35,6 \pm 10,2$. Tỷ lệ đã sử dụng các phương pháp điều trị khác: Botox 25%, laser 5%. Mức độ ảnh hưởng của tăng tiết mồ hôi đến chất lượng cuộc sống sau điều trị theo thang điểm HDSS: nhẹ 85%, vừa 15%. Mức độ giảm mùi theo thang điểm 10: trước điều trị: $7,0 \pm 1,6$; sau điều trị: $1,0 \pm 0,7$. Tác dụng không mong muốn sau 7 ngày: sưng nề 10%, xuất huyết dưới da 45%. Tác dụng không mong muốn sau 6 tháng: tăng tiết mồ hôi nách bù đắp 7,5%.

Kết luận: Phương pháp điều trị tăng tiết mồ hôi nách bằng MiraDry cho hiệu quả giảm tiết mồ hôi, giảm mùi cao, an toàn.

Từ khóa: MiraDry, mồ hôi nách có mùi, tăng tiết mồ hôi.

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical characteristics and evaluate the efficacy of MiraDry treatment for axillary hyperhidrosis at the Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Buu dien Hospital.

Subjects and methods: A retrospective, longitudinal descriptive study was conducted on 40 patients treated with the MiraDry device from January 2023 to January 2025.

Results: The average age of the study subjects was 35.6 ± 10.2 years. The proportion of patients who had previously used other treatment methods included 25% who had used Botox and 5% who had used laser. The



Điều trị tăng tiết mồ hôi nách bằng máy MiraDry tại khoa Phẫu thuật tạo hình và Thẩm mỹ Bệnh viện Bưu điện

level of sweat reduction after treatment, according to the HDSS scale, was mild in 85% of cases and moderate in 15% of cases. Odor reduction on a 10-point scale improved from 7.0 ± 1.6 before treatment to 1.0 ± 0.7 after treatment. Adverse effects within seven days included swelling in 10% and subcutaneous hemorrhage in 45% of the patients. After six months, compensatory hyperhidrosis occurred in 7.5% of the patients.

Conclusion: MiraDry is an effective method for reducing hyperhidrosis and associated axillary malodor, with a favorable safety profile.

Keywords: MiraDry, axillary malodor, hyperhidrosis.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

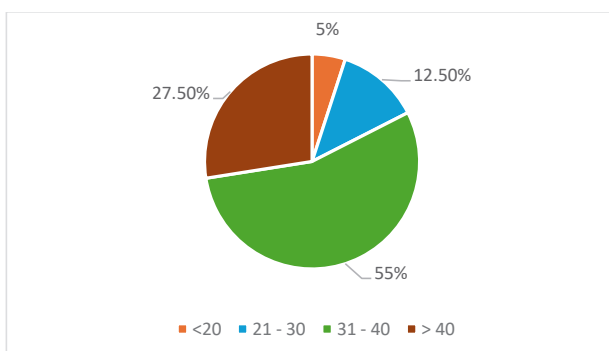
Tăng tiết mồ hôi là tình trạng bệnh lý đặc trưng bởi sự bài tiết mồ hôi vượt quá nhu cầu sinh lý cần thiết để duy trì thân nhiệt, ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng cuộc sống, đặc biệt là ở vùng nách.¹ Hiện có nhiều phương pháp điều trị được áp dụng như: lăn khử mùi, tiêm botulinum toxin A, phẫu thuật cắt hạch giao cảm ngực.^{2,3} Trong đó, MiraDry, một công nghệ sử dụng năng lượng vi sóng ngày càng phổ biến nhờ tính hiệu quả, an toàn, và không xâm lấn.⁴ Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu được báo cáo về điều trị tăng tiết mồ hôi nách và mồ hôi nách có mùi bằng vi sóng; tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về công nghệ này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị tăng tiết mồ hôi nách bằng máy MiraDry tại Bệnh viện Bưu điện.

2 PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả theo chiều dọc trên 40 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tại khoa Phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2025.

3 KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm về tuổi



Hình 1. Đặc điểm về nhóm tuổi

Nhận xét: Người bệnh chủ yếu ở nhóm tuổi ≤ 40 tuổi (72,5%), tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 35,6 tuổi. Đây chủ yếu là những đối tượng đang đi làm, có thu nhập ổn định hoặc làm lao động nặng. Những người bệnh tới điều trị đều sau tuổi dậy thì, điều này có liên quan tới sinh bệnh học của bệnh, thường bắt đầu sau tuổi dậy thì và liên quan đến sự hoạt động của tuyến mồ hôi.

3.2. Tiền sử điều trị tăng tiết mồ hôi nách có mùi

Bảng 1. Tiền sử điều trị tăng tiết mồ hôi và mồ hôi nách có mùi

Các phương pháp điều trị	n	Tỷ lệ (%)
Vệ sinh cá nhân	40	100
Thuốc hoặc sản phẩm bôi tại chỗ	35	87,5
Tiêm botox	10	25
Laser	2	5

Nhận xét: Tất cả các người bệnh trong nghiên cứu đã điều trị bằng việc vệ sinh cá nhân thường xuyên (100%), 87,5% đang sử dụng các thuốc hay các sản phẩm bôi tại chỗ, 25% đã điều trị trước đó bằng tiêm botox và 5% người bệnh đã điều trị bằng laser. Các phương pháp điều trị không phẫu thuật chủ yếu cho kết quả tạm thời và người bệnh thường phải điều trị nhiều lần. Có 25% người bệnh đã điều trị bằng tiêm botulinum toxin trước đó, phương pháp này tuy mang lại hiệu quả tương đối tốt nhưng chỉ tạm thời và đòi hỏi chi phí cao. Tương tự 2 người bệnh điều trị bằng laser cũng không mang lại hiệu quả như mong muốn.

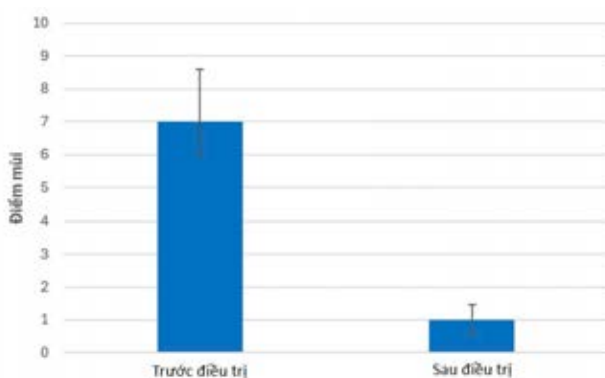
3.3. Mức độ giảm tiết mồ hôi theo thang điểm HDSS

Bảng 2. Mức độ giảm tiết mồ hôi sau 6 tháng

Mức độ (Điểm HDSS)	Triệu chứng	Trước điều trị		Sau điều trị		p
		n	%	n	%	
Nhẹ (1 điểm)	Không gây chú ý, hầu như không bao giờ ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày.	0	0,0	34	85	< 0,05
Vừa (2 điểm)	Trong giới hạn chịu được, đôi khi ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày.	13	32.5	6	15	
Nặng (3 điểm)	Rất khó chịu, thường xuyên ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày.	20	50	0	0	
Rất nặng (4 điểm)	Không chịu đựng nổi, luôn làm ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày.	7	17.5	0	0	
Tổng		40	100	40	100	

Nhận xét: HDSS (Hyperhidrosis Disease Severity Scale) là thang điểm đánh giá mức độ ảnh hưởng của tăng tiết mồ hôi đến chất lượng cuộc sống. Đây là công cụ ngắn gọn, dễ áp dụng lâm sàng. Trước điều trị 100% người bệnh bị ảnh hưởng bởi tình trạng tăng tiết mồ hôi đến các hoạt động hàng ngày (≥ 2 điểm), trong đó có 17,5% người bệnh không chịu đựng được do tăng tiết mồ hôi. Sau 6 tháng điều trị, không có người bệnh nào cảm thấy khó chịu và 85% người bệnh hoàn toàn không còn bị ảnh hưởng bởi tình trạng tăng tiết mồ hôi. Các trường hợp tăng tiết mồ hôi mức độ nặng và rất nặng có sự giảm đáng kể điểm số HDSS sau 6 tháng điều trị. Kết quả trên cũng tương đương với nghiên cứu của các tác giả Kamiaka trên người châu Á.⁵

3.4. Mức độ giảm mùi



Hình 2. Mức độ giảm điểm mùi theo thang điểm 10 sau 6 tháng

Nhận xét: Điểm mùi trung bình theo thang điểm 10 trước điều trị là $7,0 \pm 1,6$ điểm, sau điều trị là $1,0 \pm 0,7$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo nghiên cứu của tác giả Beer GM và cộng sự, hầu hết các tuyến mồ hôi được tìm thấy trong lớp hạ bì gần ranh giới với trung bì và ở trung bì mật độ các tuyến không đáng kể.⁶ Do đó, MiraDry có thể tác động lên các tuyến mồ hôi hiệu quả.

3.5. Biến chứng sau điều trị

3.5.1. Tác dụng không mong muốn sau 7 ngày điều trị

Bảng 3. Tác dụng không mong muốn sau 7 ngày điều trị

Biến chứng	n	Tỷ lệ (%)
Sưng nề vùng nách	4	10
Đau, khó chịu	0	0
Rối loạn cảm giác	0	0
Xuất huyết dưới da	18	45
Nhiễm trùng, áp xe	0	0,0

Nhận xét: Theo các nghiên cứu về ứng dụng năng lượng vi sóng trong điều trị tăng tiết mồ hôi nách, chưa ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tác dụng không mong muốn gặp nhiều nhất là xuất huyết dưới da (45%) và sưng nề vùng nách (10%). Không có người bệnh nào có biến chứng nhiễm

trùng/áp xe, đau khó chịu hay rối loạn cảm giác cánh tay. Trong quá trình điều trị, các bước có thể gây nên xuất huyết dưới da bao gồm tiêm thuốc tê tại chỗ, quá trình hút chân không và truyền năng lượng qua đầu biotip. Tuy nhiên, các trường hợp xuất huyết và sưng nề đều giảm dần và hết sau 2 tuần.

3.5.2. Tác dụng không mong muốn sau 6 tháng điều trị

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn sau 6 tháng điều trị

Biến chứng	n	Tỷ lệ (%)
Rối loạn cảm giác	0	0
Tăng tiết mồ hôi bù đắp	3	7,5
Viêm nang lông	0	0
Tăng sắc tố sau viêm	0	0
Tổn thương dạng nang, áp xe	0	0

Nhận xét: Không có người bệnh nào có rối loạn cảm giác, viêm nang lông, tăng sắc tố sau viêm, hay tổn thương dạng nang, áp xe. Có 3 người bệnh tăng tiết mồ



hôi bù đắp vùng bàn tay, nhưng đều ở mức độ nhẹ. Tất cả các người bệnh đều đạt được hiệu quả giảm mùi, giảm tiết mồ hôi mà hoàn toàn không để lại dấu vết gì bất thường tại thời điểm 6 tháng sau điều trị.

4 KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị tăng tiết mồ hôi nách bằng MiraDry cho hiệu quả giảm tiết mồ hôi, giảm mùi cao, ít biến chứng và là lựa chọn điều trị an toàn, hiệu quả.

Tài liệu tham khảo

- Sammons JE, Khachemoune A. Axillary hyperhidrosis: a focused review. *J Dermatolog Treat*, 28(7), 582–590.
- He J, Wang T, Dong J. A close positive correlation between malodor and sweating as a marker for the treatment of axillary bromhidrosis with Botulinum toxin A. *J Dermatolog Treat*, 23(6), 461–464.
- Skoog T, Thyresson N. Hyperhidrosis of the axillae. A method of surgical treatment. *Acta Chir Scand*, 124, 531–538.
- Wimmer FW, Ramic A. Evaluation of efficacy and safety of miradry procedure in the treatment of primary axillary hyperhidrosis. *Aesth Plast Surg* Volume 49, pages 2545–2551, (2025).
- Kamiaka C, et al. Clinical and histological evaluation of a single high energy microwave treatment for primary axillary hyperhidrosis in Asians: A prospective, randomized, controlled, split-area comparative trial. *Lasers Surg Med*. 2019 Sep;51(7):592-599.
- Beer GM et al (2006). Immunohistochemical differentiation and localization analysis of sweat glands in the adult human axilla. *Plast Reconstr Surg*, 117(6), 2043-9.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG TẾ BÀO GỐC TRUNG MÔ THU NHẬN TỪ DÂY RỖN PHỤC VỤ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Nguyễn Văn Long, Đỗ Hải Linh

Trung tâm Tế bào gốc và Di truyền, Bệnh viện Bưu điện



Chất lượng tế bào gốc trung mô thu nhận từ dây rốn tại Bệnh viện Bưu điện không chỉ vô trùng mà còn mang tính toàn vẹn, bền vững về vật chất di truyền phù hợp để làm vật liệu cho liệu pháp tế bào trong điều trị

TÓM TẮT

Tế bào gốc trung mô là nguồn tế bào có tiềm năng lớn trong y học tái tạo. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị lâm sàng phụ thuộc rất lớn vào chất lượng của tế bào. Việc đảm bảo nguồn cung cấp tế bào gốc có chất lượng cao và an toàn là một thách thức lớn trong nghiên cứu và ứng dụng lâm sàng. Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá chất lượng tế bào gốc trung mô thu nhận từ mô dây rốn tại Bệnh viện Bưu điện. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 12 mẫu mô dây rốn được thu thập, xử lý phân lập, nuôi cấy tăng sinh. Các chỉ số được đánh giá bao gồm đặc điểm tế bào, các dấu ấn marker bề mặt, xét nghiệm vi sinh, nội độc tố, Mycoplasma và nhiễm sắc thể đồ. Kết quả: tỷ lệ tế bào sống đạt trung bình đạt $99,4 \pm 0,25\%$, số lượng tế bào trung bình là $17,5 \pm 8,05 \times 10^6$ tế bào. Tỷ lệ marker bề mặt CD105+, CD73+, CD90+ đều trên 99% và marker âm tính trung bình là $0,37 \pm 0,21\%$. Xét nghiệm vi sinh ghi nhận 12/12 mẫu có kết quả âm tính với vi khuẩn và vi nấm. Xét nghiệm kiểm tra nội độc tố endotoxin và Mycoplasma ghi nhận tất cả các mẫu có kết quả âm tính. Xét nghiệm nhiễm sắc thể từ tế bào gốc trung mô qua các lần cấy

chuyển ghi nhận không có biến đổi về số lượng và cấu trúc. Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa quan trọng trong lưu trữ tế bào gốc, ứng dụng tế bào gốc trong điều trị.

Từ khóa: *Chất lượng tế bào gốc, mô dây rốn, tế bào gốc trung mô.*

ABSTRACT

Mesenchymal stem cells (MSCs) are a promising source of cells in regenerative medicine. However, the clinical efficacy of cell therapy is highly dependent on the quality of these cells. This study evaluated the quality of mesenchymal stem cells from umbilical cord tissue samples collected at Buu dien Hospital. The results of 12 umbilical cord tissue samples showed that the average cell viability was $99.4 \pm 0.25\%$, and the average cell number was $17.5 \pm 8.05 \times 10^6$ cells. The expression of surface markers CD105+, CD73+, and CD90+ was above 99%, and the average expression of the negative marker was $0.37 \pm 0.21\%$. Microbiological testing showed that all 12 samples were negative for bacteria and fungi. Endotoxin and Mycoplasma testing revealed that all samples were negative. Karyotyping of mesenchymal stem cells from different passages showed no changes in number and structure. The results of this study have significant implications for stem cell banking and clinical applications of stem cells.

Keywords: *Stem cell quality, umbilical cord tissue, mesenchymal stem cells.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô dây rốn là một kho tàng chứa đựng nhiều loại tế bào gốc có giá trị, trong đó tế bào gốc trung mô đóng vai trò đặc biệt quan trọng. Tế bào gốc trung mô sở hữu những đặc tính sinh học nổi bật như khả năng tự tái sinh, biệt hóa thành nhiều loại tế bào khác nhau như tế bào xương, sụn, mỡ, cơ, thần kinh... và có khả năng bài tiết các chất có tác dụng điều hòa hệ miễn dịch¹. Chính nhờ những đặc tính nổi trội này mà hơn 20 năm qua, tế bào gốc trung mô đã và đang được ứng dụng rộng rãi trong y học tái tạo, đặc biệt trong việc điều trị các bệnh lý về xương khớp, tim mạch, thần kinh, bệnh ung thư và các bệnh tự miễn².

Tuy nhiên, để nguồn tế bào gốc có khả năng được sử dụng trong điều trị nó phải đạt một số tiêu chuẩn nhất định. Hiện nay, có rất nhiều tổ chức đã đưa ra bộ tiêu chuẩn đánh giá chất lượng tế bào gốc³. Các điểm chính của tiêu chuẩn này bao gồm: Tế bào gốc trung mô phải có khả năng phát triển bám dính và có hình dạng giống hình thoi khi quan sát dưới kính hiển vi. Về các dấu hiệu bề mặt tế bào, tỷ lệ dương tính của các dấu hiệu bề mặt CD73, CD90 và CD105 là $\geq 95\%$, và HLA-DR là $\leq 2\%$. Tỷ lệ tế bào sống $\geq 95\%$. Về kiểm tra tính vô trùng, tất cả các mẫu phải âm tính với vi khuẩn, vi nấm, Mycoplasma. Về kết quả kiểm tra nội độc tố, mẫu phải có giá trị phát

hiện nội độc tố phải $\leq 0,5$ EU/mL. Về đánh giá tính toàn vẹn của vật chất di truyền, khuyến cáo sử dụng phương pháp phân tích băng G để kiểm tra và các mẫu không có hiện tượng mất đoạn, chuyển đoạn nào tồn tại^{3,4}. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá chất lượng tế bào gốc trung mô thu nhận từ dây rốn tại Bệnh viện Bưu điện phục vụ điều trị.

2. ĐỐI TƯỢNG

2.1. Đối tượng

Các mẫu tế bào gốc thu nhận từ mô cuống rốn tại Bệnh viện Bưu điện có đủ thông tin và kết quả thu thập được đưa vào nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Mẫu dây rốn được thu nhận từ các sản phụ tình nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Sản phụ được xét nghiệm và xác nhận không nhiễm các vi-rút, vi khuẩn (HBV, HCV, HIV, CMV, HSV, TPHA, Chlamydia). Kích thước mẫu đạt tiêu chuẩn với độ dài dây rốn > 10 cm. Mẫu được thu thập trong vòng 24 giờ, bảo quản nhiệt độ từ $2 - 8^{\circ}\text{C}$ và mẫu được bao phủ bởi dung dịch Transferring buffer.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mẫu không có đủ thông tin thu thập. Sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu



2.2. Phương pháp

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

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Mô dây rốn được thu thập tại khoa sản Bệnh viện Bưu điện, sau đó được bảo quản và vận chuyển tới phòng Lab của Trung tâm Tế bào gốc và Di truyền;
- Tiến hành xử lý mẫu mô, tách rửa tế bào MSC và nuôi cấy tăng sinh bằng môi trường MSCCult I Primary và MSCCult I;
- Xét nghiệm kiểm tra chất lượng tế bào bao gồm: xét nghiệm vi khuẩn, vi nấm dịch vận chuyển, dịch rửa trước nuôi cấy, và sau nuôi cấy, xét nghiệm Mycoplasma theo quy trình bộ kit MycoAlert PLUS Mycoplasma Detection Kit;
- Xét nghiệm các marker bề mặt CD90, CD73, CD105 theo bộ kit Human MSC Analysis kit của hãng BD Biosciences, và thực hiện xét nghiệm lập công thức nhiễm sắc thể (Karyotyping);

2.2.3. Xử lý số liệu:

- Số liệu nghiên cứu thu thập theo hồ sơ lưu trữ và được nhập vào máy tính, xử lý theo các toán trong chương trình toán thống kê y học chuẩn SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này nhằm mục đích khoa học, toàn bộ các thông tin nghiên cứu đều được bảo mật theo đúng quy định về bảo mật thông tin tại Bệnh viện Bưu điện.

Các số liệu thu thập được chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tế bào gốc trung mô mô dây rốn

Bảng 1. Số lượng và tỷ lệ sống của tế bào gốc trung mô mô dây rốn

Mẫu	Số lượng tế bào (triệu)	Tỷ lệ sống (%)
1	25	99,3
2	24,2	99,7
3	22,5	99,4
4	23,2	99,4
5	23	99,7
6	22	99,4
7	25	99,2
8	15	99,5
9	15	99,7
10	5	99
11	6	99,5
12	5	99
Trung bình	17,5	99,4

Số lượng tế bào thu được sau nuôi cấy trung bình của 12 mẫu lưu trữ là $17,5 \pm 8,05 \times 10^6$ tế bào. Trong tất cả các mẫu số tế bào thu được ít nhất là 5 triệu và nhiều nhất là 25 triệu tế bào. Tỷ lệ tế bào sống trung bình đạt $99,4 \pm 0,25\%$. Trong đó tỷ lệ sống đạt cao nhất là 99,7% và thấp nhất là 99%.

3.2. Đặc điểm các dấu ấn bề mặt tế bào gốc trung mô mô dây rốn

Bảng 2. Đặc điểm các dấu ấn bề mặt tế bào của tế bào gốc trung mô mô dây rốn

Mẫu	CD105+ (%)	CD73+ (%)	CD90+ (%)	Negative marker (%)
1	99,81	99,62	99,96	0,55
2	99,6	99,49	99,68	0,34
3	99,96	99,52	99,98	0,52
4	99,9	99,88	99,91	0,19
5	99,84	99,64	99,63	0,1
6	99,9	99,84	99,96	0,41
7	99,89	99,87	99,9	0,09
8	99,77	99,43	99,94	0,34

Mẫu	CD105+ (%)	CD73+ (%)	CD90+ (%)	Negative marker (%)
9	99,79	99,85	99,88	0,12
10	99,8	99,7	99,96	0,56
11	99,93	99,44	99,87	0,77
12	99,96	99,49	99,89	0,45
Giá trị trung bình $\pm$ SD	99,85 $\pm$ 0,1	99,65 $\pm$ 0,17	99,88 $\pm$ 0,11	0,37 $\pm$ 0,21

Tất cả các mẫu sau nuôi cấy đều cho tỷ lệ các marker CD105, CD73, CD90 (>99%) cao, với giá trị cao nhất là CD90 là 99,88 $\pm$ 0,11% và thấp nhất là CD73 là 99,65 $\pm$ 0,17%. Bên cạnh đó, các marker âm tính chiếm tỷ lệ 0,37 $\pm$ 0,21%.

3.3. Đặc điểm xét nghiệm vi sinh

Xét nghiệm vi sinh từ dịch rửa dây rốn và dịch rửa tế bào ghi nhận 12/12 mẫu có kết quả âm tính với vi khuẩn và vi nấm, chiếm tỷ lệ 100%.

3.4. Kết quả kiểm tra nội độc tố và kiểm tra Mycoplasma

Xét nghiệm nội độc tố và kiểm tra Mycoplasma ghi nhận 12/12 mẫu có kết quả âm tính, chiếm tỷ lệ 100%.

3.5. Kết quả đánh giá nhiễm sắc thể của tế bào gốc trung mô mô dây rốn

Chúng tôi thực hiện kỹ thuật lập công thức nhiễm sắc thể từ tế bào gốc trung mô mô dây rốn ở 4 mẫu: sau các lần cấy chuyển liên tiếp ở 4 mẫu tế bào được phân lập và nuôi cấy, ghi nhận kết quả bình thường về số lượng và cấu trúc.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy sau quá trình xử lý, phân lập tăng sinh, chất lượng tế bào thu được tương đối tốt với kết quả trung bình số lượng tế bào là 17,5 $\pm$ 8,05 x10⁶ tế bào. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Mingqi Zhang và cộng sự là 1x10⁷ tế bào và thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Xiao-Fen Lian và cộng sự là 4,5-6,0x10⁷ tế bào^{5,6}. Về tỷ lệ sống của tế bào gốc trung mô, nghiên cứu của chúng tôi đạt kết quả trung bình lên tới 99,4% với mẫu có tỷ lệ sống đạt cao nhất là 99,7% và thấp nhất là 99%. Tỷ lệ sống này cao hơn với một số các nghiên cứu khác như của Mingqi Zhang (96,34%) và Xiao-Fen Lian là khoảng 90%^{5,6}. Theo tiêu chuẩn nghiên cứu về tế bào gốc của Xiang Shuanglin, tế bào gốc muốn điều trị phải có đặc điểm tỷ lệ sống trên 95%³. Như vậy theo nghiên cứu này, tỷ lệ sống lên tới 99,4% là hoàn toàn đủ tiêu chuẩn.

Về biểu hiện của các marker bề mặt của tế bào gốc trung mô, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tất cả 12 mẫu đều cho kết quả dương tính cao với marker CD105, CD73, CD90 đều chiếm >99%. Kết quả này giống với nghiên cứu của một số báo cáo trên thế giới, thậm chí cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Hager Abouelnaga và cộng sự với CD90 (97 $\pm$ 1.8%), CD105 (97.7 $\pm$ 0.7%) và nghiên cứu của tác giả Xufeng Fu với CD73 (99.3 $\pm$ 0.2%) và CD105 (85.0 $\pm$ 1.4%)⁷. Bên cạnh đó, các marker âm tính của tế bào gốc trung mô của chúng tôi chiếm tỷ lệ nhỏ hơn 1% cụ thể kết quả trung bình là 0,37 $\pm$ 0,21%. Tỷ lệ marker âm tính chiếm tỷ lệ thấp này cũng tương đồng với nghiên cứu của Hager Abouelnaga và cộng sự (1,8%) và nghiên cứu của Xufeng Fu và cộng sự (0,2%).



Hình 1. Hình ảnh kết quả nhiễm sắc thể đồ từ tế bào gốc của mẫu số 1 (46,XY)



Kết quả trên phù hợp với các tiêu chí của Hội Liệu pháp tế bào quốc tế mà tác giả Xiang Shuanglin và cộng sự đã đưa ra năm 2020 ³.

Bên cạnh đó, xét nghiệm vi sinh nuôi cấy dịch rửa dây rốn và dịch rửa tế bào, xét nghiệm nội độc tố Endotoxin và Mycoplasma. Bởi vì đây là các yếu tố ảnh hưởng trực tiếp tới tình trạng mẫu có vô khuẩn để lưu trữ bảo quản và có đủ điều kiện để điều trị cho bệnh nhân hay không. Kết quả các mẫu tất cả các mẫu (n=12) có kết quả âm tính với vi khuẩn và vi nấm chiếm tỷ lệ 100%. Không có mẫu nào có nhiễm độc tố và vi khuẩn Mycoplasma.

Tài liệu tham khảo

1. Wang S, Qu X, Zhao RC. Clinical applications of mesenchymal stem cells. *J Hematol Oncol*. 2012;5(1):19. doi:10.1186/1756-8722-5-19
2. Fernández-Garza LE, Barrera-Barrera SA, Barrera-Saldaña HA. Mesenchymal Stem Cell Therapies Approved by Regulatory Agencies around the World. *Pharmaceuticals*. 2023;16(9):1334. doi:10.3390/ph16091334
3. Xiang S, Gao W, Peng H, et al. Standards of clinical-grade mesenchymal stromal cell preparation and quality control (2020 China Version). *J Neurorestoratology*. 2020;8(4):197-216. doi:10.26599/JNR.2020.9040021
4. George B. Regulations and guidelines governing stem cell-based products: Clinical considerations. *Perspect Clin Res*. 2011;2(3):94-99. doi:10.4103/2229-3485.83228
5. Zhang M, Zhao Y, Wang L, et al. Study of the biological characteristics of human umbilical cord mesenchymal stem cells after long-time cryopreservation. *Cell Tissue Bank*. 2022;23(4):739-752. doi:10.1007/s10561-021-09973-1
6. Lian XF, Lu DH, Liu HL, et al. Safety evaluation of human umbilical cord-mesenchymal stem cells in type 2 diabetes mellitus treatment: A phase 2 clinical trial. *World J Clin Cases*. 2023;11(21):5083-5096. doi:10.12998/wjcc.v11.i21.5083
7. Abouelnaga H, El-Khateeb D, Moemen Y, El-Fert A, Elgazzar M, Khalil A. Characterization of mesenchymal stem cells isolated from Wharton's jelly of the human umbilical cord. *Egypt Liver J*. 2022;12(1):2. doi:10.1186/s43066-021-00165

Một điểm đáng chú ý khác là chúng tôi đánh giá tính toàn vẹn về vật chất di truyền của các tế bào gốc trung mô từ mô dây rốn thông qua đặc điểm hình thái các nhiễm sắc thể. Chúng tôi đánh giá đại diện 4 mẫu qua các lần cấy chuyển liên tiếp. Kết quả cho thấy, cả 4 mẫu đều có sự ổn định tốt về mặt di truyền, không có biến động bất thường về số lượng và cấu trúc của bộ nhiễm sắc thể ($2n=46$). Kết quả này cũng giống như kết quả nghiên cứu tác giả Hager Abouelnaga ⁷. Các kết quả trên đảm bảo chất lượng tế bào gốc không chỉ vô trùng mà còn mang tính toàn vẹn, bền vững về vật chất di truyền phù hợp để làm vật liệu cho liệu pháp tế bào trong điều trị, hoàn toàn đáp ứng tiêu chuẩn đã đưa ra của Hiệp hội nghiên cứu tế bào gốc quốc tế (ISSCR) ⁴.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã thành công đánh giá chất lượng của 12 mẫu tế bào gốc trung mô thu nhận từ dây rốn tại Bệnh viện Bưu điện từ tháng 08 năm 2023 đến tháng 08 năm 2024. Các thông số trong đánh giá chất lượng tế bào gốc trung mô từ dây rốn bao gồm kết quả xét nghiệm vi sinh, nấm, mycoplasma, tỷ lệ tế bào sống, các marker bề mặt và đặc điểm nhiễm sắc thể có ý nghĩa trong lưu trữ tế bào gốc, ứng dụng tế bào gốc trong điều trị, giúp cho các bác sỹ lâm sàng có thể lựa chọn những mẫu tế bào có chất lượng phù hợp, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị bệnh.

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN TRONG ĐIỀU TRỊ TIÊM TẾ BÀO GỐC TRUNG MÔ KẾT HỢP HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU TRÊN NGƯỜI BỆNH THOÁI HÓA KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Đỗ Gia Trường, Nguyễn Văn Long, Lê Minh Thuận

Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tính an toàn trong điều trị tiêm tế bào gốc trung mô từ mô dây rốn đồng loài kết hợp với huyết tương giàu tiểu cầu tự thân trên người bệnh thoái hóa khớp gối.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp và theo dõi dọc trên 21 người bệnh thoái hóa khớp gối (42 khớp gối) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thấp khớp học Mỹ ACR 1991 và ở giai đoạn 2-3 theo phân loại của Kellgren và Lawrence, được điều trị tại Bệnh viện Bưu điện.

Kết quả: Số lượng tế bào gốc được tiêm vào mỗi khớp gối là 2×10^7 tế bào/khớp chia làm hai lần tiêm. Sau 6 tháng nghiên cứu, không nhận thấy các tác dụng phụ toàn thân. Tất cả người bệnh đều không có các biểu hiện nhiễm khuẩn khớp, quanh khớp, chảy máu khớp, sự tạo thành u xương bất thường tại chỗ trong thời gian theo dõi. Nghiên cứu ghi nhận 4 trường hợp tràn dịch khớp sau tiêm (chiếm tỷ lệ 9,5%) trong một tuần sau tiêm. Tuy nhiên, sau thời điểm 4 tuần theo dõi trở đi, tất cả các khớp gối có phản ứng phụ đều cải thiện lâm sàng.

Kết luận: Kết quả bước đầu cho thấy quá trình tiêm tế bào gốc trung mô từ mô dây rốn đồng loài kết hợp với huyết tương giàu tiểu cầu tự thân trên người bệnh thoái hóa khớp gối có tính an toàn và chưa ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng trên đối tượng nghiên cứu.

Từ khóa: Điều trị tế bào gốc, tế bào gốc mô dây rốn, thoái hóa khớp gối.

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to evaluate the safety of intra-articular injection therapy using allogeneic umbilical cord-derived mesenchymal stem cells combined with autologous platelet-rich plasma in patients with knee osteoarthritis.

Subjects and Methods: A prospective interventional longitudinal study was conducted on 21 patients treated at Buu dien Hospital for knee osteoarthritis (42 knees), diagnosed according to the 1991 American College of Rheumatology (ACR) criteria and classified as grade 2–3 based on the Kellgren and Lawrence system.

Results: The number of stem cells injected into each knee joint was 2×10^7 cells, administered in two separate injections. After a six-month follow-up, no systemic adverse effects were observed. None of the patients developed joint or periarticular infections, hemarthrosis, or abnormal local osteogenesis during the study period. Four cases (9.5%) of joint effusion were recorded within the first week after injection. However, from week four onward, all affected knees showed clinical improvement.

Conclusion: These preliminary findings suggest that the intra-articular injection of allogeneic umbilical cord-derived mesenchymal stem cells, combined with autologous platelet-rich plasma, is safe for patients with knee osteoarthritis.

Keywords: Stem cell therapy, umbilical cord mesenchymal stem cells, knee osteoarthritis.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối (THK gối) là tình trạng tổn thương sụn khớp không hồi phục và thay đổi các thành phần xương dưới sụn, màng hoạt dịch, dây chằng, cơ cạnh khớp. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính khoảng 25% người già trên 65 tuổi bị đau khớp và tàn phế do mắc bệnh thoái hóa khớp¹. THK là nguyên nhân gây tàn tật cho người cao tuổi đứng thứ hai sau bệnh tim mạch. Năm 2009, tại Mỹ có tới 905.000 trường hợp thay khớp háng và gối đã được thực hiện với chi phí rất cao 42,3 tỷ đô la². Ở Việt Nam chưa có thống kê chính xác nhưng THK chiếm tỷ lệ cao trong các bệnh lý cơ xương khớp, đặc biệt là THK gối. Hiện nay, nhiều biện pháp mới trong điều trị THK đã ra đời trong đó liệu pháp tế bào gốc (TBG) đã mở ra một hướng đi mới, nhằm đích gốc rễ của tổn thương, can thiệp điều trị sớm nhằm đem lại hiệu quả tối ưu trong điều trị THK gối. TBG có thể thu nhận từ nhiều nguồn khác nhau. Trong đó, TBG lấy từ tủy xương và mô mỡ tự thân là hai nguồn chính đã được nhiều nghiên cứu và cho thấy hiệu quả và độ an toàn cao^{3,4}. Tuy nhiên, việc lấy TBG chủ yếu ở tủy xương và mô mỡ là kỹ thuật xâm lấn, gây đau đớn cho bệnh. Trong bối cảnh đó, TBG trung mô từ mô dây rốn (UC-MSC) là TBG trưởng thành nhưng ở giai đoạn “non trẻ” nhất của cuộc đời, chính là nguồn tế bào có tiềm năng ứng dụng hấp dẫn nhất với tính sẵn có, an toàn, không xâm lấn, tính sinh miễn dịch thấp. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Đánh giá tính an toàn trong điều trị tiêm tế bào gốc trung mô thu nhận từ mô dây rốn đồng loài kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân trên người bệnh thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Bưu điện.*

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 21 người bệnh được chẩn đoán THK gối (42 khớp gối)

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2024 đến tháng 8/2025 tại Bệnh viện Bưu điện

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, can thiệp và theo dõi dọc.

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Các người bệnh THK gối đủ tiêu chuẩn được hỏi bệnh, khám lâm sàng, làm các cận lâm sàng cần thiết. Số liệu thu thập được ghi theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.
- Thực hiện quá trình điều trị TBG trên người bệnh THK bao gồm: quy trình thu nhận và đánh giá chất lượng UC-MSC đồng loài; Quy trình tách chiết, đánh giá chất lượng huyết tương giàu tiểu cầu (PRP) tự thân; Quy trình tiêm nội khớp.
- Mỗi người bệnh được tiêm hai lần: Lần 1: Tiêm 3ml dung dịch chứa huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (PRP) và UC-MSC đã được trộn đều cho mỗi khớp gối tổn thương dưới hướng dẫn của siêu âm. Số lượng UC-MSC mỗi khớp gối dùng trong nghiên cứu là 1×10^7 tế bào. Lần 2: Thực hiện tương tự như lần 1 sau thời gian 3 tuần kể từ khi tiêm mũi thứ nhất.
- Theo dõi mức độ an toàn trên người bệnh theo các mốc thời gian và theo mẫu bệnh án.

2.2.3. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu thu thập theo bệnh án mẫu được nhập vào máy tính, xử lý theo các toán trong chương trình toán thống kê y học chuẩn SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức cơ sở ngày 29 tháng 8 năm 2024 theo QĐ 892/QĐ-BVBD-KHTH.

3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng khớp gối của người bệnh nghiên cứu

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)	X ± SD
Đau cơ học	36	85,7%	
Đau kiểu viêm	6	14,3%	
Dấu hiệu phá vỡ khớp	42	100%	
Lạo xạo xương khi khám	42	100%	
Dấu hiệu bảo gỗ	36	85,7%	
Bập bênh xương bánh chè	6	14,3%	
Kén baker	7	16,7%	
Thang điểm VAS	Gối trái		5,9 ± 0,8 (5÷7)
	Gối phải		6,1 ± 1 (5÷8)
Thang điểm Womac	Chung		56,8 ± 9,2 (38÷74)
	Đau		11,1 ± 1,7 (9÷14)
	Vận động		41,3 ± 7,4 (26÷54)
	Cứng khớp		4,2 ± 0,9 (3÷7)

Nhận xét: Đa số các khớp gối đau theo kiểu cơ học với dấu hiệu điển hình trên lâm sàng là dấu hiệu bào gỗ (chiếm tỷ lệ 85,7%). Người bệnh đều có dấu hiệu phá vỡ khớp và lạo xạo xương khi khám. Tỷ lệ người bệnh có kén baker tại khớp gối là: 16,7%. Điểm VAS trung bình của khớp gối phải và trái của người bệnh lần lượt là: 6,1 ± 1 (5÷8) và 5,9 ± 0,8 (5÷7), trong đó mức độ đau nặng nhất với VAS =8. Điểm Womac trung bình là 56,8 ± 9,2.

Bảng 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh nghiên cứu

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)	X ± SD
Máu lắng (mm)	Máu lắng chung		41,6 ± 23,2
	Máu lắng 1h > 30	14/21	66.7%
CRPhs (mg/l)	CRPhs chung		3,1 ± 3,5
	CRPhs > 5	4/21	19%
Giai đoạn thoái hóa	2	13	31%
	3	29	69%
Hẹp khe khớp	42	100%	

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)	X ± SD
Trục chi	Bình thường	4	9,5%	
	Vẹo trong	38	90,5%	
	Vẹo ngoài	0	0%	
Gai xương	Chung	42	100%	
	Đùi chày trong	34	81%	
	Đùi chày ngoài	35	83,3%	
	Đùi chày	42	100%	
	Mâm chày	39	92,9%	
Dịch khớp gối	Không có dịch	12	28,6%	
	Ít	14	33,3%	
	Trung bình	15	35,7%	
	Nhiều	1	2,4%	
Màng hoạt dịch	Dày	36	85,7%	
	Không dày	6	14,3%	
Bề mặt sụn khớp	Đều	0	0%	
	Không đều	42	100%	
Kén baker		7	16,7%	
Nốt Canxi hóa màng hoạt dịch		0	0%	
Bề dày sụn khớp (mm)	Liên lồi cầu (N)			1,9 ± 0,48
	Lồi cầu trong (M)			1,6 ± 0,52
	Lồi cầu ngoài (L)			1,57± 0,42

Nhận xét: Người bệnh chủ yếu THK gối giai đoạn 3 với tỷ lệ 69%. Nhìn chung, các khớp gối đều có gai xương và hẹp khe khớp, vị trí đùi chày là nơi thường gặp gai xương nhất (tỷ lệ 100%). Trong nghiên cứu, phần lớn các khớp gối đều có dịch (tỷ lệ 71,4%), màng hoạt dịch dày (85,7%) và bề mặt sụn khớp không đều (tỷ lệ 100%). Bề dày sụn khớp vị trí liên lồi cầu, lồi cầu trong, lồi cầu ngoài lần lượt là: 1,9 ± 0,48; 1,6 ± 0,52; 1,57± 0,42.

3.2. Tính an toàn sau tiêm UC-MSK kết hợp PRP trên khớp gối của người bệnh

Bảng 3.3. Các tác dụng phụ xuất hiện sau tiêm

Các tác dụng phụ		Có		Không	
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Tác dụng toàn thân	Đau đầu	0	0%	42	100%
	Chóng mặt	0	0%	42	100%
	Tăng huyết áp	0	0%	42	100%
	Sốt	0	0%	42	100%
	Mẩn ngứa, dị ứng	0	0%	42	100%
	Shock	0	0%	42	100%

Các tác dụng phụ			Có		Không	
			n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Tác dụng tại chỗ	Tràn dịch khớp	Sau tiêm < 24h	0	0%	42	100%
		1 → 3 ngày	0	0%	42	100%
		3 → 7 ngày	4	9,5%	38	90,5%
	Đau tăng sau tiêm	Đau < 24h	0	0%	42	100%
		Đau > 24h	2	4,8%	40	95,2%
	Nhiễm khuẩn phần mềm quanh khớp		0	0%	42	100%
	Viêm khớp nhiễm khuẩn		0	0%	42	100%
	Chảy máu khớp		0	0%	42	100%

Nhận xét: Người bệnh đều ghi nhận không có tác dụng phụ toàn thân sau điều trị. Các tác dụng phụ tại chỗ đáng ngại như nhiễm khuẩn phần mềm quanh khớp, viêm khớp nhiễm khuẩn, chảy máu khớp cũng đều không xuất hiện. Có 2 trường hợp đau tăng sau tiêm > 24h, chiếm tỷ lệ 4,8% và 4 trường hợp khớp gối ghi nhận có phản ứng tràn dịch khớp, chiếm tỷ lệ 9,5%.

Bảng 3.4. Theo dõi tính an toàn tại các thời điểm nghiên cứu

Các biến cố bất lợi/ Thời điểm theo dõi (T: tuần)		Có		Không	
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Tràn dịch khớp	T4	0	0%	42	100%
	T13	0	0%	42	100%
	T26	0	0%	42	100%
Nhiễm khuẩn phần mềm quanh khớp	T1	0	0%	42	100%
	T4	0	0%	42	100%
	T13	0	0%	42	100%
	T26	0	0%	42	100%
Viêm khớp nhiễm khuẩn	T1	0	0%	42	100%
	T4	0	0%	42	100%
	T13	0	0%	42	100%
	T26	0	0%	42	100%
Hình thành khối u xương hoặc tạo xương bất thường		0	0%	42	100%

Nhận xét: Trong thời gian theo dõi 6 tháng, không ghi nhận thêm các trường hợp có tác dụng phụ và không nhận thấy có sự tạo xương bất thường hoặc hình thành khối u xương trên các phương tiện cận lâm sàng khảo sát. Đặc biệt, sau thời điểm 1 tháng theo dõi, các người bệnh có phản ứng tràn dịch khớp đã cải thiện và đáp ứng điều trị.

4. BÀN LUẬN

Liệu pháp TBG tiêm nội khớp đã mở ra một hướng đi mới, nhắm đích gốc rễ của tổn thương, can thiệp điều trị sớm nhằm đem lại hiệu quả tối ưu trong điều trị THK gối. Trong đó, UC-MSC là nguồn tế bào có tiềm năng ứng dụng hấp dẫn nhất hiện nay nhờ những ưu điểm vượt trội về tính sẵn có, không xâm lấn và tính sinh miễn dịch thấp. Vì vậy, về mặt lý thuyết, các UC-MSC dùng để điều trị có độ an toàn cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng tế bào gốc mô dây rốn được tiêm vào mỗi khớp gối liều trung bình thấp là 2×10^7 tế bào/khớp chia làm hai lần tiêm. Liều lượng tế bào trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng về liều tế bào gốc mô dây rốn với nghiên cứu của Matas Jose (2019) ⁵.

Sau 6 tháng nghiên cứu, không nhận thấy các tác dụng phụ toàn thân, không có các biểu hiện nhiễm khuẩn khớp, quanh khớp, chảy máu khớp, sự tạo thành u xương bất thường tại chỗ. Tác dụng phụ đáng kể nhất có thể thấy là dấu hiệu tràn dịch khớp sau tiêm. Nhóm nghiên cứu ghi nhận 4 trường hợp (chiếm tỷ lệ 9,5%) có phản ứng viêm trong một tuần sau tiêm. Các đối tượng trên đều có đặc điểm chung là có màng hoạt dịch dày và dịch khớp gối tại thời điểm tiến hành nghiên cứu. Sau thời điểm một tháng theo dõi, Người bệnh có tràn dịch khớp đã cải thiện và đáp ứng điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. Hochberg MC, Altman RD, April KT, et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(4):465-474. doi:10.1002/acr.21596
2. Murphy L, Helmick CG. The impact of osteoarthritis in the United States: a population-health perspective. *Am J Nurs*. 2012;112(3 Suppl 1):S13-19. doi:10.1097/01.
3. Pak J, Chang JJ, Lee JH, Lee SH. Safety reporting on implantation of autologous adipose tissue-derived stem cells with platelet-rich plasma into human articular joints. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013;14:337. doi:10.1186/1471-2474-14-337.
4. Pak J. Regeneration of human bones in hip osteonecrosis and human cartilage in knee osteoarthritis with autologous adipose-tissue-derived stem cells: a case series. *J Med Case Rep*. 2011;5:296
5. Matas J, Orrego M, Amenabar D, et al. Umbilical Cord-Derived Mesenchymal Stromal Cells (MSCs) for Knee Osteoarthritis: Repeated MSC Dosing Is Superior to a Single MSC Dose and to Hyaluronic Acid in a Controlled Randomized Phase I/II Trial. *Stem Cells Transl Med*. 2019;8(3):215-224. doi:10.1002/sctm.18-0053.



BSCKII Lê Minh Thuận - Phó Trưởng khoa Nội 2 điều trị tiêm tế bào gốc trung mô từ mô dây rốn đồng loài kết hợp với huyết tương giàu tiểu cầu tự thân trên người bệnh thoái hóa khớp gối

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy việc tiêm UC-MSC và huyết tương giàu tiểu cầu tự thân trên người bệnh bị thoái hóa khớp gối có tính an toàn cao, không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng trong quá trình theo dõi. Các phản ứng tại chỗ sau tiêm, nếu có, đều ở mức độ nhẹ và thoáng qua. Kết quả này gợi mở tiềm năng ứng dụng của liệu pháp tế bào gốc và huyết tương giàu tiểu cầu trong điều trị thoái hóa khớp gối.

TIỀM NĂNG CỦA TẾ BÀO GỐC TRONG ĐIỀU TRỊ SUY YẾU DO LÃO HOÁ

Nguyễn Văn Long

Trung tâm Tế bào gốc và Di truyền, Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Lão hóa là một quá trình tự nhiên, trong đó các tế bào trong cơ thể dần mất đi chức năng, dẫn đến sự suy giảm tổng thể của sức khỏe. Ở mỗi độ tuổi, mức độ lão hóa sẽ khác nhau với tốc độ tăng dần từ 30 tuổi trở đi. Lão hóa ảnh hưởng đến cả ngoại hình cũng như chức năng của mọi cơ quan trong cơ thể. Lão hóa là một trong những vấn đề đang được Việt Nam và các nước trên Thế giới quan tâm. Hiện nay chưa có phương pháp nào ngăn chặn quá trình lão hóa. Trong những năm gần đây, liệu pháp tế bào gốc được xem như một chiến lược hứa hẹn đem lại kết quả cải thiện tình



TS Nguyễn Văn Long - Phó Giám đốc Trung tâm Tế bào gốc và Di truyền tư vấn cho khách hàng về liệu pháp tế bào gốc trong điều trị lão hóa

trạng yếu do lão hóa. Các nghiên cứu tiền lâm sàng và lâm sàng đã chứng minh tế bào gốc có hiệu quả trong việc cải thiện sức khỏe cho người cao tuổi gặp các vấn đề về sức khỏe do lão hóa. Trong bài viết này, chúng tôi tóm tắt các đặc tính sinh học, tiềm năng và thành tựu đạt được của liệu pháp tế bào gốc trong điều trị lão hóa. Đồng thời chúng tôi cũng đưa ra một số thách thức khi sử dụng loại tế bào này trong điều trị sự suy giảm chức năng cơ thể do lão hóa.

Từ khóa: Liệu pháp tế bào, suy yếu do lão hóa, tế bào gốc.

ABSTRACT

Aging is a natural biological process characterized by the gradual loss of cellular function, ultimately leading to a decline in overall health. The manifestations and progression of aging vary across different stages of life, with the rate accelerating after the age of 30. Aging affects not only physical appearance but also the function of virtually all organ systems. It is a major public health concern in Vietnam as well as globally. Currently, there is no available method to halt the aging process. In recent years, stem cell-based therapy has emerged as a promising strategy with the potential to ameliorate aging-related decline. Evidence from both preclinical and clinical studies has demonstrated the beneficial effects of stem cells in improving health outcomes in elderly individuals experiencing age-associated impairments. In this review, we provide a concise overview of the biological characteristics, therapeutic potential, and key achievements of stem cell-based interventions in the context of aging. Furthermore, we discuss the significant challenges that remain in applying these cellular therapies to mitigate functional decline induced by aging.

Keywords: Cell therapy, aging-related frailty, stem cells.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá trình lão hóa khiến cơ thể suy giảm khả năng thích nghi, hệ miễn dịch yếu đi và các dấu hiệu lão hóa trên da xuất hiện. Khi bắt đầu quá trình lão hóa, cơ thể chúng ta dần suy giảm khả năng thích nghi với môi trường sống. Khả năng phục hồi sau chấn thương của cơ thể cũng chậm lại, hệ cơ xương suy yếu khiến xương dễ gãy. Bất cứ chấn thương nào cũng có thể ảnh hưởng đến khả năng vận động, di chuyển, nhất là với người lớn tuổi. Hệ thống miễn dịch suy giảm khiến người cao tuổi dễ mắc bệnh và bệnh có xu hướng tiến triển nặng hơn. Các dấu hiệu lão hóa cũng xuất hiện ở da như: nếp nhăn, đốm nâu, da kém săn chắc... Hiện chưa có cách nào ngăn chặn lão hóa, tuy nhiên có thể làm chậm hoặc cải thiện quá trình này bằng cách xây dựng chế độ dinh dưỡng lành mạnh, khoa học, kết hợp vận động, nghỉ ngơi hợp lý và loại bỏ các thói quen xấu trong cuộc sống. Việc nghiên cứu điều trị tình trạng suy yếu do quá trình lão hóa càng trở nên quan trọng và có ý nghĩa vì nếu được can thiệp điều trị sớm sẽ cải thiện cả về ngoại hình cũng như chức năng các cơ quan trong cơ thể, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống, sức khỏe và tuổi thọ của con người.

Trong những năm gần đây, liệu pháp tế bào gốc đã mở ra một hướng đi tiềm năng để giải quyết các vấn đề do lão hóa gây ra. Tế bào gốc có khả năng biệt hóa thành nhiều loại tế bào khác nhau, đồng thời tiết ra các yếu tố sinh học giúp điều hòa miễn dịch, chống viêm và tái tạo mô. Khi đi vào cơ thể, chúng sẽ di chuyển đến các vùng bị tổn thương, giảm viêm, cải thiện vi tuần hoàn và phục hồi cấu trúc mô. Nghiên cứu này tổng hợp các công trình trên thế giới và tại Việt Nam để đưa ra cái nhìn tổng quan về ưu nhược điểm, cũng như tiềm năng của liệu pháp tế bào gốc trong tương lai.

2 PHƯƠNG PHÁP

Để phân tích tiềm năng của tế bào gốc trong điều trị suy yếu do lão hóa, chúng tôi tổng quan tài liệu và các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng về tế bào gốc trong điều trị lão hóa trên thế giới và ở Việt Nam trong vòng 10 năm trở lại đây. Bài tổng quan sử dụng cơ sở dữ liệu trên các nguồn Pubmed/Medicin và Google Scholar.



❖ Bệnh viện Bưu điện là một trong những đơn vị đi đầu tại Việt Nam được Bộ Y tế cấp Giấy chứng nhận "Thực hành tốt thử thuốc trên lâm sàng (GCP)" và phê duyệt Đề cương nghiên cứu: "Bước đầu đánh giá tính an toàn và hiệu quả của liệu pháp truyền tế bào gốc trung mô tự thân từ mô mỡ trong điều trị tình trạng suy yếu do lão hoá"

3 TỔNG QUAN

3.1. Ứng dụng tế bào gốc trong Y học

Tế bào gốc là tế bào nền móng hay tế bào mầm mà từ đó tạo nên các loại tế bào khác nhau trong cơ thể con người. Tế bào gốc là các tế bào đa tiềm năng có chức năng như một nhà máy sửa chữa và thay thế các tế bào bị tổn thương, tế bào già cỗi hay tế bào chết. Trong tương lai, tế bào gốc được kỳ vọng có thể phát triển thành mô mới, sử dụng trong cấy ghép và y học tái tạo nói riêng và các bệnh lý nói chung. Tính tới thời điểm hiện tại, tế bào gốc đã được ứng dụng để nghiên cứu và điều trị hơn 80 loại bệnh khác nhau như: tổn thương tủy sống, thoái hóa khớp, các bệnh tim mạch, đột quỵ, ung thư, trẻ hóa da mặt, bệnh Alzheimer...

Tế bào gốc trung mô (Mesenchymal Stem Cell - MSC) có khả năng tự làm mới và thể hiện sự biệt hóa đa dòng. MSC là loại tế bào đa tiềm năng có khả năng biệt hóa thành xương, sụn, mỡ và một số tế bào khác. MSC có thể được phân lập từ nhiều loại mô khác nhau, chẳng hạn như dây rốn, nhau thai, tủy xương, mô mỡ... Những nguồn tế bào này với các ưu điểm bao gồm thuận lợi để lấy tế bào, chất lượng và số lượng tế bào đạt chuẩn đã được sử dụng trong nghiên cứu thực nghiệm về tế bào gốc cũng như ứng dụng trong điều trị lâm sàng.

Liệu pháp truyền tế bào gốc trung mô trong điều trị đã được chứng minh là an toàn và hiệu quả trên một số mặt bệnh. Những nghiên cứu về liệu pháp tế bào gốc trung mô từ tủy xương, dây rốn trên người bệnh mắc bệnh thận đái tháo đường type 2, bệnh phổi tắc nghẽn

mạn tính (COPD) mức độ từ trung bình đến nặng không có tác dụng phụ nào liên quan được ghi nhận trong quá trình theo dõi và cho thấy liệu pháp điều trị nghiên cứu là an toàn và hiệu quả. Liệu pháp MSC còn được chứng minh hiệu quả trong điều trị bệnh lý tim mạch; các nghiên cứu lâm sàng đã chứng minh rằng liệu pháp hMSC có khả năng cải thiện chức năng tim ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp tính và suy tim do thiếu máu cục bộ và không thiếu máu cục bộ.

3.2. Ứng dụng tế bào gốc trong điều trị suy yếu do lão hóa

3.2.1. Tiềm năng ứng dụng

Tiềm năng của tế bào gốc trong điều trị suy yếu do lão hóa được xem là rất hứa hẹn nhờ khả năng tiết các yếu tố tăng trưởng, cytokine, chemokine và peptide có tác dụng tích cực trong sửa chữa và tái tạo mô. Tế bào gốc và các dẫn xuất của chúng như exosomes còn kích thích sản sinh collagen, tăng cường tái tạo tế bào và giảm viêm. Khi sử dụng tế bào gốc sẽ giúp cơ thể kích hoạt cơ chế tự chữa lành tự nhiên, nhờ đó các mô lão hóa, tế bào tổn thương được sửa chữa, tái tạo và phục hồi chức năng nhanh chóng. Đây cũng chính là thế mạnh của Y học tái tạo, mở ra tiềm năng lớn trong điều trị, nâng cao hệ miễn dịch, cân bằng nội tiết tố, nâng cao chất lượng cuộc sống cũng như sức khỏe và tuổi thọ của con người. Ghép tế bào gốc đã được ứng dụng hiệu quả trong điều trị các bệnh liên quan đến suy giảm chức năng mô do lão hóa như thoái hóa khớp, suy giảm miễn dịch, tổn thương mô mỡ và đa u tủy xương với tỷ lệ an toàn và hiệu quả cao.

3.2.2. Thành tựu đạt được

Đối với mặt bệnh yếu do lão hóa, một số nghiên cứu trên thế giới cũng chứng minh hiệu quả và an toàn của liệu pháp truyền tế bào gốc trên nhóm đối tượng người cao tuổi có đặc điểm này. Việc nghiên cứu và sử dụng tế bào gốc trong điều trị suy yếu do lão hóa đã đạt được một số thành tựu trên thế giới và tại Việt Nam:

Năm 2017, Samuel Golpanian và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu CRACTUS (The Allogeneic Human Mesenchymal Stem Cell in Patients with Aging FRailTy via Intravenous Delivery) ¹. Đây là nghiên cứu pha 1, nhãn mở, không phân ngẫu nhiên trên 15 bệnh nhân nhằm mục đích đánh giá an toàn và hiệu quả của liệu pháp truyền tĩnh mạch hMSC dị sinh trên các đối tượng suy yếu do tuổi già. Các kết quả nghiên cứu cho thấy

không có bất kỳ tác dụng phụ nghiêm trọng nào xảy ra sau một tháng truyền tế bào gốc, cũng như không có phản ứng miễn dịch đặc hiệu nào liên quan tới chất truyền trong suốt 6 tháng đầu tiên.

Trong cùng năm, Tompkins và cộng sự tiếp tục thực hiện nghiên cứu CRACTUS pha 2 để tiếp tục đánh giá tính an toàn và hiệu quả của tế bào gốc trung mô dị sinh có nguồn gốc từ người trong việc làm giảm các chất gây viêm và cải thiện các chức năng thể chất, tinh thần cũng như chất lượng cuộc sống trên đối tượng bệnh nhân suy yếu ². Đây là nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi, có đối chứng placebo, trong đó bệnh nhân được truyền tế bào gốc theo đường tĩnh mạch. Kết điểm phụ gồm sức khỏe thể chất, các kết quả do bệnh nhân tự đánh giá, và các marker miễn dịch của sự suy yếu đo ở thời điểm 6 tháng sau truyền. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy không có tác dụng phụ nghiêm trọng nào liên quan đến điều trị xảy ra sau một tháng. Sức khỏe thể chất và miễn dịch được cải thiện.

Đề xuất về thiết kế nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá an toàn và hiệu quả của tế bào gốc trên người cao tuổi suy yếu cũng được công bố vào năm 2022 bởi nhóm nghiên cứu do Yousefi phụ trách ³. Đây là nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm, song song, mù đôi, có đối chứng giả dược, pha 2b nhằm đánh giá khoảng liều có hiệu quả của Lomecel-B – một dạng bào chế tế bào thuốc (medicinal signaling cell) trên các tiêu chí về sức khỏe thể chất, các kết quả do người bệnh tự đánh giá, dấu ấn sinh học, và trạng thái suy yếu.

Một nghiên cứu khác thực hiện tại Thượng Hải được đăng ký tại clinicaltrials.gov ⁴. Đây là nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm, mù đôi, có đối chứng giả dược với mục đích đánh giá an toàn và hiệu quả của tế bào gốc trung mô dây rốn có nguồn gốc từ người trong việc cải thiện tình trạng sức khỏe của người cao tuổi suy yếu

Gyeong-Hun Park và cộng sự nghiên cứu đánh giá hiệu quả của dung dịch chứa Exosome có nguồn gốc từ tế bào gốc mô mỡ kết hợp với vi kim để điều trị lão hóa da mặt. Kết quả cho thấy điểm số trên Thang đo cải thiện thẩm mỹ toàn diện (Global Aesthetic Improvement Scale) ở bên được điều trị bằng HACs cao hơn đáng kể so với bên đối chứng ⁵.

Tại Việt Nam, có một nghiên cứu về an toàn và hiệu quả của tế bào gốc từ cuống rốn kết hợp với điều trị, tài trợ bởi Viện nghiên cứu Tế bào gốc và Công nghệ Gen Vinmec. Đây là thử nghiệm ngẫu nhiên, mù đơn, song

song có đối chứng, pha ½, với đối tượng nghiên cứu có tuổi từ 60 – 85 được ghi nhận có sự suy yếu. Nghiên cứu đánh giá an toàn dựa trên tỷ lệ xuất hiện các biến cố bất lợi trên bệnh nhân sau một tháng điều trị. Bất kỳ bất thường lâm sàng nào có ý nghĩa bao gồm cả những bất thường xuất hiện trước khi bắt đầu nghiên cứu điều trị sẽ được lưu trữ. Các biến cố bất lợi kéo dài ở thời điểm kết thúc điều trị sẽ được theo dõi bởi nghiên cứu viên cho tới khi giải quyết hoàn toàn.

Năm 2024 Nguyen NT và cộng sự đã thực hiện một thử nghiệm lâm sàng giai đoạn I, nhóm đơn với việc truyền tế bào gốc trung mô từ mô mỡ trên đối tượng có tình trạng lão hóa. Nghiên cứu nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của việc ghép tế bào gốc trung mô có nguồn gốc từ mô mỡ tự thân (AD-MS) ở những bệnh nhân bị viêm nhẹ liên quan đến lão hóa ⁶.

Năm 2025, Bệnh viện Bưu điện cũng là một trong những đơn vị đi đầu tại Việt Nam được Bộ Y tế cấp Giấy chứng nhận “Thực hành tốt thử thuốc trên lâm sàng (GCP)” và phê duyệt Đề cương nghiên cứu: “*Bước đầu đánh giá tính an toàn và hiệu quả của liệu pháp truyền tế bào gốc trung mô tự thân từ mô mỡ trong điều trị tình trạng suy yếu do lão hóa*”. Nghiên cứu nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của liệu pháp truyền tế bào gốc trung mô tự thân từ mô mỡ trong điều trị tình trạng suy yếu do lão hóa.

3.2.3. Thách thức và hạn chế

Dù mang lại nhiều lợi ích, việc sử dụng tế bào gốc gặp phải những thách thức và hạn chế như sau:

Lão hóa là một quá trình đa yếu tố (tổn thương DNA, stress oxy hóa, telomere ngắn dần, rối loạn miễn dịch,

thay đổi vi môi trường mô...). Việc chỉ can thiệp bằng tế bào gốc có thể không đủ để tác động toàn diện, vẫn cần phải sự phối hợp điều trị đa chuyên khoa. Chất lượng và số lượng tế bào gốc ở người cao tuổi, người bị bệnh mạn tính cũng suy giảm chức năng (khả năng tăng sinh hạn chế, có thể dễ bị biến đổi, giảm khả năng biệt hóa). Do đó nguồn tế bào gốc “tự thân” có thể làm cho hiệu quả điều trị bị hạn chế. Cùng với đó là tình trạng các mô bị lão hóa có tình trạng viêm mạn tính và xơ hóa, làm giảm hiệu quả của tế bào gốc sau ghép.

Hiện nay trên thế giới cũng như ở Việt Nam chưa có nhiều thử nghiệm lâm sàng quy mô lớn, dài hạn chứng minh hiệu quả và an toàn của tế bào gốc trong làm chậm hoặc đảo ngược lão hóa. Đồng thời những nghiên cứu và báo cáo về phản ứng miễn dịch, thải ghép, hình thành khối u (teratoma), hoặc rối loạn chức năng mô cũng chưa có được nhiều bằng chứng rõ rệt. Hơn nữa nhiều quốc gia trên thế giới chưa cho phép ứng dụng rộng rãi điều trị chống lão hóa bằng tế bào gốc do lo ngại về an toàn và đạo đức.

4 KẾT LUẬN

Tóm lại, tế bào gốc có tiềm năng lớn trong việc điều trị các suy yếu do lão hóa thông qua cơ chế cải thiện khả năng tái tạo mô, điều hòa miễn dịch và giảm viêm. Đã có nhiều thử nghiệm lâm sàng chứng minh được tính an toàn và hiệu quả của liệu pháp tế bào gốc trong điều trị tình trạng lão hóa. Bên cạnh đó vẫn tồn tại những khó khăn và thách thức trong ứng dụng lâm sàng. Vì vậy, cần nhiều nghiên cứu lâm sàng quy mô lớn hơn để khẳng định tính an toàn và hiệu quả lâu dài.

Tài liệu tham khảo

1. Golpanian S, DL DiFede, A Khan, et al. Allogeneic Human Mesenchymal Stem Cell Infusions for Aging Frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2017; 72(11): 1505-1512.
2. Tompkins BA, DL DiFede, A Khan, et al. Allogeneic Mesenchymal Stem Cells Ameliorate Aging Frailty: A Phase II Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2017; 72(11): 1513-1522
3. Yousefi K, KN Ramdas, JG Ruiz, et al. The Design and Rationale of a Phase 2b, Randomized, Double-Blinded, and Placebo-Controlled Trial to Evaluate the Safety and Efficacy of Lomecel-B in Older Adults with Frailty. *J Frailty Aging* 2022; 11(2): 214-223.
4. Clinical Study of Umbilical Cord Mesenchymal Stem Cells Infusion for Aging Frailty. 2022; Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT04314011#more-information>.
5. Park G-H, Kwon HH, Seok J, Yang SH, Lee J, Park BC, et al. Efficacy of combined treatment with human adipose tissue stem cell-derived exosome-containing solution and microneedling for facial skin aging: A 12-week prospective, randomized, split-face study. *J Cosmet Dermatol* 2023;22:3418–26. <https://doi.org/10.1111/jocd.15872>.
6. Nguyen NT, Phan HT, Le PM, et al. Safety and efficacy of autologous adipose tissue-derived stem cell transplantation in aging-related low-grade inflammation patients: a single-group, open-label, phase I clinical trial. *Trials*. 2024;25(1):309. Published 2024 May 8. doi:10.1186/s13063-024-08128-3

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG BẰNG SÓNG CAO TẦN (RFA) TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Dương Văn Thành, Đào An, Đào Ngọc Toàn

Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bưu điện



❑ Điều trị u xơ tử cung bằng sóng cao tần (RFA) tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị u xơ tử cung bằng sóng cao tần (RFA) tại Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang nghiên cứu 32 người bệnh u xơ tử cung có triệu chứng như chảy máu tử cung bất thường, đau vùng chậu, thiếu máu và mong muốn bảo tồn khả năng sinh sản được điều trị bằng RFA tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bưu điện từ tháng 11/2024 đến tháng 7/2025.

Kết quả: 32 người bệnh được chẩn đoán u xơ tử cung đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Kích thước u xơ trung bình là $60,91 \pm 20,77$ mm trong đó có 3,1% người bệnh có tình trạng rong kinh, 18,7% người bệnh đau bụng do khối u xơ. Thời gian đốt nhiệt sóng cao tần trung bình là $60,23 \pm 15,23$ phút. Kích thước khối u giảm 18,6% sau 01 tháng và 32,2% sau 03 tháng. Thể tích khối u giảm 35,6% sau 01 tháng và 48,9% sau 03 tháng. Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt và khó chịu vùng chậu được cải thiện đáng kể sau can thiệp.

Kết luận: RFA có hiệu quả trong giảm kích thước, thể tích u xơ và cải thiện các triệu chứng lâm sàng trong thời gian nghiên cứu.

Từ khóa: Điều trị ít xâm lấn, u xơ tử cung, sóng cao tần (RFA).

ABSTRACT

Objective: To evaluate the results of radiofrequency ablation (RFA) treatment for uterine fibroids at Buu dien Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 32 patients with uterine fibroids who had symptoms such as abnormal uterine bleeding, pelvic pain, and anemia, while desiring to preserve fertility, were treated with RFA at the Department of Diagnostic Imaging, Buu dien Hospital from November 2024 to July 2025.

Results: A total of 32 patients with 32 fibroids met the criteria for inclusion in the study. The average fibroid size was 60.91 ± 20.77 mm; of these, 3.1% of patients experienced menorrhagia, and 18.7% reported abdominal pain due to fibroids. The mean radiofrequency ablation time was 60.23 ± 15.23 minutes. The tumor size decreased by 18.6% after one month and 32.2% after three months. The tumor volume decreased by 35.6% after one month and 48.9% after three months. Menstrual disorders and pelvic discomfort were improved significantly following the intervention.

Conclusion: RFA was effective in reducing the size of fibroids and improving clinical symptoms during the study period.

Keywords: Minimally invasive treatment, uterine fibroids, radiofrequency ablation (RFA).

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là bệnh lý phụ khoa lành tính phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, có thể gây ra nhiều triệu chứng lâm sàng nghiêm trọng như xuất huyết tử cung bất thường, đau vùng chậu và thiếu máu. Theo thống kê, bệnh lý này là nguyên nhân hàng đầu, chiếm hơn 40-60% các ca phẫu thuật cắt tử cung.¹ Điều này không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống mà còn gây mất khả năng sinh sản của người bệnh. Trước đây, phẫu thuật cắt tử cung hoặc bóc tách u xơ là phương pháp điều trị chủ yếu. Tuy nhiên, xu hướng y học hiện đại ngày càng hướng tới các kỹ thuật can thiệp ít xâm lấn nhằm bảo tồn tử cung và khả năng sinh sản cho người bệnh. Trong số các phương pháp này, kỹ thuật đốt sóng cao tần (Radiofrequency Ablation - RFA) đã được ứng dụng rộng rãi trong điều trị u xơ tử cung trên thế giới. Tại Bệnh viện Bưu điện, từ tháng 11/2024, kỹ thuật đốt sóng cao tần qua đường bụng và đường âm đạo để điều trị u xơ tử cung đã được triển khai. Mặc dù phương pháp này đã được FDA chấp thuận từ năm 2018 và chứng minh hiệu quả trên các nghiên cứu quốc

tế, việc đánh giá hiệu quả điều trị thực tế tại Việt Nam còn hạn chế. Do đó, để có cơ sở khoa học và xác nhận hiệu quả của phương pháp này tại đơn vị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá kết quả ban đầu về hiệu quả giảm kích thước u xơ và cải thiện các triệu chứng lâm sàng bằng phương pháp đốt sóng cao tần (RFA) tại Bệnh viện Bưu điện.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: U xơ tử cung có chỉ định điều trị ngoại khoa như rong kinh, băng kinh, đau bụng, vô sinh;
- Tiêu chuẩn loại trừ: Có thai; Nhiễm trùng đường sinh dục; Rối loạn đông máu; Các bệnh lý ở tử cung nghi ngờ ác tính như quá sản niêm mạc không điển hình; U xơ tử cung F0 và F7 theo phân loại FIGO;
- Cách chọn mẫu: Chọn tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn điều trị RFA, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Cỡ mẫu thu được là n=32.



2.2. Thời gian và địa điểm

Nghiên cứu được triển khai từ tháng 11/2024 đến tháng 7/2025 tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bưu điện.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang;
- Kỹ thuật thực hiện thủ thuật: Người bệnh được giảm đau; Tiến hành đưa điện cực qua đường bụng hoặc qua đường âm đạo vào khối u xơ. Đốt bằng sóng cao tần theo cài đặt trên máy. U xơ tăng âm vang là đạt hiệu quả;
- Theo dõi triệu chứng lâm sàng của người bệnh và kích thước u xơ tử cung bằng siêu âm sau điều trị 01 tháng và 03 tháng để đánh giá kết quả điều trị.

2.4. Xử lý số liệu

Phần mềm SPSS 20.0; Sử dụng các thuật toán tính giá trị trung bình, tỷ lệ%.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Kỹ thuật này đã được Bộ Y tế cho phép thực hiện. Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban Lãnh đạo Bệnh viện và người bệnh tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin của người bệnh chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3 KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $43,03 \pm 6,07$ tuổi, trong đó tuổi thấp nhất là 27 tuổi và cao nhất là 53 tuổi;
- Triệu chứng lâm sàng: Đau bụng xuất hiện ở 6/32 trường hợp (chiếm 18,7%); xuất huyết tử cung có 1/32 trường hợp (chiếm 3,1%);
- Đường kính u xơ trung bình là $60,91 \pm 20,77$ mm, trong đó nhỏ nhất là 27mm, lớn nhất là 120mm;
- Nhóm u xơ phân loại F1-3 là chủ yếu với 31 trường hợp (chiếm 96,9%). Không có trường hợp nào thuộc nhóm F6.

Bảng 1. Phân loại u xơ tử cung

Phân loại	n (%)
F1-3	31 (96,9%)
F4-5	01 (3,1%)
F6	00 (0%)
Tổng	32 (100%)

3.2. Một số đặc điểm của thủ thuật

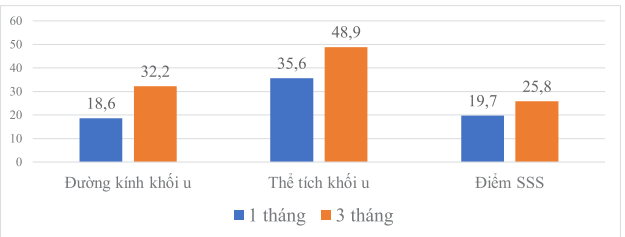
- Trong số 32 người bệnh được thực hiện can thiệp thì có đến 31 trường hợp (chiếm 96,9%) theo đường bụng, chỉ có 1 trường hợp can thiệp theo đường âm đạo;
- Triệu chứng đau sau thủ thuật: Phần lớn các trường hợp là không đau (12/32 trường hợp, chiếm 37,5%) hoặc đau không phải dùng thuốc (15/32 trường hợp, chiếm 46,9%); đau phải dùng thuốc chỉ có 5 trường hợp (chiếm 15,6%);
- Biến chứng: Chỉ có 8 trường hợp (chiếm 25%) xảy ra biến chứng băng huyết nhưng nhẹ và không phải truyền máu hay can thiệp gì thêm;

Bảng 2. Đặc điểm thời gian thủ thuật

Đặc điểm	Thời gian (phút)
Thời gian thủ thuật trung bình (ngắn nhất-dài nhất)	$60,23 \pm 15,23$ (30-90)
Thời gian đốt u xơ trung bình (ngắn nhất-dài nhất)	$34,84 \pm 11,87$ (15-65)

- Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là $60,23 \pm 15,23$ phút trong đó thời gian đốt u xơ bằng sóng cao tần trung bình là $34,84 \pm 11,87$ phút;
- Thời gian theo dõi người bệnh ngắn, trung bình là $1,56 \pm 1,12$ ngày.

3.3. Thay đổi kích thước u xơ và triệu chứng lâm sàng sau điều trị



Hình 1. Thay đổi kích thước u xơ và triệu chứng lâm sàng sau điều trị

- Kích thước u xơ giảm 18,6% sau 01 tháng; giảm 32,2% sau 03 tháng;
- Thể tích u xơ giảm 35,6% sau 01 tháng; giảm 48,9% sau 03 tháng;
- Các triệu chứng lâm sàng cũng cải thiện đáng kể, điểm SSS (Symptom Severity Score) sau 01 tháng giảm 19,7 điểm; sau 03 tháng giảm 25,8 điểm.

4 BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Độ tuổi đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi là $43,03 \pm 6,07$ tuổi; lớn hơn so với nghiên cứu của tác giả Christoffel là $35,6 \pm 5,0$ tuổi.² Có 21,8% người bệnh trong nghiên cứu có triệu chứng lâm sàng đau bụng hoặc ra máu, kết quả này phù hợp với các thể u xơ tử cung F1-3. Đường kính u xơ tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi giảm 18,6% sau 01 tháng, tương đương với nghiên cứu của Fasciani giảm là 20,1% sau 01 tháng.³

4.2. Một số đặc điểm thủ thuật

Thời gian thực hiện đốt sóng cao tần trong nghiên cứu của chúng tôi là $34,84 \pm 11,87$ phút, cao hơn so với tác giả Alessandro Fasciani là 23 phút. Trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Bradley L.D, thời gian đốt nhiệt u xơ tử cung bằng sóng cao tần là 24 phút.⁴ Thời gian mỗi lần đốt nhiệt đã được cài đặt trước, tuy nhiên thời gian thủ thuật phụ thuộc rất nhiều vào vị trí, kích thước và tính chất của u xơ. Với những trường hợp tử cung ngả trước, u xơ nằm ở thành trước sẽ khó tiếp cận vì dễ tổn thương bàng quang. Hay những u xơ tử cung mật độ chắc khó đưa đầu điện cực xuyên qua u. Việc thời gian can thiệp của chúng tôi lâu hơn là do kích thước u của chúng tôi trung bình $60,91 \pm 20,77$ mm, cao hơn gần gấp đôi so với nghiên cứu của Alessandro Fasciani khi kích thước u chỉ là 34,4 mm.

Thời gian nằm viện sau điều trị đốt nhiệt u xơ tử cung bằng sóng cao tần ngắn hơn so với các phương pháp



⚡ Thời gian nằm viện sau điều trị đốt nhiệt u xơ tử cung bằng sóng cao tần ngắn hơn so với các phương pháp phẫu thuật và tất cả trường hợp không phải dùng thuốc giảm đau sau thủ thuật

phẫu thuật và tất cả trường hợp không phải dùng thuốc giảm đau sau thủ thuật. Nghiên cứu của chúng tôi có 8 trường hợp (chiếm 25%) gặp biến chứng chảy máu sau thủ thuật, điều này có thể do số bệnh nhân F1-3 trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đa số. Tuy nhiên, các biến chứng này thường nhẹ, không phải truyền máu hay can thiệp gì thêm.

4.3. Thay đổi thể tích u xơ và triệu chứng lâm sàng sau điều trị

- Thể tích u xơ tử cung giảm sau 01 tháng, 03 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 35,6% và 48,9% cũng tương đồng so với của tác giả Linda D Bradley là 47% sau 3 tháng.⁵ Tuy nhiên vẫn nhỏ hơn so với nghiên cứu của tác giả Alessandro Fasciani với mức giảm thể tích u xơ là 51,3% sau 1 tháng và 73,5% sau 12 tháng.³ Sự sai khác này có thể do kích thước ban đầu của các khối u là khác nhau và tiến triển thể tích khối u giảm từ từ và đạt được tốt nhất sau khoảng 12 tháng;
- Các triệu chứng lâm sàng cũng cải thiện đáng kể, đặc biệt triệu chứng xuất huyết tử cung bất thường như rong kinh, cường kinh, đau bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi điểm SSS giảm sau 01 và 03 tháng lần lượt là 19,7 và 25,8 điểm, đạt kết quả tốt nếu đối chiếu theo nghiên cứu của tác giả Bongers M khi cho rằng sự cải thiện rõ rệt điểm chất lượng cuộc sống khi chỉ cần giảm > 10 điểm là đánh giá đáp ứng với điều trị.⁶

Tài liệu tham khảo

1. Bo Li .,et al. (2023). Global epidemiological characteristics of uterine fibroids. *Arch Med Sci* 2023;19(6):1802-1810. DOI: <https://doi.org/10.5114/aoms/171786>.
2. Christoffel L., Bends R., Toub D., et al. (2022). Pregnancy Outcomes After Transcervical Radiofrequency Ablation of Uterine Fibroids with the Sonata System. *J Gynecol Surg*, 38(3), 207-213.
3. Fasciani A., Turtulici G., Siri G., et al. (2020). A Prospective Intervention Trial on Tailored Radiofrequency Ablation of Uterine Myomas. *Medicina (Kaunas)*, 56(3), 122.
4. Bradley L.D., Pasic R.P., and Miller L.E. (2019). Clinical Performance of Radiofrequency Ablation for Treatment of Uterine Fibroids: Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 29(12), 1507-1517.
5. Linda D Bradley., et al (2019). Clinical Performance of Radiofrequency Ablation for Treatment of Uterine Fibroids: Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2019 Nov 8;29(12):1507-1517. doi: 10.1089/lap.2019.0550
6. Bongers M., Brölmann H., Gupta J., et al.(2015). Transcervical, intrauterine ultrasoundguided radiofrequency ablation of uterine fibroids with the VizAblate® System: three- and sixmonth endpoint results from the FAST-EU study. *Gynecol Surg*, 12(1), 61-70.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu và hướng nghiên cứu tương lai

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, cỡ mẫu nhỏ với 32 trường hợp nên có thể chưa đủ đại diện cho quần thể. Thứ hai, thời gian theo dõi ngắn (03 tháng) chưa đủ để đánh giá hiệu quả lâu dài của phương pháp RFA, bao gồm cả khả năng tái phát u xơ.

Từ những hạn chế trên, chúng tôi đề xuất một số hướng nghiên cứu trong tương lai để củng cố giá trị khoa học của phương pháp RFA tại Bệnh viện. Chúng tôi khuyến nghị thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn (ví dụ 1-2 năm) để đánh giá đầy đủ hiệu quả và tính an toàn của phương pháp. Đồng thời, cần tiến hành nghiên cứu so sánh RFA với các phương pháp điều trị khác như phẫu thuật bóc u xơ hoặc nút mạch u xơ. Cuối cùng, cần tập trung vào việc đánh giá chất lượng cuộc sống và khả năng sinh sản của người bệnh sau can thiệp bằng các thang điểm chuẩn hóa để có cái nhìn toàn diện hơn về lợi ích của RFA.

5 KẾT LUẬN

Điều trị u xơ tử cung bằng sóng cao tần là một phương pháp ít xâm lấn, ít gây đau, an toàn và có thời gian nằm viện ngắn. Phương pháp có hiệu quả rõ rệt và khá tương đồng với các nghiên cứu khác về tiêu chí giảm kích thước u xơ và cải thiện đáng kể triệu chứng lâm sàng trong thời gian theo dõi 03 tháng.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU TRIỂN KHAI ĐIỆN QUANG CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Đào Ngọc Toàn

Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bưu điện



BSCI Đào Ngọc Toàn cùng đồng nghiệp thực hiện nút mạch điều trị U phôi đại lạnh tính tuyến tiền liệt (PAE) cho người bệnh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Điện quang can thiệp (Interventional Radiology - IR) là lĩnh vực y học hiện đại, ứng dụng các phương tiện hình ảnh để thực hiện thủ thuật xâm lấn tối thiểu trong điều trị. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tổng quan vai trò của IR, đồng thời báo cáo kết quả bước đầu triển khai IR tại Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các trường hợp được can thiệp bằng IR tại Bệnh viện Bưu điện. Các kỹ thuật gồm: Nút mạch cầm máu mạch thận; Nút mạch điều trị u xơ tử cung; Đốt sóng cao tần (RFA); Nút mạch điều trị u phôi đại lạnh tính tuyến tiền liệt (PAE); Nút mạch điều trị u gan (TACE).

Kết quả: Tỷ lệ thành công kỹ thuật đạt từ 95-100%, biến chứng thấp và có đều được xử lý thành công. Cụ thể: 23 trường hợp nút mạch thận (100% thành công); 26 trường hợp nút mạch u xơ tử cung (96,2% thành công); 59 trường hợp RFA (100% thành công); 5 trường hợp nút mạch PAE (100% thành công); 9 trường hợp TACE (100% thành công).

Kết luận: IR là phương pháp an toàn, hiệu quả, có tiềm năng thay thế hoặc hỗ trợ phẫu thuật trong nhiều bệnh lý. Việc tiếp tục đầu tư trang thiết bị và đào tạo nhân lực là cần thiết để phát triển chuyên ngành này tại Bệnh viện Bưu điện.

Từ khóa: Điện quang can thiệp, nút mạch, RFA.

ABSTRACT

Objectives: Interventional Radiology (IR) is a modern medical specialty that utilizes imaging guidance to perform minimally invasive procedures. This study aims to review the role of IR and report the initial results of its implementation at Buu dien Hospital.

Subjects and Methods: A descriptive, retrospective study was conducted on cases treated with IR techniques at Buu dien Hospital. The methods included renal artery embolization for hemostasis, uterine fibroid embolization (UFE), radiofrequency ablation (RFA), prostatic artery embolization (PAE) for benign prostatic hyperplasia, and Transarterial chemoembolization (TACE) for liver tumors.

Results: The technical success rate ranged from 95% to 100%, with low and manageable complication rates. Specifically: 23 cases of renal embolization (100% success), 26 cases of UFE (96.2% success), 59 cases of RFA (100% success), five cases of PAE (100% success), and nine cases of TACE (100% success).

Conclusion: IR is a safe and effective method with the potential to replace or support surgery for various conditions. Continued investment in equipment and training is essential for the development of this specialty.

Keywords: Interventional Radiology, embolization, RFA.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Điện quang can thiệp (IR) là chuyên ngành kết hợp giữa chẩn đoán hình ảnh và thủ thuật can thiệp xâm lấn tối thiểu, sử dụng các phương tiện chụp mạch máu số hoá xoá nền (DSA), siêu âm, cắt lớp vi tính (CT Scanner), cộng hưởng từ (MRI) để thực hiện kỹ thuật. Trong vài thập kỷ qua, IR đã phát triển nhanh chóng và trở thành trụ cột quan trọng trong y học hiện đại.

Trên thế giới, IR được ứng dụng rộng rãi trong nhiều chuyên khoa: Tim mạch, ung bướu, phụ khoa, tiết niệu, thần kinh. Ở Việt Nam, các Bệnh viện tuyến Trung ương và một số cơ sở y tế lớn đã triển khai thành công nhiều kỹ thuật, mang lại kết quả điều trị vượt trội. Tuy nhiên, ở nhiều Bệnh viện tuyến dưới, kỹ thuật IR vẫn còn mới mẻ, chưa được phổ cập rộng rãi do hạn chế về nhân lực và trang thiết bị. Bệnh viện Bưu điện, với sự chỉ đạo và quan tâm của Lãnh đạo Bệnh viện đã có định hướng phát triển kỹ thuật cao, sớm tiếp cận và triển khai một số kỹ thuật IR hiện đại như Can thiệp tim mạch và hiện đang triển khai trong nhiều lĩnh vực khác. Nghiên cứu này nhằm mô tả các kỹ thuật được áp dụng (ngoài lĩnh vực Tim mạch can thiệp), đánh giá kết quả bước đầu, đồng thời phân tích tiềm năng phát triển IR tại Bệnh viện.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Người bệnh được chẩn đoán và có chỉ định điều trị bằng IR. Các kỹ thuật áp dụng: Nút mạch cầm máu mạch thận; Nút mạch điều trị u xơ tử cung; Đốt sóng cao tần (RFA); Nút mạch điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt (PAE); Nút mạch điều trị u gan (TACE).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu, mô tả chuỗi trường hợp trong 01 năm (từ tháng 10/2024 đến tháng 10/2025) tại Bệnh viện Bưu điện.

Chỉ số đánh giá: Tỷ lệ thành công của thủ thuật, biến chứng, cải thiện triệu chứng lâm sàng.

3 KẾT QUẢ

3.1. Nút mạch thận

Thực hiện trên 23 người bệnh; tỷ lệ thành công 100%; người bệnh hết triệu chứng đái máu sau 1-3 ngày.

3.2. Nút mạch u xơ tử cung

Thực hiện trên 26 người bệnh; thành công 25/26 trường hợp, có 01 trường hợp nhiễm trùng nhưng điều trị ổn định; cải thiện triệu chứng rõ rệt, khối u giảm kích thước $\geq 40\%$ sau 06 tháng.

3.3. Đốt sóng cao tần (RFA)

Thực hiện trên 59 người bệnh (32 trường hợp u xơ tử cung, 27 trường hợp lạc nội mạc tử cung); tỷ lệ thành công 100%; phần lớn hết triệu chứng đau bụng, rong kinh; giảm $\geq 40\%$ thể tích, kích thước khối u sau 6-12 tháng.

3.4. Nút mạch phì đại tiền liệt tuyến (PAE)

Thực hiện trên 05 người bệnh; tỷ lệ thành công 100%; cải thiện triệu chứng tiểu tiện rõ rệt, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

3.5. Nút động mạch gan bằng hóa chất (TACE)

Thực hiện trên 09 người bệnh; tỷ lệ thành công 100% và không có biến chứng; khối u hoại tử trung tâm sau 03 tháng giúp cải thiện và kéo dài cuộc sống người bệnh.

4 BÀN LUẬN

4.1. Kết quả đạt được

- Kết quả ban đầu tại Bệnh viện Bưu điện là hết sức khả quan và phù hợp với y văn quốc tế, chứng minh hiệu quả và độ an toàn của IR.
 - Chụp và nút mạch điều trị cầm máu mạch thận: Giúp cầm máu sau tán sỏi thận, bảo tồn nhu mô thận, tránh cắt bỏ, phù hợp với các nghiên cứu quốc tế;¹
 - Chụp và nút mạch u xơ tử cung: Tỷ lệ thành công tương đương báo cáo toàn cầu (71-92%), bảo tồn tử cung, phù hợp với phụ nữ trẻ;²
 - RFA: Ít xâm lấn, đáp ứng điều trị tốt sau khoảng 3 tháng, ít có các biến chứng xảy ra;³
 - Nút mạch phì đại tiền liệt tuyến PAE: Hiệu quả ở người bệnh không phù hợp chỉ định phẫu thuật và

có ít biến chứng hơn so với phẫu thuật cắt bỏ phì đại tiền liệt tuyến qua nội soi;⁴

- Transarterial Embolization (TACE): Phương pháp chuẩn trong điều trị u gan có tác dụng gần như tương đương TAE.⁵
- Ưu điểm: Ít xâm lấn, an toàn, hồi phục nhanh;
- Nhược điểm: Số ca can thiệp còn hạn chế, chưa có nhóm chứng để so sánh, thời gian theo dõi ngắn nên chưa đánh giá được toàn diện;
- Triển vọng: Mở rộng sang lĩnh vực thần kinh, mạch máu ngoại biên, can thiệp ung bướu.

4.2. Kiến nghị

Đào tạo chuyên sâu, nâng cao trình độ chuyên môn đặc biệt về Điện quang can thiệp cho đội ngũ nhân viên trong Khoa;

Tăng cường hợp tác đa trung tâm trong và ngoài nước để học tập, triển khai và nghiên cứu các kỹ thuật mới trong nước và trên thế giới;

Mở rộng ứng dụng can thiệp trong các lĩnh vực bệnh lý thần kinh, bệnh mạch máu ngoại biên, can thiệp điều trị ung thư.

5 KẾT LUẬN

Triển khai kỹ thuật Điện quang can thiệp (IR) tại Bệnh viện Bưu điện bước đầu đạt tỷ lệ thành công cao, an toàn, hiệu quả; là phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu có tiềm năng thay thế hoặc hỗ trợ phẫu thuật trong nhiều bệnh lý. Việc tiếp tục đầu tư trang thiết bị và đào tạo nhân lực là cần thiết để phát triển chuyên ngành này tại Bệnh viện Bưu điện.

Tài liệu tham khảo

1. Murat Tuncer et al. Management of Massive Hemorrhage after Percutaneous Nephrolithotomy: Angioembolization or Renorrhaphy. *J Urol Surg* 2015;2(4):174-178 DOI: 10.4274/jus.421.
2. Antony Raikhlin et al. Uterine fibroid embolization. *Can Fam Physician*. 2007 Feb;53(2):250-256.
3. Linda D Bradley, et al (2019). Clinical Performance of Radiofrequency Ablation for Treatment of Uterine Fibroids: Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2019 Nov 8;29(12):1507-1517. doi: 10.1089/lap.2019.0550.
4. Carnevale FC, et al. Prostatic artery embolization for BPH. *Radiology*. 2016.
5. Alexander Lawson, et al. Outcomes of Transarterial Embolisation (TAE) vs. Transarterial Chemoembolisation (TACE) for Hepatocellular Carcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel)*. 2023 Jun 13;15(12):3166. doi: 10.3390/cancers15123166.

NGHIÊN CỨU HÌNH ẢNH TEO NIÊM MẠC DẠ DÀY TRÊN NỘI SOI THEO PHÂN LOẠI KIMURA-TAKEMOTO TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Phạm Thế Hưng, Trần Cẩm Tú

Bệnh viện Bưu điện



ThS.BS Phạm Thế Hưng – Phó Trưởng khoa Nội soi – Thăm dò chức năng thực hiện nội soi dạ dày cho người bệnh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá tình trạng viêm teo niêm mạc dạ dày trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto và đối chiếu với kết quả mô bệnh học.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu trên 181 người bệnh được chẩn đoán teo niêm mạc dạ dày bằng nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto tại Bệnh viện Bưu điện. Đặc điểm hình ảnh nội soi và kết quả mô bệnh học được phân tích để xác định mối tương quan giữa teo niêm mạc dạ dày trên nội soi và tổn thương mô bệnh học.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy dạng teo C2 phổ biến nhất (28,7%), tiếp theo là C1 (25,9%) và C3 (22,7%). Các dạng O1, O2, O3 có tỷ lệ thấp hơn (13,2%, 7,2%, 2,2%). Mức độ teo niêm mạc dạ dày trên nội soi nhẹ là 54,7%, mức độ teo vừa là 35,9%; nặng (O2-O3) chiếm tỷ lệ thấp (9,4%). Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* (65,2%) và dị sản ruột (46,4%).

Kết luận: Teo niêm mạc dạ dày trên nội soi có tương quan chặt chẽ viêm teo mô bệnh học ($p < 0,05$), dị sản ruột ($p = 0,01$), loạn sản ($p < 0,05$) và nhiễm *H. pylori* ($p < 0,05$). Chẩn đoán nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto là phương pháp dễ áp dụng tại các cơ sở y tế và có giá trị cao trong điều trị và phòng bệnh.

Từ khóa: *Helicobacter pylori*, nội soi dạ dày, viêm teo niêm mạc.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the status of atrophic gastritis based on the Kimura-Takemoto endoscopic classification and to correlate these findings with histopathological results.

Subjects and Methods: A prospective study was conducted on 181 patients diagnosed with atrophic gastritis via endoscopy according to the Kimura-Takemoto classification at Buu dien Hospital. Endoscopic features and histopathological results were analyzed to determine the correlation between endoscopic gastric atrophy and histopathological lesions.

Results: The study revealed that the C2 type of atrophy was the most prevalent (28.7%), followed by C1 (25.9%) and C3 (22.7%). The open-types, O1, O2, and O3, were less common (13.2%, 7.2%, and 2.2%, respectively). In terms of severity, mild endoscopic atrophy accounted for 54.7% of cases, moderate atrophy for 35.9%, and severe atrophy (O2-O3) for a smaller proportion (9.4%). The rates of *Helicobacter pylori* infection and intestinal metaplasia were 65.2% and 46.4%, respectively.

Conclusion: Endoscopic atrophic gastritis showed a strong correlation with histopathological atrophic gastritis ($p < 0.05$), intestinal metaplasia ($p = 0.01$), dysplasia ($p < 0.05$), and *H. pylori* infection ($p < 0.05$). The Kimura-Takemoto classification for endoscopic diagnosis is a practical method for clinical application in healthcare facilities and holds significant value for treatment and disease prevention.

Keywords: *Helicobacter pylori*, gastric endoscopy, atrophic gastritis.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm teo niêm mạc dạ dày là hậu quả của tình trạng viêm dạ dày mạn tính do các nguyên nhân gây ra, bệnh có thể tiến triển thành dị sản ruột, loạn sản, làm tăng nguy cơ ung thư dạ dày (UTDD)¹. Ung thư dạ dày là một trong những ung thư phổ biến nhất trên thế giới, với tỷ lệ tử vong cao do phần lớn người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn². Tại Việt Nam, hơn 90% người bệnh ung thư dạ dày được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, trong đó một phần ba từng nội soi dạ dày trong vòng 6 năm trước^{3,4}. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của một hệ thống phân loại giúp nhận diện tổn thương tiền ung thư hiệu quả hơn. Phân loại Kimura-Takemoto trên nội soi dựa vào hình ảnh teo niêm mạc đã được chứng minh có giá trị trong chẩn đoán và tiên lượng ung thư dạ dày, giúp Bác sĩ dễ dàng nhận diện tổn thương nguy cơ cao⁵. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: Đánh giá tình trạng viêm teo niêm mạc dạ dày trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto và đối chiếu mức độ viêm teo niêm mạc dạ dày nội soi với kết quả mô bệnh học.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 181 người bệnh được nội soi chẩn đoán xác định viêm teo niêm mạc dạ dày theo phân loại Kimura – Takemoto.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, không dùng kháng sinh trong thời gian 4 tuần và thuốc ức chế bơm Proton 2 tuần trước khi nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các mảnh sinh thiết không đủ cho các xét nghiệm mô bệnh học, trường hợp có loét hoặc có u ở dạ dày, đang dùng thuốc chống đông.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu từ tháng 05/2022 đến tháng 11/2023 tại Khoa nội soi thăm dò chức năng Bệnh viện Bưu điện.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đề tài cơ sở Bệnh viện Bưu điện theo số 1123/QĐ-BVBĐ-KHTH ngày 13/04/2022. Thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, không nhằm mục đích nào khác.

3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 181 đối tượng với tuổi trung bình là $54,1 \pm 13,5$.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=181)

	Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn (SD)
Đặc điểm lâm sàng	Đau thượng vị	117	65,0
	Nóng rát	64	35,4
	Ợ hơi, ợ chua	63	34,8
	Buồn nôn, nôn	53	29,3
	Triệu chứng khác	30	16,7
Đặc điểm nội soi: Các dạng TNMNS	C1	47	26,0
	C2	52	28,7
	C3	41	22,7
	O1	24	13,2
	O2	13	7,2
	O3	4	2,2
Mức độ TNMNS	C1-C2	99	54,7
	C3-O1	65	35,9
	O2-O3	17	9,4

Nhận xét: Đau thượng vị là triệu chứng phổ biến nhất với 65% người bệnh tới khám. Dạng teo niêm mạc nội soi gặp nhiều từ C1 đến C3, thấp nhất O2 và O3 chỉ chiếm lần lượt 7,2% và 2,2%. Phân loại TNMNS mức độ nhẹ (C1-C2) chiếm tỷ lệ cao với 54,7%, mức độ teo nặng (O2-O3) chiếm tỷ lệ thấp (9,4%).

Bảng 2. Mối liên quan giữa mức độ teo niêm mạc nội soi với tuổi, giới

Đặc điểm	TNMNS nhẹ		TNMNS vừa-nặng		p
Tuổi (TB $\pm$ SD)	47,4 $\pm$ 1,2		62,3 $\pm$ 1,1		< 0,05
Đặc điểm	n	%	n	%	p
Nam	57	57,6	44	53,7	0,59
Nữ	42	42,4	38	46,3	
Tổng	99	100	82	100	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có mức độ teo niêm mạc nội soi vừa và nặng cao hơn nhóm teo niêm mạc nội soi nhẹ với giá trị $p < 0,05$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ teo niêm mạc nội soi theo giới với $p > 0,05$.

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học của nhóm nghiên cứu (n=181)

Mức độ Đặc điểm MBH	Không	Nhẹ	Vừa	Nặng
Viêm mạn tính	3 (1,7%)	56 (30,9%)	62 (34,2%)	60 (33,2%)
Viêm teo	0 (0%)	94 (51,9%)	70 (38,7%)	17 (9,4%)
Viêm hoạt động	12 (6,7%)	50 (27,6%)	75 (41,4%)	44 (24,3%)
Dị sản ruột	97 (53,6%)		84 (46,4%)	
Loạn sản	13 (7,4%)	31 (17,1%)	13 (7,2%)	3 (1,7%)
H. pylori	63 (34,8%)	27 (14,9%)	63 (34,8%)	28 (15,5%)

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy viêm mạn tính, viêm teo và viêm hoạt động là các tổn thương phổ biến, trong đó viêm teo mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (51,9%). Dị sản ruột xuất hiện ở 46,4% người bệnh, trong khi loạn sản ít gặp hơn chiếm 26%, tỷ lệ nhiễm H. pylori khá cao (65,2%).

Bảng 4. Mối tương quan giữa TNMNS với tổn thương mô bệnh học

Mức TNMNS		Nhẹ	Vừa-nặng	Tổng	p
Viêm mạn tính	Không-nhẹ	46 (78,0%)	13 (22,0%)	59 (100)	< 0,01
	Vừa-nặng	53 (43,4%)	69 (56,6%)	122 (100)	
Viêm teo trên MBH	Không-nhẹ	93 (98,9%)	1 (1,1%)	94 (100)	< 0,01
	Vừa-nặng	6 (6,9%)	81 (93,1)	87 (100)	
Viêm hoạt động	Không-nhẹ	46 (74,2%)	16 (25,8%)	62 (100)	< 0,01
	Vừa-nặng	53 (44,5%)	66 (55,5%)	119 (100)	
Dị sản ruột	Không	86 (88,7%)	11 (11,3)	97 (100)	< 0,01
	Có	13 (15,5%)	71 (84,5%)	84 (100)	
Loạn sản	Không	95 (70,9%)	39 (29,1%)	134 (100)	0,02
	Nhẹ	3 (9,7%)	28 (90,3%)	31 (100)	
	Vừa	1 (7,7%)	12 (92,3%)	13 (100)	
	Nặng	0 (0,0%)	3 (100,0%)	3 (100)	
Mức độ nhiễm H. pylori	(-) không nhiễm	52 (82,5)	11 (17,5)	63 (100)	< 0,01
	(+) nhẹ	19 (70,3%)	8 (29,7%)	27 (100)	
	(++) trung bình	21 (33,3%)	42 (66,7%)	63 (100)	
	(+++) nặng	7 (25,0%)	21 (75,0%)	28 (100)	
Tổng		99 (54,7%)	82 (45,3%)	181 (100)	

4 BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu tuổi trung bình $54,1 \pm 13,5$. Về đặc điểm giới tính trong nghiên cứu, tỷ lệ nam chiếm 56% cao hơn so với nữ giới chiếm tỷ lệ 44%.

Teo niêm mạc nội soi theo phân loại Kimura - Takemoto được nghiên cứu và chứng minh là có mối tương quan với teo niêm mạc trên giải phẫu bệnh theo hệ thống phân loại Sydney cải tiến. Các nghiên cứu cũng cho thấy mức độ teo niêm mạc nội soi có liên quan đến ung thư dạ dày, người bệnh teo niêm mạc nội soi mức độ nặng có nguy cơ ung thư dạ dày cao gấp 3 - 4,9 lần ngay cả sau khi đã diệt trừ *H. pylori*. Trong các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng ung thư dạ dày cũng xảy ra trên nền TNMNS mức độ vừa mà nguy cơ ung thư không cao bằng teo niêm mạc nội soi mức độ nặng. Trong nghiên cứu teo nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,7%, teo vừa và nặng lần lượt là 35,9% và 9,4%.

Khi xem xét về mối liên quan giữa teo niêm mạc nội soi với viêm teo trên mô bệnh học ở nhóm teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ với viêm teo nhẹ trên mô bệnh học chiếm tỷ lệ 98,9%, nhóm teo niêm mạc nội soi nhẹ với viêm teo vừa-nặng trên mô bệnh học chiếm tỷ lệ 6,9%. Đến nhóm teo niêm mạc nội soi mức độ vừa-nặng với viêm teo nhẹ trên mô bệnh học chiếm tỷ lệ thấp 1,1%, nhưng sang nhóm teo niêm mạc nội soi vừa-nặng với viêm teo vừa-nặng trên MBH thì tỷ lệ cao chiếm 93,1%. Các bằng chứng y học hiện tại khẳng định được là có mối liên quan giữa mức độ lan rộng của teo niêm mạc nội soi theo phân loại Kimura - Takemoto với teo niêm mạc trên mô bệnh học.¹²

Teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ thì tỷ lệ không có DSR chiếm tỷ lệ 87,6%, nhưng teo niêm mạc nội soi mức độ vừa-nặng thì tỷ lệ có DSR 84,5%. Mức độ teo niêm mạc nội soi càng cao thì tỷ lệ DSR càng tăng cao.

Theo các tác giả loạn sản độ thấp và loạn sản độ cao đều có thể tiến triển thành ung thư, trong đó tiến triển thành ung thư của loạn sản độ cao từ 60 - 85% trong khoảng thời gian trung bình từ 40 - 48 tháng, trong khi đó tỷ lệ chuyển thành ung thư của loạn sản độ thấp thấp hơn nhiều, khoảng 3%-9%. Trong nghiên cứu của tôi, nhóm teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ thì tỷ lệ không có loạn sản chiếm 70,9% và giảm dần ở các mức loạn sản nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 9,7%, 7,7% và 0%. Nhóm teo niêm mạc nội soi mức độ vừa-nặng thì tỷ lệ không có loạn sản 29,1%, thấp hơn các mức độ loạn sản nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 90,3%; 93,3% và 100%. Có mối tương quan giữa TNMNS với tình trạng loạn sản, tương tự như nhận xét của các nghiên cứu trong nước trước đây.

Khi xem xét mối liên quan giữa mức độ TNMNS với mức độ nhiễm *H. pylori* nhận thấy khi không nhiễm *H. pylori* thì TNMNS mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao với 60,3%, TNMNS mức độ vừa nặng chiếm tỷ lệ thấp hơn với 39,7%. Tình trạng nhiễm *H. pylori* làm cho mức độ TNMNS nặng hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

5 KẾT LUẬN

Nội soi chẩn đoán viêm teo niêm mạc dạ dày theo phân loại Kimura-Takemoto là phương pháp dễ áp dụng, có giá trị cao trong chẩn đoán, tiên lượng bệnh từ đó đưa ra được phương pháp điều trị và phòng bệnh hiệu quả cho người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. *Gastroenterology Review/ Przegląd Gastroenterologiczny*. 2019; 14(1): 26-38.
2. Sipponen P, Maaroos H-I. Chronic gastritis. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2015; 50(6): 657-667.
3. Thái Văn Dũng, Nguyễn Văn Bình, Thái Doãn Kỳ và cộng sự. Đánh giá kết quả bước đầu điều trị tổn thương loạn sản và ung thư dạ dày sớm bằng phương pháp cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 520(1A).
4. Trần Văn Hợp. Nghiên cứu giải phẫu bệnh ung thư dạ dày sau phẫu thuật. *Tạp chí Khoa học Tiềm hóa Việt Nam*. 2006; 1(3): 55-61.
- Kimura K, Takemoto T. An endoscopic recognition of the atrophic border and its significance in chronic gastritis. *Endoscopy*. 1969; 1(03): 87-97.
5. Phan Trung Nam, Nguyễn Thị Huyền Thương. Mối liên quan giữa teo niêm mạc dạ dày trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto với đặc điểm mô bệnh học ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn có *Helicobacter pylori*. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2023; 1(13).

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA KÍNH NỘI NHÃN TIÊU ĐIỂM KÉO DÀI TECNIS EYHANCE Ở NGƯỜI BỆNH ĐỤC THỂ THỦY TINH PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Nguyễn Quý Đông

Khoa Mắt, Bệnh viện Bưu điện



ThS.BSCKII Nguyễn Quý Đông – Phó Trưởng khoa Mắt thực hiện phẫu thuật Phaco đặt kính nội nhãn Tecnis Eyhance cho người bệnh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của kính nội nhãn (KNN) tiêu điểm kéo dài Tecnis Eyhance ở người bệnh đục thể thủy tinh (ĐTTT) tại Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu trên 34 mắt của 31 người bệnh được phẫu thuật Phaco đặt KNN Tecnis Eyhance.

Kết quả: Kết quả cho thấy thị lực nhìn xa không chỉnh kính trung bình đạt 0.07 ± 0.06 logMAR, thị lực trung gian đạt 0.16 ± 0.08 logMAR, và thị lực gần đạt 0.27 ± 0.09 logMAR sau 3 tháng. Thị lực tương phản trung bình là 1.72 ± 0.11 logCS. Tỷ lệ không phụ thuộc kính nhìn xa đạt 100%, nhìn trung gian 97.1%, nhưng nhìn gần chỉ 20.6%. Người bệnh hài lòng cao (100%), với 97.1% rất hài lòng. Tỷ lệ triệu chứng quang học không mong muốn (quầng, chói) rất thấp (2.9%).

Kết luận: KNN Tecnis Eyhance là lựa chọn hiệu quả, cải thiện đáng kể thị lực nhìn xa và trung gian với tác dụng phụ thấp, phù hợp với người bệnh muốn giảm phụ thuộc kính.

Từ khóa: Đục thể thủy tinh, kính nội nhãn, Phaco, Tecnis Eyhance, tiêu điểm kéo dài.

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to evaluate the efficacy of the Tecnis Eyhance extended depth of focus intraocular lens (IOL) in cataract patients treated at Buu dien Hospital.

Subjects and Methods: This was a prospective study involving 34 eyes of 31 patients who underwent Phacoemulsification surgery with Tecnis Eyhance IOL implantation.

Results: Results showed that the mean uncorrected distance visual acuity was 0.07 ± 0.06 logMAR, intermediate visual acuity was 0.16 ± 0.08 logMAR, and near visual acuity was 0.27 ± 0.09 logMAR at three months post-surgery. The mean contrast sensitivity was 1.72 ± 0.11 logCS. The rate of spectacle independence was 100% for distance vision, 97.1% for intermediate vision, but only 20.6% for near vision. Patient satisfaction was 100%, with 97.1% of respondents reporting high satisfaction. The incidence of unwanted photic phenomena (halos, glare) was minimal (2.9%).

Conclusion: The Tecnis Eyhance IOL is an effective option, significantly improving distance and intermediate visual acuity with a low rate of side effects, making it suitable for patients seeking to reduce their dependence on spectacles.

Keywords: Cataract, intraocular lens (IOL), Phacoemulsification, Tecnis Eyhance, extended depth of focus (EDOF).

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

1.1. Lý do thực hiện và tầm quan trọng

Phẫu thuật đục thể thủy tinh là một trong những phẫu thuật phổ biến nhất trên thế giới. Kính nội nhãn đơn tiêu điểm truyền thống mang lại thị lực nhìn xa tốt nhưng hạn chế thị lực nhìn trung gian và gần, buộc người bệnh phải sử dụng kính bổ trợ. Ngược lại, kính nội nhãn đa tiêu cự có thể cải thiện thị lực ở nhiều khoảng cách nhưng thường đi kèm các tác dụng phụ không mong muốn như quầng, chói, và chi phí cao. Nhu cầu về một loại kính có thể cải thiện thị lực trung gian, đáp ứng các hoạt động hàng ngày như làm việc với máy tính, mà vẫn duy trì chất lượng thị giác nhìn xa và hạn chế tác dụng phụ là rất lớn.^{1,2}

1.2. Vấn đề nghiên cứu

Kính nội nhãn tiêu điểm kéo dài (Extended Depth of Focus - EDOF) Tecnis Eyhance được phát triển để giải quyết những hạn chế trên, nhưng tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá hiệu quả lâm sàng một cách hệ thống còn hạn chế.^{3,4}

1.3. Nội dung chính

Bài báo này trình bày kết quả đánh giá hiệu quả của kính nội nhãn Tecnis Eyhance, bao gồm các chỉ số về

thị lực, khúc xạ, nhãn áp, sự phụ thuộc kính và mức độ hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật, đồng thời nhận xét một số yếu tố liên quan.

2 PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tổng quan nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp tiến cứu, can thiệp lâm sàng, không có nhóm đối chứng. Mẫu nghiên cứu bao gồm 34 mắt của 31 người bệnh được phẫu thuật Phaco và đặt KNN Tecnis Eyhance tại Bệnh viện Bưu điện từ tháng 8/2023 đến tháng 6/2024. Tiêu chí lựa chọn và loại trừ người bệnh được xác định rõ để đảm bảo tính đồng nhất của mẫu.

2.2. Phương pháp thu thập dữ liệu

Dữ liệu được thu thập trước phẫu thuật và tại các thời điểm 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật. Các chỉ số được đo lường bao gồm: thị lực nhìn xa (bảng Snellen), thị lực trung gian (66cm), thị lực gần (33cm), thị lực tương phản (bảng Pelli-Robson) và khúc xạ tồn dư. Mức độ hài lòng của người bệnh và các triệu chứng quầng, chói cũng được ghi nhận. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

3 KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả

Kết quả cho thấy thị lực nhìn xa không chỉnh kính sau phẫu thuật 3 tháng đạt mức rất tốt ($\geq 20/25$) ở 88.2% số mắt, tương đương với các nghiên cứu quốc tế. Thị lực trung gian không chỉnh kính đạt mức $\geq 20/25$ ở 55.9% số mắt, tốt hơn đáng kể so với kính đơn tiêu chuẩn và tương đương với các báo cáo trước đó của Auffarth và Mencucci.^{5,6} Thị lực gần có cải thiện nhưng không ấn tượng bằng thị lực xa và trung gian, với chỉ 20.6% số mắt không phụ thuộc kính ở khoảng cách này.

Bảng 1. Phân bố thị lực sau phẫu thuật

Thời gian	TL nhìn xa (logMAR)	TL nhìn trung gian (logMAR)	TL nhìn gần (logMAR)
Trước PT	0.97 $\pm$ 0.27	-	-
3 tháng	0.07 $\pm$ 0.06	0.16 $\pm$ 0.08	0.27 $\pm$ 0.09

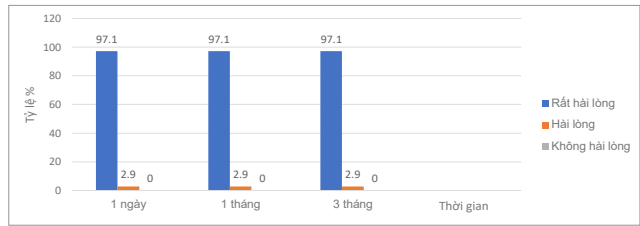
Thị lực tương phản trung bình là 1.72 ± 0.11 , trung vị là 1.8, thị lực tương phản thấp nhất là 1.35 và cao nhất là 1.95.

Sự không phụ thuộc kính sau phẫu thuật 1 tháng, có 34 mắt (100%) không phụ thuộc kính khi nhìn xa, 33 mắt (97.1%) không phụ thuộc kính khi nhìn trung gian và 6 mắt (17.6%) không phụ thuộc kính khi nhìn gần.

Trong 34 mắt nghiên cứu, tỷ lệ hài lòng đạt 100% sau phẫu thuật 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng, trong đó 33/34 mắt đạt ở mức rất hài lòng sau 1 tháng và 3 tháng là 33 mắt chiếm 97.1%.

Tài liệu tham khảo

- Alió, J. L., Plaza-Puche, A. B. et al. (2011), 'Quality of life evaluation after implantation of 2 multifocal intraocular lens models and a monofocal model', *J Cataract Refract Surg*, 37 (4), 638-648.
- Auffarth, G. U., Gerl, M. et al. (2021), 'Clinical evaluation of a new monofocal IOL with enhanced intermediate function in patients with cataract', *J Cataract Refract Surg*, 47 (2), 184.
- Thái Lê Na (2022), 'Đánh giá kết quả điều trị đục thể thủy tinh bằng phẫu thuật Phaco đặt kính nội nhãn Tecnis Eyhance', *Kỷ Yếu*, 39-48.
- Dat, D. T., Anh, N. D. et al. (2024), 'Clinical Outcomes of Phacoemulsification with Tecnis Eyhance Intraocular Lens Implantation for Management of Cataracts Associated with Posterior Segment Eye Diseases', *VNU J Sci Med Pharm Sci*, 40 (2).
- Mencucci, R., Cennamo, M. et al. (2020), 'Visual outcome, optical quality, and patient satisfaction with a new monofocal IOL, enhanced for intermediate vision: preliminary results', *J Cataract Refract Surg*, 46 (3), 378.
- Unsal, U. & Sabur, H. (2021), 'Comparison of new monofocal innovative and standard monofocal intraocular lens after phacoemulsification', *Int Ophthalmol*, 41 (1), 273-282.



Hình 1. Phân bố mức độ hài lòng của người bệnh

3.2. Bàn luận

Thị lực nhìn xa và trung gian của người bệnh được cải thiện rõ rệt, chứng minh hiệu quả của KNN Tecnis Eyhance trong việc mở rộng tiêu điểm so với KNN đơn tiêu truyền thống. Thị lực tương phản của người bệnh sau phẫu thuật cũng nằm trong giới hạn bình thường, tương đồng với các nghiên cứu khác.^{1,2,5} Tỷ lệ hài lòng của người bệnh rất cao chiếm 100%, cho thấy KNN này đáp ứng tốt mong đợi của người bệnh. Hơn nữa, với tỷ lệ triệu chứng quầng, chói rất thấp (chỉ 2.9%), Tecnis Eyhance đã khắc phục được nhược điểm lớn của các KNN đa tiêu cự.⁶ Kết quả của nghiên cứu này tương đồng với các nghiên cứu quốc tế về hiệu quả lâm sàng của Tecnis Eyhance, khẳng định tính hiệu quả và an toàn của loại kính này.

4 KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Phẫu thuật đục thủy tinh với kính nội nhãn tiêu điểm kéo dài Tecnis Eyhance là một phương pháp hiệu quả và an toàn. KNN này giúp cải thiện đáng kể thị lực nhìn xa và trung gian, với mức độ hài lòng cao và tỷ lệ tác dụng phụ thấp. Chúng tôi khuyến nghị Tecnis Eyhance là một lựa chọn phù hợp cho những người bệnh có lối sống hiện đại, thường xuyên sử dụng thị lực trung gian và mong muốn giảm sự phụ thuộc vào kính sau phẫu thuật.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI XOANG DO NẤM KHÔNG XÂM NHẬP TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Lê Anh Đức

Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Bưu điện



Ê-kíp bác sĩ khoa Tai Mũi Họng thực hiện phẫu thuật nội soi mũi xoang cho người bệnh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị viêm mũi xoang do nấm không xâm nhập tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 30 người bệnh được chẩn đoán viêm mũi xoang do nấm dựa vào khám lâm sàng, nội soi Tai Mũi Họng (TMH) và chụp phim cắt lớp vi tính (CLVT). Người bệnh được tiến hành phẫu thuật nội soi mũi xoang, xét nghiệm bệnh phẩm khẳng định sự có mặt của vi nấm và được theo dõi sau phẫu thuật trong vòng 03 tháng tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Bưu điện.

Kết quả: Tuổi trung bình của người bệnh trong nhóm nghiên cứu là $57,9 \pm 15,2$ tuổi. Có 24/30 người bệnh trong phẫu thuật gặp khối nấm nằm ở xoang hàm, 6/30 người bệnh gặp khối nấm nằm ở xoang bướm. Kết quả xét

nghiệm cho thấy loại nấm hay gặp nhất là *Aspergillus* chiếm tỷ lệ 93,4%. Kết quả khám nội soi mũi xoang sau mổ đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 96,7%, kết quả khá chiếm tỷ lệ 3,3%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi mũi xoang là một phương pháp điều trị an toàn và đạt hiệu quả cao đối với người bệnh viêm mũi xoang do nấm không xâm nhập. Phẫu thuật nội soi mũi xoang giúp kiểm soát tốt các biến chứng trong và sau mổ, các triệu chứng cơ năng và thực thể sau mổ cải thiện rõ rệt.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi mũi xoang, viêm mũi xoang do nấm.

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and to evaluate the initial outcomes of endoscopic sinus surgery in the treatment of non-invasive fungal rhinosinusitis at the Department of Otorhinolaryngology, Buu dien Hospital.

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 30 patients diagnosed with fungal rhinosinusitis based on clinical examination, otorhinolaryngologic endoscopy, and computed tomography (CT) imaging. All patients underwent endoscopic sinus surgery, and surgical specimens were examined to confirm the presence of fungal elements. Postoperative follow-up was conducted over a three-month period at the Department of Otorhinolaryngology, Buu dien Hospital.

Results: The average age of the patients in the study group was 57.9 ± 15.2 years. Intraoperatively, fungal masses were found in the maxillary sinus in 24 patients and in the sphenoid sinus in six patients. Laboratory results identified *Aspergillus* as the most common fungal species, accounting for 93.4% of cases. Postoperative nasal endoscopic evaluation showed good outcomes in 96.7% of patients and fair outcomes in 3.3%.

Conclusion: Endoscopic sinus surgery is a safe and highly effective treatment for non-invasive fungal rhinosinusitis. The procedure provides an effective control of intraoperative and postoperative complications, with significant improvement in both functional symptoms and physical findings after surgery.

Keywords: Endoscopic sinus surgery, fungal rhinosinusitis.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang do nấm là bệnh lý ngày càng phổ biến, bệnh có xu hướng gia tăng do ô nhiễm môi trường và biến đổi khí hậu, bệnh hay gặp ở khu vực có khí hậu nhiệt đới nóng ẩm như Việt Nam. Nấm là loài vi sinh vật đa dạng trong tự nhiên, nhưng chỉ ít loại gây bệnh ở người, trong đó có vùng mũi xoang. Nghiên cứu của tác giả P. J. Wormald và cộng sự, loài nấm hay được phân lập nhất là *Aspergillus*, sau đó là *Schizophyllum*, *Penicillium* và *Candida*¹. Viêm mũi xoang do nấm gây ra các triệu chứng chính như chảy dịch mũi mùi hôi, ngạt mũi kéo dài, đau nhức vùng mặt và giảm ngủ. Viêm mũi xoang do nấm thường không đáp ứng với điều trị nội khoa, vi nấm lọt vào trong lòng xoang phát triển thành các khối nấm âm thầm gây bệnh trong thời gian dài.

Với sự phát triển của các phương tiện nội soi hiện đại, ngày nay phẫu thuật nội soi mũi xoang đã trở thành phẫu thuật phổ biến nhất điều trị các bệnh lý vùng mũi xoang trong đó có viêm mũi xoang do nấm. Tại Việt Nam, đã có những công trình nghiên cứu về vấn đề này. Tuy nhiên, chưa có nhiều những nghiên cứu đi sâu vào xác định chính xác sự có mặt của nấm cũng như đánh giá và theo dõi hiệu quả của phẫu thuật nội soi mũi xoang trong bệnh lý viêm xoang do nấm, đặc biệt tại Bệnh viện Bưu điện. Để có những đóng góp vào nghiên cứu bệnh viêm mũi xoang do nấm, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị viêm mũi xoang do nấm không xâm nhập.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu là 30 người bệnh được chẩn đoán viêm mũi xoang do nấm, được tiến hành phẫu thuật nội soi mũi xoang và theo dõi sau phẫu thuật trong vòng 03 tháng tại Bệnh viện Bưu điện.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

- Người bệnh được chẩn đoán viêm mũi xoang (VMX) do nấm không xâm nhập dựa vào khám lâm sàng, nội soi TMH và chụp phim CLVT.
- Người bệnh được phẫu thuật và có 1 trong các xét nghiệm khẳng định sự có mặt của vi nấm (nuộm soi, nuôi cấy hoặc giải phẫu bệnh sau mổ trong đó giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng khẳng định sự có mặt vi nấm).
- Người bệnh được khám lại sau phẫu thuật trong vòng 3 tháng.
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không làm một trong các xét nghiệm sau: nội soi TMH, chụp phim CLVT, xét nghiệm bệnh phẩm khẳng định sự có mặt của vi nấm.
- Người bệnh không được theo dõi tái khám trong vòng 03 tháng sau mổ.
- Người bệnh không hoàn chỉnh về hồ sơ bệnh án nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 06 năm 2023 tại Bệnh viện Bưu điện.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện, nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, không nhằm một mục đích nào khác.

Nghiên cứu được sự đồng ý và chấp thuận của Hội đồng nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bưu điện.

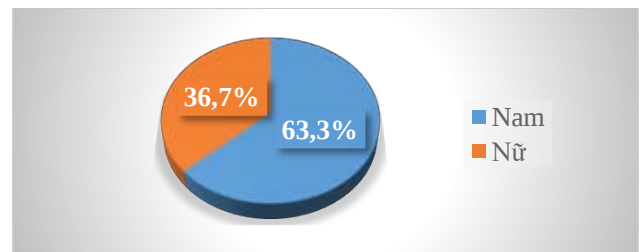
3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi

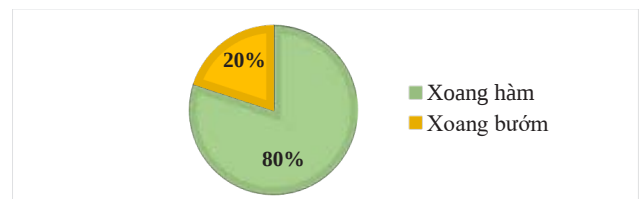
Đặc điểm	Thấp nhất	Trung bình	Cao nhất
Tuổi	34	57,9 ± 15,2	84

Nhận xét: Tuổi thấp nhất 34, tuổi cao nhất 84, trung bình là 57,9 ± 15,2 tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất là 56 - 80 tuổi chiếm 43,3%.



Hình 1. Phân bố người bệnh theo giới tính

Nhận xét: Đa số gặp ở nam giới chiếm tỷ lệ 63,3%.



Hình 2. Vị trí của tổ chức nấm trong lúc phẫu thuật

Nhận xét: Vị trí thường gặp nhất của khối nấm là trong xoang hàm chiếm tỷ lệ 80%.

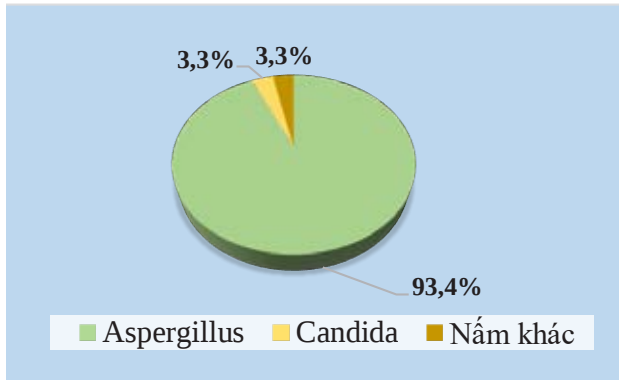
Bảng 2. Đối chiếu phim CLVT với vị trí khối nấm trong phẫu thuật

Vị trí khối nấm trong PT	Xoang hàm	Xoang bướm
Vị trí xoang mờ trên CLVT		
Xoang hàm	9	0
Xoang bướm	0	6
Đa xoang	15	0
Tổng số	24	6

Nhận xét: Có 9 trường hợp mờ xoang hàm đơn độc và 15 trường hợp mờ đa xoang trên phim chụp CLVT trong phẫu thuật đều phát hiện nấm trong xoang hàm.

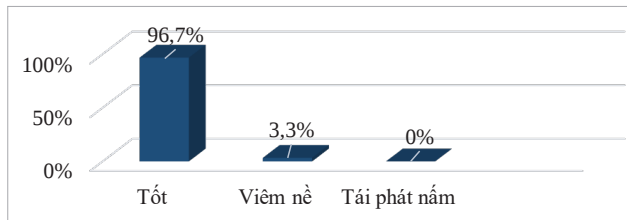
Có 6 trường hợp mờ xoang bướm trên phim chụp CLVT trong phẫu thuật đều phát hiện nấm trong xoang bướm.

3.2. Kết quả điều trị



Hình 3. Kết quả xét nghiệm xác định sự có mặt của nấm

Nhận xét: Nấm *Aspergillus* hay gặp nhất chiếm 93,4%, nấm *Candida* ít gặp chiếm 3,3%.



Hình 4. Hình ảnh nội soi mũi xoang sau phẫu thuật

Nhận xét: Kết quả khám nội soi mũi xoang sau mổ đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 96,7%, kết quả khá chiếm tỷ lệ 3,3%.

4 BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

• **Tuổi, giới:** Tuổi mắc bệnh trung bình là $57,9 \pm 15,2$ tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất là 56 - 80 tuổi chiếm tỷ lệ 43,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh nam gặp nhiều hơn so với nữ giới, tỷ lệ nam là 63,3%, nữ là 36,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của S. Suresh trên 100 trường hợp viêm mũi xoang mạn tính, trong đó có 30 trường hợp VMX do nấm với lứa tuổi thường gặp nhất là 31 - 50 tuổi chiếm tỷ lệ 43,3%². Viêm xoang do nấm gặp chủ

yếu ở lứa tuổi trưởng thành, có thể do điều kiện thường xuyên phải tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ như: bụi đất, phân bón, các loại khói bụi, các loại gia cầm, các sản phẩm sinh học... nên có nguy cơ nhiễm nấm cao hơn. Và đây là một đặc điểm dịch tễ đáng lưu ý để các bác sĩ lâm sàng quan tâm.

• **Vị trí của khối nấm trong lúc phẫu thuật:** Tại thời điểm phẫu thuật, vị trí phát hiện khối nấm chủ yếu là trong lòng xoang hàm một bên chiếm tỷ lệ 80%, khối nấm trong lòng xoang bướm chiếm tỷ lệ 20%. Theo nghiên cứu của tác giả X. Dufour cho thấy, khối nấm nằm trong xoang hàm một bên chiếm tỷ lệ cao nhất là 79%, khối nấm nằm trong xoang bướm gặp ở 21%³. Như vậy qua kết quả phẫu thuật cho thấy vị trí khối nấm hay gặp nhất là trong lòng xoang hàm, tiếp theo là xoang bướm và ngoài ra không thấy xuất hiện ở các xoang còn lại.

• **Đối chiếu phim CLVT với vị trí khối nấm trong phẫu thuật:** Nhằm đánh giá tính chính xác của phim CLVT đối với chẩn đoán viêm mũi xoang do nấm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đối chiếu những tổn thương xoang trên phim CLVT với vị trí của khối nấm phát hiện được trong lúc phẫu thuật. Có 9 trường hợp mờ xoang hàm đơn độc và 15 trường hợp mờ đa xoang trên phim chụp CLVT trong phẫu thuật đều phát hiện nấm trong xoang hàm. Có 6 trường hợp mờ xoang bướm trên phim chụp CLVT trong phẫu thuật đều phát hiện nấm trong xoang bướm. Nghiên cứu về giá trị của phim CLVT đối với chẩn đoán viêm mũi xoang do nấm, tác giả S. Zinreich báo cáo tỷ lệ chẩn đoán đúng của phim CLVT đối với viêm mũi xoang do nấm là 75%⁴. Với những trường hợp mờ xoang một bên thì CLVT có giá trị để chẩn đoán viêm xoang do nấm. Tuy nhiên đây vẫn là một xét nghiệm có những hạn chế nhất định và cần phải được khẳng định lại bằng những thăm dò trong lúc phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

4.2. Kết quả điều trị

• **Kết quả xét nghiệm xác định sự có mặt của nấm:** Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán xác định viêm mũi xoang do nấm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 93,3% trường hợp phát hiện nấm *Aspergillus* trong

mẫu bệnh phẩm, có 3,3% trường hợp phát hiện nấm *Candida*. Kết quả của chúng tôi có sự phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Minh Tâm, số trường hợp xác định được tổ chức vi nấm qua giải phẫu bệnh là 95% và có 5% kết quả giải phẫu bệnh sau mổ trả lời là tổ chức viêm hoại tử⁵.

- **Cải thiện triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật:** Tất cả người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều được khai thác và đánh giá mức độ cải thiện các triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy, hầu hết người bệnh đều có sự cải thiện các triệu chứng cơ năng rõ rệt so với trước mổ. Số người bệnh thấy hết hẳn triệu chứng đau nhức vùng mặt là 100%, hết hẳn triệu chứng rối loạn khứu giác là 100%. Số người bệnh thấy hết hẳn triệu chứng ngạt mũi là 100%. Triệu chứng chảy mũi hết hoàn toàn ở 83,3% người bệnh, có 16,7% người bệnh thấy cải thiện hơn. Nghiên cứu của tác giả Trần Minh Trường trên 48 trường hợp viêm mũi xoang do nấm được điều trị phẫu thuật cho kết quả 88% người bệnh hoàn toàn cải thiện triệu chứng ngạt mũi, chảy mũi⁶.
- **Hình ảnh nội soi mũi xoang sau phẫu thuật:** Việc đánh giá lại hốc mũi xoang trong vòng 3 tháng

sau phẫu thuật, bên cạnh mục đích phát hiện sớm những trường hợp tái phát tổ chức nấm còn đánh giá những biến chứng gây ra bởi phẫu thuật nội soi mũi xoang và tình trạng hốc mũi xoang của người bệnh. Sau phẫu thuật có 96,7% người bệnh có kết quả khám nội soi mũi xoang sau mổ tốt, 3,3% người bệnh có kết quả trung bình. Không có người bệnh nào tái phát tổ chức nấm và đánh giá kết quả kém sau mổ. Tác giả S. Suresh báo cáo 26 trường hợp người bệnh viêm mũi xoang do nấm được theo dõi sau phẫu thuật trong thời gian trung bình là $11,1 \pm 1,2$ tháng. Sau phẫu thuật có 90% người bệnh cải thiện hoàn toàn các triệu chứng và nội soi hốc mũi kiểm tra thấy niêm mạc che phủ hốc mũi tốt mà không có bất kỳ một biến chứng nào².

5 KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi mũi xoang là một phương pháp điều trị an toàn và đạt hiệu quả cao đối với người bệnh viêm mũi xoang do nấm không xâm nhập. Phẫu thuật nội soi mũi xoang giúp kiểm soát tốt các biến chứng trong và sau mổ, các triệu chứng cơ năng và thực thể sau mổ cải thiện rõ rệt, tỷ lệ tái phát bệnh thấp.

Tài liệu tham khảo

1. P.J. Wormald, P. T. Alkis, A. Bassiouni. Role of fungi in chronic rhinosinusitis through ITS sequencing. *The Laryngoscope*. 2018; 128(1): p. 16-22.
2. S. Suresh, D. Arumugam, G. Zacharias. (2016). Prevalence and clinical profile of fungal rhinosinusitis. *Allergy & Rhinology*. 2016; 7(2): p. ar. 2016.7. 0156.
3. X. Dufour, C. Kauffmann, J. Ferrie. (2006). Paranasal sinus fungus ball: epidemiology, clinical features and diagnosis. A retrospective analysis of 173 cases from a single medical center in France, 1989-2002. *Sabouraudia*. 2006; 44(1): p. 61-67.
4. S. Zinreich, D. Kennedy, J. Malat. Fungal sinusitis: diagnosis with CT and MR imaging. *Radiology*. 1988; 169(2): p. 439-444.
5. Lê Minh Tâm). Mối tương quan giữa lâm sàng, CT scan, giải phẫu bệnh và PCR trong viêm xoang do nấm. Luận văn tốt nghiệp nội trú; 2008.
6. Trần Minh Trường. Nghiên cứu lâm sàng viêm xoang mạn tính do nấm. *Y học thực hành*. 2019; Số 5/2019: p. 1-8.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THỰC HIỆN CÔNG TÁC CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TOÀN DIỆN TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Nguyễn Thị Thùy Linh

Phòng Điều dưỡng, Bệnh viện Bưu điện



Người bệnh và người nhà hài lòng với chất lượng điều trị, chăm sóc người bệnh toàn diện của Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thực hiện công tác chăm sóc người bệnh toàn diện (CSNBTD) tại Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 8/2024 đến tháng 03/2025 với bộ câu hỏi phát vấn trên 186 điều dưỡng (ĐD) lâm sàng và 226 người bệnh (NB) điều trị nội trú tại Bệnh viện Bưu điện.

Kết quả: 77,9% NB điều trị nội trú hài lòng với chất lượng CSNBTD của Bệnh viện Bưu điện; 63,4% ĐD được đánh giá thực hiện CSNBTD chuyên nghiệp. Một số yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa đến mức độ chuyên nghiệp trong CSNBTD của ĐD Bệnh viện Bưu điện như: ĐD có trình độ học vấn đại học trở lên, ĐD làm việc tại Khoa hồi sức cấp cứu, ĐD có được tập huấn và được cập nhật liên tục, sự quan tâm của lãnh đạo Bệnh viện, việc thường xuyên kiểm tra giám sát công tác CSNBTD hay sự phối hợp tốt trong nhóm CSNBTD.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐD thực hiện chuyên nghiệp và NB hài lòng về công tác CSTD tại Bệnh viện Bưu điện là khá cao, xác định được các yếu tố liên quan đến kết quả hoạt động CSTD từ đó đề xuất các giải pháp phù hợp cải tiến chất lượng CSTD góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và giá trị thương hiệu của Bệnh viện.

Từ khóa: Công tác chăm sóc người bệnh toàn diện, mức độ hài lòng, mức độ chuyên nghiệp.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the outcomes of implementing comprehensive patient care (CPC) at Buu dien Hospital.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted from August 2024 to March 2025, using a structured questionnaire with 186 clinical nurses and 226 inpatients at Buu dien Hospital.

Results: 77.9% of inpatients were satisfied with the quality of CPC at Buu dien Hospital; 63.4% of nurses were assessed as performing CPC professionally. Several factors significantly influenced the level of professionalism in CPC among nurses, including having a university degree or higher, working in the Intensive Care Unit, receiving regular training and updates, support from hospital leadership, frequent monitoring and supervision of CPC activities, and effective teamwork within the CPC group.

Conclusion: The study showed that the proportion of nurses providing professional care and the rate of patient satisfaction with CPC at Buu dien Hospital were relatively high. The study also identified several factors associated with CPC outcomes, suggesting appropriate solutions to improve the quality of CPC, thereby enhancing treatment effectiveness and the hospital's brand value.

Keywords: Comprehensive patient care, satisfaction level, professionalism.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc NB là nhiệm vụ chính của đội ngũ thầy thuốc, trong đó lực lượng ĐD đóng vai trò hết sức quan trọng, đích đến của công tác chăm sóc chính là chăm sóc toàn diện¹. Chăm sóc sức khỏe toàn diện giúp nâng cao sự hài lòng của NB bằng cách cải thiện chất lượng chăm sóc². Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy công tác này còn hạn chế do áp lực công việc, thiếu nhân lực, chế độ đãi ngộ chưa phù hợp, phối hợp nhóm và đào tạo còn yếu, cùng với thiếu trang thiết bị.

Bệnh viện Bưu điện đã triển khai mô hình CSNBTD từ năm 2021, bước đầu đã đem lại kết quả tích cực tuy nhiên vẫn còn một số bất cập và khó khăn trong quá trình thực hiện, giám sát, đánh giá hiệu quả. Bệnh viện vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá thực trạng hoạt động công tác chăm sóc người bệnh toàn diện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Đánh giá kết quả thực hiện công tác chăm sóc người bệnh toàn diện tại Bệnh viện Bưu điện”** với 02 mục tiêu là đánh giá kết quả thực hiện công tác chăm sóc toàn diện và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc người bệnh toàn diện của điều dưỡng tại Bệnh viện Bưu điện.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn theo tiêu chí phù hợp và phỏng vấn theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.
- Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, các biến số được mô tả bằng tần số, tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình $\pm$ SD (Min–Max). Hồi quy logistic được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến tính chuyên nghiệp trong CSNBTD của điều dưỡng, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3 KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Sự hài lòng của người bệnh về chất lượng chăm sóc người bệnh toàn diện

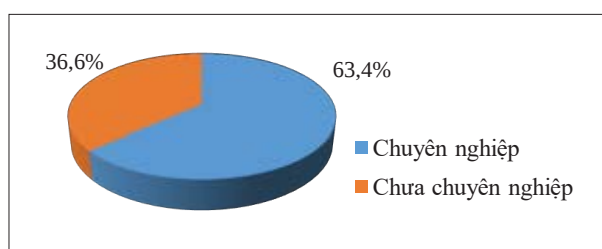
Bảng 1. Sự hài lòng của NB về chất lượng chăm sóc người bệnh toàn diện (n=226)

Mã	Nội dung	Trung bình	Min - Max	SD	Thứ hạng
A7	Điều dưỡng vui vẻ, tận tình với NB	4,91	3-5	0,29	1
A11	NB biết được quyền lợi, nghĩa vụ của mình	4,90	4-5	0,29	2
A12	Nhận xét của NB về công tác CSTD tại BV	4,90	4-5	0,29	2
A4	NB được đưa đi làm các xét nghiệm	4,89	4-5	0,31	3
A5	NB được giải quyết kịp thời các chăm sóc cần thiết	4,89	4-5	0,32	3
A10	Điều dưỡng thường xuyên chăm sóc NB	4,89	3-5	0,32	3
A1	NVYT hướng dẫn nội quy	4,88	4-5	0,33	4
A3	NB được công khai thuốc	4,88	4-5	0,33	4
A6	NB được hướng dẫn chế độ ăn, vệ sinh hàng ngày	4,88	3-5	0,36	4
A9	NB được giải thích rõ về tình trạng bệnh	4,87	4-5	0,34	5
A8	Buồng bệnh vệ sinh, ngăn nắp	4,84	4-5	0,37	6
A2	Thủ tục nhập viện nhanh chóng	4,82	3-5	0,39	7

Nghiên cứu khảo sát 226 NB trên thang điểm 5 của bộ câu hỏi phát vấn cho thấy: 77,9% NB hài lòng về chất lượng CSNBTD, NB hài lòng nhất là tiêu chí Điều dưỡng vui vẻ, tận tình với NB và tiêu chí NB biết được quyền lợi, nghĩa vụ của mình, công tác CSTD tại BV. NB hài lòng ít nhất về nội dung Buồng bệnh vệ sinh, ngăn nắp, và thủ tục nhập viện nhanh chóng.

Tỷ lệ hài lòng thấp hơn so với Nghiên cứu của Ngô Thị Tuyết (2019) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên với số NB đánh giá rất cao công tác chăm sóc NB tại bệnh viện, mức độ hài lòng là (95,7%).³ Tỷ lệ hài lòng cao hơn so với nghiên cứu của Ayele Semachew Kasa (2017) tại Northwest Ethiopia có tỷ lệ hài lòng chung của NB với dịch vụ chăm sóc điều dưỡng là 40,7%.⁴ Điều này cho thấy, NB tại bệnh viện Bưu điện khá hài lòng với các dịch vụ chăm sóc y tế.

3.2. Mức độ chuyên nghiệp về chăm sóc người bệnh toàn diện của điều dưỡng



Biểu đồ 1. Phân loại mức độ chuyên nghiệp về CSNBTD của điều dưỡng

Phần lớn điều dưỡng thực hiện CSNBTD chuyên nghiệp (63,4%), tuy nhiên vẫn có đến 36,6% thực hiện chưa chuyên nghiệp. Tỷ lệ cao hơn so với nghiên cứu của Selamawit Ataro Ambushe (2023) tại Ethiopia cho thấy thực

hành CSNBTD tổng thể ở tất cả các khía cạnh là 21,0%.⁵ Tuy nhiên lại thấp hơn so với nghiên cứu của Inyama Rosylene Khasoha (2020) cho thấy 95% ĐD thể hiện kiến thức đầy đủ về CSNBTD.⁶ Tỷ lệ khác nhau có thể do số lượng cỡ mẫu và địa điểm khác nhau.

3.3. Các yếu tố liên quan đến mức độ chuyên nghiệp trong chăm sóc người bệnh của điều dưỡng

Bảng 2. Phân tích đa biến hồi quy logistic mối liên quan giữa mức độ chuyên nghiệp trong chăm sóc NB của điều dưỡng với các yếu tố liên quan

Yếu tố liên quan		B	OR	95%CI	P (X ²)
Trình độ học vấn	Đại học trở lên		1		
	Cao đẳng	2,042	7,705	2,119-28,024	0,002
	Trung cấp	2,578	13,171	2,341-74,102	0,003
Khoa làm việc	Hồi sức cấp cứu		1		
	Gây mê - Hồi sức cấp cứu	0,471	6,250	1,040-6,761	0,245
	Mắt - Tai Mũi Họng	1,597	4,941	0,734-33,243	0,02
	Ngoại	0,631	1,979	0,406-8,702	0,420
	Nội	-0,721	0,486	0,079-3,008	0,438
	PTTH - Thẩm mỹ	21,968	2,579	1,230-4,032	0,890
	Sản	0,047	1,048	0,230-4,780	0,952
	Thận - Lọc máu	-0,839	0,432	0,045-4,170	0,468
Tập huấn	Có được tập huấn và được cập nhật liên tục	1,066	2,901	0,234-36,081	0,035
	Có được tập huấn nhưng không cập nhật liên tục				
Sự quan tâm của lãnh đạo BV	Có	0,666	5,140	1,302-11,327	0,025
	Không				
Kiểm tra công tác CSNBTD	Thường xuyên	0,777	2,175	0,363-13,025	0,039
	Không thường xuyên				
Sự phối hợp trong nhóm CSNBTD	Phối hợp tốt	0,862	2,368	0,294-19,089	0,041
	Phối hợp chưa tốt				

Kết quả phân tích cho thấy ĐD có trình độ học vấn đại học trở lên có mức độ chăm sóc NB chuyên nghiệp cao hơn gấp 7,705 lần so với ĐD có trình độ cao đẳng, ĐD có trình độ học vấn đại học trở lên có mức độ chăm sóc NB chuyên nghiệp cao hơn gấp 13,171 lần so với ĐD có trình độ trung cấp. ĐD làm việc tại khoa hồi sức cấp cứu có mức độ chăm sóc NB chuyên nghiệp cao hơn gấp 4,941 lần so với ĐD làm việc tại khoa Mắt - Tai Mũi Họng. Điều dưỡng có được tập huấn và được cập nhật liên tục có mức độ chăm sóc NB chuyên nghiệp cao hơn gấp 2,901 lần so với ĐD có được tập huấn nhưng không cập nhật liên tục. NB được kiểm tra công tác CSNBTD thường xuyên có mức độ chăm sóc NB chuyên nghiệp cao gấp 2,175 lần so với kiểm tra không thường xuyên. Điều dưỡng phối hợp tốt trong nhóm CSNBTD có mức độ chăm sóc NB chuyên nghiệp hơn gấp 2,368 lần so với phối hợp chưa tốt. Kết quả này gần tương đồng so với nghiên cứu của Selamawit Ataro Ambushe (2023) tại Ethiopia cho thấy ĐD có trình

độ trung cấp, ĐD làm việc trong BV không được đào tạo liên tục - tại chức, ĐD có mối quan hệ không tốt với NB và ĐD có kiến thức kém về thực hành CSNBTD là những yếu tố liên quan đến khả năng thực hành CSNBTD thấp.⁵

4 KẾT LUẬN

Người bệnh nội trú phần lớn hài lòng với chất lượng CSNBTD tại Bệnh viện Bưu điện, tuy nhiên vẫn cần cải thiện cơ sở vật chất và tinh thần thái độ phục vụ để nâng cao hơn nữa tỷ lệ hài lòng của NB đối với các dịch vụ của Bệnh viện. Khoảng 1/3 điều dưỡng được đánh giá chưa chuyên nghiệp; yếu tố ảnh hưởng gồm trình độ, môi trường làm việc, cập nhật kiến thức, sự quan tâm của lãnh đạo, phối hợp nhóm và giám sát. Do đó, Bệnh viện cần chú trọng đào tạo, nâng cao kỹ năng làm việc nhóm, giao lưu học hỏi, bố trí nhân lực hợp lý, chế độ đãi ngộ và kiểm tra giám sát để nâng cao tính chuyên nghiệp trong CSNBTD.



📌 Công tác chăm sóc người bệnh toàn diện luôn được Bệnh viện Bưu điện đặc biệt quan tâm, coi trọng

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2003). Chỉ thị số 05/2003/CT-BYT ngày 4/12/2003 về việc tăng cường công tác chăm sóc người bệnh toàn diện trong các bệnh viện.
2. Edmealem A, Asfaw Y, Tegegne B, Ademe S. Patients' satisfaction and associated factors towards nursing care in Dessie Referral Hospital, Northeast Ethiopia. *Clin J Nurs Care Pract*. 2019;1(1):13–9.
3. Ngô Thị Tuyết. Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh theo mô hình đội tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2019. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, 3(4), 2020.
4. Ayele Semachew Kasa (2017). Predictors of adult patient satisfaction with nursing care in public hospitals of Amhara region, Northwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19: 52.
5. Selamawit Ataro Ambushe. Holistic nursing care practice and associated factors among nurses in public hospitals of Wolaita zone, South Ethiopia. *BMC Nurs*. 2023; 22: 390.
6. Inyama Rosylina Khasoha. Factors Influencing Provision of Holistic Nursing Care to Patients Admitted in Medical Wards at Kenyatta National Hospital, Kenya. *Asian Journal of Research in Nursing and Health*, 3(2): 20-35, 2020.

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH THỰC HIỆN NHỊN ĂN UỐNG VÀ CUNG CẤP MALTODEXTRIN 12,5% TRƯỚC PHẪU THUẬT CHƯƠNG TRÌNH TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

**Đào Quang Anh, Đỗ Đức Thịnh,
Nguyễn Danh Thắng, Lê Anh Tuấn**
Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Bưu điện



Đa số người bệnh bày tỏ hài lòng khi thực hiện nhịn ăn uống và được cung cấp dung dịch maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật chương trình

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự hài lòng của người bệnh khi thực hiện nhịn ăn uống và được cung cấp dung dịch maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật chương trình.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 154 người bệnh thực hiện nhịn ăn uống và cung cấp maltodextrin trước phẫu thuật chương trình tại Bệnh viện Bưu điện từ tháng 7 đến tháng 8 năm 2025.

Kết quả: Người bệnh có tuổi trung bình $48,8 \pm 15,0$, phần lớn thuộc ASA I–II (97,4%). Thời gian nhịn ăn >12 giờ trước mổ chiếm 89,0% và uống maltodextrin 12,5% >3 giờ trước mổ chiếm 79,9%. Trước phẫu thuật, đa số người bệnh không cảm thấy khát (66,2%) không cảm thấy đói (61,7%), buồn nôn và nôn ít gặp (11,7% và 2,6%). Tỷ lệ hài

lòng chung là 77,3%. Tỷ lệ hài lòng cao ở các tiêu chí giảm đói (91,6%), giảm khát (88,3%), giảm buồn nôn (90,0%) và giảm nôn (96,1%).

Kết luận: Việc cung cấp maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật chương trình an toàn, giúp giảm cảm giác đói, khát, khô miệng, nôn, buồn nôn và nâng cao sự hài lòng của người bệnh.

Từ khóa: *Cung cấp maltodextrin 12,5%, nạp carbohydrate, trước phẫu thuật chương trình.*

ABSTRACT

Objectives: To evaluate patient satisfaction with fasting and receiving 12.5% maltodextrin solution before elective surgery.

Subjects and Methods: A prospective descriptive study was conducted on 154 patients who underwent preoperative fasting and received 12.5% maltodextrin before elective surgery at Buu dien Hospital from July to August 2025.

Results: The patients had a mean age of 48.8 ± 15.0 years, with most classified as ASA I–II (97.4%). The proportion fasting for more than 12 hours before surgery was 89.0%, and 79.9% consumed 12.5% maltodextrin more than 3 hours prior to surgery. Preoperatively, most patients did not feel thirsty (66.2%) or hungry (61.7%); nausea and vomiting were infrequent (11.7% and 2.6%, respectively). Overall satisfaction was 77.3%. High satisfaction rates were recorded for reduced hunger (91.6%), reduced thirst (88.3%), reduced nausea (90.0%), and reduced vomiting (96.1%).

Conclusion: Administration of 12.5% maltodextrin before elective surgery is safe, alleviates sensations of hunger, thirst, dry mouth, nausea, and vomiting, and improves patient satisfaction.

Keywords: *12.5% maltodextrin supplementation, carbohydrate loading, elective surgery.*

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhịn ăn trước phẫu thuật là yêu cầu bắt buộc nhằm giảm nguy cơ hít sặc và biến chứng khi gây mê. Tuy nhiên, việc nhịn ăn kéo dài thường gây khó chịu, đói, khát và lo âu cho người bệnh, ảnh hưởng đến trải nghiệm và sự hài lòng của người bệnh.¹ Trong những năm gần đây, các khuyến cáo của chương trình ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) đã khuyến khích việc cung cấp dung dịch carbohydrate, như maltodextrin 12,5%, cho người bệnh trước phẫu thuật tránh tụt huyết áp do nhịn ăn uống kéo dài, giảm cảm giác khó chịu và tăng sự hài lòng. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về hài lòng của người bệnh khi áp dụng phương pháp nhịn ăn kết hợp uống maltodextrin 12,5% trước mổ.² Tại Bệnh viện Bưu điện từ 02/2024 theo quyết định 181/BYT đã áp dụng hướng dẫn nhịn ăn uống và cung cấp maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật chương trình. Tuy nhiên đến nay, chưa có nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của người bệnh thực hiện nhịn ăn uống và cung cấp maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật chương trình tại Bệnh viện Bưu điện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu: (1) *Mô tả một số đặc điểm của người bệnh thực hiện nhịn ăn uống và cung cấp maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật chương trình tại Bệnh viện Bưu điện.* (2) *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh thực hiện nhịn ăn uống và cung cấp maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật chương trình tại Bệnh viện Bưu điện.*

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: người bệnh phẫu thuật theo chương trình đảm bảo tiêu chí ≥ 18 tuổi, được khám gây mê, giải thích trước phẫu thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Bưu điện. Từ tháng 7 đến tháng 8 năm 2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện 154 người bệnh đủ điều kiện nghiên cứu.

2.5. Quy trình thực hiện

- Nhịn ăn uống trước phẫu thuật chương trình theo công thức 2-4-6-8. Thời gian nhịn tối thiểu với dịch uống trong suốt : 2 giờ, sữa mẹ : 4 giờ, thức ăn đặc tinh bột : 6 giờ, thức ăn đặc bình thường có thịt mỡ hoặc chất xơ : 8 giờ.
- Tối ngày trước phẫu thuật : Uống dần 2 khẩu phần từ sau ăn tối đến khi đi ngủ (1 khẩu phần là 200 mL dung dịch maltodextrin 12,5%).
- Ngày phẫu thuật : Uống 1 khẩu phần

Trước 6 giờ sáng nếu phẫu thuật trước 12 giờ

Trước 10 giờ 30 phút nếu phẫu thuật sau 12 giờ

Trước 16 giờ nếu phẫu thuật trì hoãn sau 18 giờ

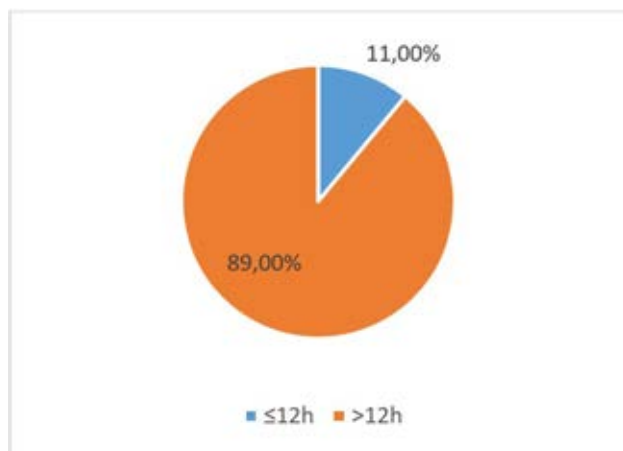
2.6. Bộ công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi để thu thập thông tin về nhân khẩu, đặc điểm phẫu thuật, cảm giác khó chịu và đánh giá sự hài lòng của người bệnh về nhịn ăn uống và cung cấp maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật.

3 KẾT QUẢ

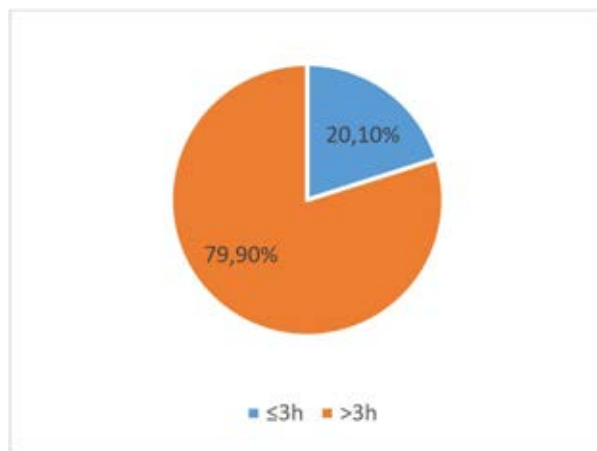
Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=154)

Đặc điểm		Kết quả (n=154)
Giới tính	Nam	63 (40,9%)
	Nữ	91 (59,1%)
Tuổi	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	48,8 $\pm$ 15,0
	Thấp nhất – cao nhất	18 - 83
PP vô cảm	Gây mê	69 (44,8%)
	Gây tê	85 (55,2%)
Phân loại ASA	I	111 (72,1%)
	II	39 (25,3%)
	III	4 (2,6%)

Tỷ lệ người bệnh nữ giới chiếm (59,1%) cao hơn nam giới (40,9%). Tuổi trung bình 48,8 $\pm$ 15,0. Hầu hết người bệnh thuộc ASA I–II (97,4%). Tỷ lệ người bệnh được vô cảm bằng gây mê (44,8%) và gây tê (55,2%).



Hình 1. Biểu đồ thời gian từ khi bắt đầu nhịn ăn đến lúc phẫu thuật



Hình 2. Biểu đồ thời gian từ khi uống lần cuối đến lúc phẫu thuật

Người bệnh nhịn ăn >12 giờ chiếm (89,0%). Thời gian từ khi uống maltodextrin 12,5% lần cuối đến phẫu thuật >3 giờ (79,9%).

Bảng 2. Đặc điểm dấu hiệu sinh tồn, chỉ số đường máu ngày trước phẫu thuật và trước vô cảm (n=154)

Đặc điểm	Ngày trước phẫu thuật $\bar{X} \pm SD$	Trước vô cảm $\bar{X} \pm SD$	p (Paired Samples Test)
Huyết áp trung bình (mmHg)	88,7 ±8,9	98,9 ±10,4	0,000
Mạch (lần/phút)	76,2 ±6,9	77,6 ±9,3	0,021
Đường máu (mmol/L)	5,57 ±0,99	5,35 ±0,69	0,002

Giá trị của chỉ số huyết áp trung bình và mạch trước vô cảm đều cao hơn so với ngày trước phẫu thuật. Chỉ số đường máu trung bình trước vô cảm (5,35 mmol/L) thấp hơn ngày trước phẫu thuật (5,57 mmol/L).

Bảng 3. Đặc điểm khát, đói, khô miệng, nôn, buồn nôn của đối tượng nghiên cứu trước phẫu thuật (n=154)

Đặc điểm		Mức độ				$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)
		Không n (%)	Nhẹ n (%)	Nhiều n (%)	Quá mức n (%)	
Cảm giác	Khát	102 (66,2)	47 (30,5)	5 (3,2)	0 (0,0)	0,92 ±1,47 (0 - 6)
	Đói	95 (61,7)	49 (31,8)	7 (4,5)	3 (1,9)	1,05 ±1,63 (0 - 7)
	Khô miệng	51 (33,1)	76 (49,4)	27 (17,5)	0 (0,0)	1,84 ±1,66 (0 - 6)
	Buồn nôn	136 (88,3)	13 (8,4)	5 (3,2)	0 (0,0)	0,39 ±1,14 (0 - 6)
Nôn		150 (97,4)	4 (2,6)			

Phần lớn người bệnh không có cảm giác khát (66,2%) và không có cảm giác đói (61,7%). Tỷ lệ người bệnh khô miệng còn khá cao (66,9%) mức độ từ nhẹ đến nhiều. Tỷ lệ người bệnh buồn nôn ít (11,7%) và hiếm gặp tình trạng nôn (2,6%),

Bảng 4. Mức độ hài lòng của người bệnh về nhìn ăn uống và cung cấp maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật (n=154)

Nội dung hài lòng về dung dịch maltodextrin 12,5%	Hài lòng n(%)	Không hài lòng n(%)	Điểm hài lòng $\bar{X} \pm SD$
Hài lòng về mùi vị	112 (72,7)	42 (27,3)	4,03 $\pm$ 0,86
Hài lòng về giảm cảm giác đói	141 (91,6)	13 (8,4)	4,36 $\pm$ 0,66
Hài lòng về giảm cảm giác khát	136 (88,3)	18 (11,7)	4,32 $\pm$ 0,68
Hài lòng về giảm cảm giác khô miệng	108 (70,1)	46 (29,9)	4,03 $\pm$ 0,84
Hài lòng về giảm cảm giác buồn nôn	140 (90,0)	14 (9,1)	4,64 $\pm$ 0,71
Hài lòng về giảm cảm giác nôn	148 (96,1)	6 (3,9)	4,68 $\pm$ 0,64
Hài lòng chung	149 (96,1)	6 (3,9)	4,47 $\pm$ 0,60
Mong muốn tiếp tục triển khai liệu pháp	150 (97,4)	4 (2,6)	4,57 $\pm$ 0,55
Tổng	119 (77,3)	35 (22,7)	35,11 $\pm$ 4,06

Đa số người bệnh (77,3%) hài lòng với dung dịch maltodextrin 12,5%. Với điểm trung bình hài lòng chung là 35,11/40 điểm.

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của người bệnh thực hiện nhìn ăn uống và cung cấp maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật chương trình tại Bệnh viện Bưu điện

Đối tượng nghiên cứu là nữ chiếm (59,1%) phần lớn người bệnh phẫu thuật của Trung tâm HTSS và Sản phụ khoa, tương tự kết quả tại Bệnh viện nhân dân Gia Định.² Tuổi trung bình $48,8 \pm 15,0$ tương tự với nghiên cứu của Trần Đoàn Huy.³ Hầu hết người bệnh thuộc ASA I-II (97,4%), tương đồng các nghiên cứu của Phạm Gia Anh và Lương Thị Nghĩa Vân.^{1,4}

Đa số thời gian người bệnh nhịn ăn >12 giờ (89,0%), tương tự ghi nhận tại Bệnh viện Việt Đức.¹ Thời gian người bệnh nhịn uống >3 giờ (79,9%), tương tự nghiên cứu tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội cho thấy uống maltodextrin trước mổ an toàn, không tăng nguy cơ trào ngược.⁴

Huyết áp trung bình (98,9 mmHg) và mạch trung bình (77,6 lần/phút) của đối tượng nghiên cứu trước vô cảm đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ngày trước phẫu thuật. Nguyên nhân có thể do yếu tố tâm lý, người bệnh lo lắng, hồi hộp hơn so với ngày trước mổ nhưng vẫn trong giới hạn bình thường. Chỉ số đường máu trung bình của người bệnh trước mổ (5,57 mmol/L) thấp hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức (6,2 mmol/L).¹ Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy chỉ số đường máu trung bình của người bệnh trước vô cảm (5,35 mmol/L) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với ngày trước phẫu thuật (5,57 mmol/L). Tuy nhiên, chỉ số đường máu của người bệnh vẫn trong giới hạn bình thường.

4.2. Đánh giá sự hài lòng của người bệnh thực hiện nhìn ăn uống và cung cấp maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật chương trình tại Bệnh viện Bưu điện

Người bệnh không có cảm giác khát (66,2%) và không có cảm giác đói (61,7%), kết quả này tương tự với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Hải Bình khi uống maltodextrin giúp giảm đáng kể các cảm giác khát, đói.²

Tỷ lệ người bệnh có cảm giác khô miệng còn khá cao (66,9% có mức độ từ nhẹ đến nhiều), tương tự với ghi nhận của Lương Thị Nghĩa Vân.⁴ Cảm giác buồn nôn và nôn hiếm gặp (11,7% và 2,6%), tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Đoàn Huy,³ không ghi nhận trường hợp trào ngược, hít sặc nào. Từ các kết quả này cho thấy uống Maltodextrin 12,5% trước mổ an toàn, không làm tăng nguy cơ biến chứng, tương tự với các nghiên cứu của Trần Đoàn Huy và Trần Thu Ngân.^{3,5}



Số người bệnh hài lòng (77,3%) với dung dịch maltodextrin 12,5%. Đặc biệt ở các tiêu chí, hài lòng về giảm cảm giác đói (91,6%), giảm cảm giác khát (88,3%), giảm cảm giác buồn nôn (90,0%) và giảm tình trạng nôn (96,1%), với điểm trung bình hài lòng chung rất cao 35,11/40 điểm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện nhân dân Gia Định (66,9%) người bệnh hài lòng sau khi uống maltodextrin.² Ngoài ra, kết quả phù hợp với nghiên cứu của Lương Thị Nghĩa Vân, cho thấy maltodextrin giúp giảm cảm giác khát và khô miệng trước mổ.⁴ Các kết quả trên khẳng định cung cấp maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật không chỉ an toàn mà còn cải thiện đáng kể sự hài lòng của người bệnh.³

5. KẾT LUẬN

Việc cung cấp maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật tránh tụt huyết áp do nhịn ăn uống kéo dài, giúp giảm đáng kể cảm giác đói, khát, khô miệng, buồn nôn và nôn, với tỷ lệ hài lòng chung cao (77,3%). Điểm trung bình hài lòng chung ở mức cao (35,11/40 điểm). Không ghi nhận trường hợp trào ngược, hít sặc nào. Kết quả này khẳng định việc bổ sung maltodextrin 12,5% trước mổ an toàn, hiệu quả và góp phần nâng cao sự hài lòng của người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Phạm Gia Anh, Nguyễn Thị Phương, Nguyễn Tuấn Anh và cộng sự. Kết quả bước đầu triển khai liệu pháp carbohydrat trước phẫu thuật tại khoa ung bướu Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *VMJ*. 2024;535(1). doi:10.51298/vmj.v535i1.8339
2. Nguyễn Thị Hải Bình, Hoàng Quốc Thắng, Lương Toàn Hoàng Long và cộng sự. *Đánh Giá Sự Hài Lòng Người Bệnh Sau Uống Maltodextrin Trước Phẫu Thuật*. Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở. Bệnh viện nhân dân Gia Định; 2024.
3. Trần Đức Huy, Nguyễn Toàn Thắng. Ảnh hưởng của uống dung dịch giàu carbohydrate trước phẫu thuật đến tồn dư dịch dạ dày, đường máu và nôn - buồn nôn sau phẫu thuật lồng ngực. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. February 2023. doi:10.52389/ydls.v18i1.1621
4. Lương Thị Nghĩa Vân, Nguyễn Quang Bình, Trần Hà My và cộng sự. Nhận xét hiệu quả sử dụng dung dịch maltodextrin 12,5% cho người bệnh trước phẫu thuật hàm mặt tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội năm 2024. *VMJ*. 2025;552(1). doi:10.51298/vmj.v552i1.14928
5. Trần Thu Ngân. *Đánh Giá Kết Quả Bước Đầu Can Thiệp Dinh Dưỡng Theo Chiến Lược ERAS Cho Người Bệnh Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Túi Mật Theo Chương Trình Tại Bệnh Viện Bưu Điện*. Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở. Bệnh viện Bưu điện; 2022

THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ TRIỂN KHAI BỆNH ÁN ĐIỆN TỬ TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Lê Mạnh Đức, Nguyễn Mạnh Cường

Bệnh viện Bưu điện

TÓM TẮT

Trong bối cảnh ngành y tế Việt Nam đang đẩy mạnh chuyển đổi số theo định hướng của Chính phủ, việc triển khai Bệnh án điện tử (EMR) được xem là một nhiệm vụ trọng tâm để xây dựng bệnh viện thông minh, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và sự hài lòng của người bệnh. Bệnh viện Bưu điện là Bệnh viện đa khoa hạng I, đơn vị trực thuộc Tập đoàn Bưu chính Viễn thông Việt Nam (VNPT) đã chính thức áp dụng Hồ sơ Bệnh án điện tử từ ngày 01/7/2024. Xuất phát từ một hệ thống công nghệ thông tin (CNTT) còn nhiều bất cập, thiếu đồng bộ; Bệnh viện đã thực hiện chiến lược chuyển đổi toàn diện dựa trên bốn trụ cột: hiện đại hóa hạ tầng, tích hợp phần mềm, tái cấu trúc quy trình và đầu tư vào con người. Với sự đầu tư mạnh mẽ vào trung tâm dữ liệu, hạ tầng mạng và hàng trăm thiết bị chuyên dụng, cùng việc triển khai bộ phần mềm lõi đồng bộ (HIS, LIS, RIS/PACS, EMR) và số hóa 100% biểu mẫu, áp dụng chữ ký số vào bệnh án điện tử. Kết quả ban đầu cho thấy những hiệu quả vượt trội: tối ưu hóa công tác quản lý và vận hành, giảm đáng kể chi phí; giải phóng nhân viên y tế khỏi gánh nặng hành chính, giúp họ tập trung vào chuyên môn; đồng thời mang lại trải nghiệm dịch vụ y tế nhanh chóng, minh bạch và tiện lợi cho người bệnh.

Từ khóa: Bệnh án điện tử, Bệnh viện Bưu điện, bệnh viện thông minh, chuyển đổi số y tế.

ABSTRACT

In the context of Vietnam's healthcare sector, accelerating its digital transformation under the government's direction, the implementation of Electronic Medical Records (EMR) is considered a central task for building smart hospitals, enhancing the quality of medical examination and treatment, and improving patient satisfaction. Buu dien Hospital, a Grade I general hospital under the Vietnam Posts and Telecommunications Group (VNPT), officially implemented its Electronic Medical Record system on July 1, 2024. Starting from an IT system that was inadequate and lacked synchronization, the hospital has executed a comprehensive transformation strategy built on four pillars: infrastructure modernization, software integration, process restructuring, and investment in human resources. Through significant investment in its data center, network infrastructure, and hundreds of specialized devices, along with the deployment of a synchronized core software suite (HIS, LIS, RIS/PACS, EMR), the hospital has also digitized 100% of its forms and applied digital signatures to electronic records. The initial results have demonstrated outstanding effectiveness: optimizing management and operations, significantly reducing costs, freeing medical staff from administrative burdens to focus on their professional expertise, and providing patients with a faster, more transparent, and convenient healthcare service experience.

Keywords: Electronic Medical Record, Buu dien Hospital, smart hospital, digital transformation in healthcare.



ThS.BSCKII Lê Mạnh Đức – Phó Bí thư Đảng ủy, Thành viên HĐQT, Phó Giám đốc Bệnh viện Bưu điện



🇻🇳 Bệnh viện Bưu điện nỗ lực chuyển đổi số, xây dựng hạ tầng và các giải pháp y tế thông minh, mang đến cho người bệnh dịch vụ y tế chất lượng cao với trải nghiệm hài lòng



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngành y tế Việt Nam đang bước vào một kỷ nguyên mới - kỷ nguyên của bệnh viện không giấy tờ, nơi công nghệ thông tin và y học kết hợp để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe. Việc chuyển đổi từ hồ sơ bệnh án giấy sang Bệnh án điện tử (EMR) đã được chứng minh là mang lại nhiều lợi ích thiết thực, từ việc tối ưu hóa quy trình khám chữa bệnh đến tăng cường an toàn cho người bệnh¹. Chính phủ đã xây dựng một lộ trình rõ ràng, bắt đầu từ Thông tư 46/2018/TT-BYT² và gần đây nhất là Thông tư 13/2025/TT-BYT, đặt ra một mốc thời gian cụ thể: tất cả các bệnh viện phải hoàn thành triển khai EMR trước ngày 30 tháng 9 năm 2025³. Đây vừa là một yêu cầu pháp lý, vừa là một thách thức không nhỏ đối với nhiều cơ sở y tế trên cả nước^{4,5}. Trong bối cảnh đó, câu chuyện thực tế từ các đơn vị đã triển khai thành công trở nên vô cùng quý giá. Là một đơn vị thành viên của Tập đoàn VNPT, Bệnh viện Bưu điện đã sớm xác định chuyển đổi số là nhiệm vụ chiến lược và đã chính thức công bố Bệnh án điện tử từ ngày 1/7/2024. Bài viết này sẽ chia sẻ lại toàn bộ hành trình về triển khai Bệnh án điện tử tại Bệnh viện Bưu điện. Mục tiêu là đúc kết những bài học kinh nghiệm gần gũi, hy vọng có thể trở thành tài liệu tham khảo hữu ích cho các đồng nghiệp và các cơ sở khám, chữa bệnh trên con đường hiện đại hóa.

2. PHƯƠNG PHÁP

Để phân tích quá trình và hiệu quả của việc triển khai Bệnh án điện tử tại Bệnh viện Bưu điện, chúng tôi tổng quan tài liệu, phân tích tình huống (case study), đối chiếu với các nghiên cứu đã được công bố về việc triển

khai EMR tại các cơ sở y tế khác ở Việt Nam để làm rõ bối cảnh và rút ra các bài học kinh nghiệm. Dữ liệu được tổng hợp và phân tích từ các nguồn tài liệu nội bộ của bệnh viện, bao gồm Đề án triển khai Bệnh án điện tử, các báo cáo của dự án, hồ sơ thẩm định, và các quy trình nghiệp vụ đã được ban hành.

3. TỔNG QUAN

3.1. Ứng dụng CNTT trong Y tế: Bối cảnh và Xu hướng

Công nghệ thông tin (CNTT) đã và đang trở thành một động lực cốt lõi cho sự phát triển của y học hiện đại. Trên thế giới, việc ứng dụng CNTT không chỉ dừng lại ở việc quản lý hành chính mà đã đi sâu vào các hoạt động chuyên môn, từ hệ thống hỗ trợ ra quyết định lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh kỹ thuật số (PACS), đến các nền tảng y tế từ xa (telemedicine). Tại Việt Nam, xu hướng này được thúc đẩy mạnh mẽ bởi các chính sách của Chính phủ và Bộ Y tế, với mục tiêu xây dựng một nền y tế thông minh, lấy người bệnh làm trung tâm. Bệnh án điện tử (EMR) chính là hạt nhân của quá trình này. EMR không chỉ là phiên bản số hóa của hồ sơ bệnh án giấy mà còn là một cơ sở dữ liệu y tế tập trung, có cấu trúc, cho phép liên thông dữ liệu giữa các khoa phòng và các tuyến y tế, tạo nền tảng cho việc phân tích dữ liệu lớn, nghiên cứu khoa học và quản lý y tế dựa trên bằng chứng.

3.2. Triển khai Bệnh án điện tử tại Bệnh viện Bưu điện

3.2.1. Tiềm năng và Mục tiêu

Trước khi triển khai, Bệnh viện Bưu điện đối mặt với thực trạng của một hệ thống CNTT phân mảnh, nơi dữ

liệu bị cô lập trong các phần mềm riêng lẻ, gây khó khăn cho việc quản lý và tạo ra một quy trình làm việc phụ thuộc nhiều vào giấy tờ. Nhận thấy tiềm năng to lớn của EMR trong việc giải quyết các vấn đề này, Ban lãnh đạo Bệnh viện đã đặt ra các mục tiêu chiến lược rõ ràng ⁶:

- Tối ưu hóa quy trình: Loại bỏ hoàn toàn hồ sơ giấy, tự động hóa các quy trình hành chính để giảm tải cho nhân viên y tế.
- Nâng cao chất lượng chuyên môn: Cung cấp cho bác sĩ công cụ truy cập thông tin bệnh nhân đầy đủ, tức thời, hỗ trợ chẩn đoán và điều trị chính xác.
- Tăng cường sự hài lòng của người bệnh: Xây dựng một quy trình khám chữa bệnh minh bạch, nhanh chóng và tiện lợi hơn.
- Hiện đại hóa quản trị bệnh viện: Chuyển đổi sang mô hình quản lý dựa trên dữ liệu thời gian thực.

3.2.2. Kết quả đạt được

Để hiện thực hóa các mục tiêu trên, Bệnh viện đã thực thi một chiến lược đồng bộ trên bốn phương diện và đạt được những thành tựu cụ thể:

- Về hạ tầng: Bệnh viện đã xây dựng một nền tảng hạ tầng vững chắc với một trung tâm dữ liệu hiện đại, vận hành bởi 08 máy chủ (06 máy chủ phục vụ EMR và 02 máy chủ PACS) và hệ thống lưu trữ gần 100 TB (SAN 50 TB và NAS 42 TB). Mạng LAN tốc độ 1 Gbps và mạng Wifi với 121 điểm truy cập đảm bảo kết nối thông suốt. Gần 500 máy vi tính và 550 máy in đã được trang bị, đồng thời ứng dụng điện toán đám mây để tăng cường an toàn và linh hoạt ^{7,8}.
- Về phần mềm: Toàn bộ hệ thống được hợp nhất trên một nền tảng tích hợp từ VNPT-IT (HIS, LIS, RIS/PACS, EMR), tạo ra một dòng chảy dữ liệu liền mạch. Các hệ thống đều được đánh giá ở mức độ hoàn thiện cao

Bảng 1. Thực trạng triển khai Bệnh án điện tử

Tiêu chí	Nội dung	Kết quả
Lưu trữ hồ sơ BÀĐT	Mức nâng cao	Đạt 9/9 tiêu chí
	Lưu trữ dự phòng tại một nơi khác:	Đáp ứng đủ
Sử dụng, khai thác hồ sơ BÀĐT	Sử dụng, khai thác hồ sơ BÀĐT	Đáp ứng đủ
	Bản tóm tắt hồ sơ BÀĐT có các trường thông tin theo mẫu	Đáp ứng đủ
Quy định về phần mềm hồ sơ BÀĐT	Quy định về phần mềm hồ sơ BÀĐT	Đáp ứng đủ tiêu chuẩn về CNTT và hỗ trợ NB
	Mã quy định danh mục dùng chung của Bộ Y tế	Đáp ứng đủ
Thông tin định danh NB	Thông tin định danh người bệnh được xây dựng thống nhất trên toàn quốc theo quy định của Bộ Y tế	Đáp ứng chưa đầy đủ
Tiêu chí bảo mật và tính riêng tư của Hồ sơ		BÀĐT Đáp ứng 10/10 tiêu chí
Hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh - PACS (mức nâng cao)		Đạt 4/4 tiêu chí
Hệ thống thông tin xét nghiệm - LIS (mức nâng cao)		Đạt 4/4 tiêu chí
Sử dụng chữ ký số	Nhân viên y tế sử dụng chữ ký số hợp pháp	Đáp ứng tiêu chí
	NB hoặc người đại diện sử dụng chữ ký số hợp pháp	Chưa đáp ứng tiêu chí
	Thủ trưởng cơ sở y tế hoặc người được phân công, ủy quyền chữ ký số hợp pháp để xác nhận chữ ký điện tử	Đáp ứng tiêu chí
	Quy chế sử dụng chữ ký điện tử và chữ ký số	Đáp ứng tiêu chí

theo tiêu chuẩn Bộ Y tế: HIS đạt mức 6, trong khi LIS, RIS/PACS và EMR đều đạt mức Nâng cao^{7,8}. Dữ liệu hình ảnh y tế được lưu trữ trên PACS, thay thế hoàn toàn việc in phim. Lưu trữ thông tin xét nghiệm trên LIS thay cho việc in giấy.

- Về quy trình: 18 quy trình nghiệp vụ mới được ban hành và 100% biểu mẫu được số hóa, tích hợp chữ ký số, đảm bảo tính pháp lý và hiệu quả^{7,8}.
- Về hiệu quả tổng thể: Chi phí vận hành (giấy, mực in, phim) giảm đáng kể. Tỷ lệ thanh toán không dùng tiền mặt đạt trên 70%. Nhân viên y tế được giải phóng khỏi công việc giấy tờ, trong khi người bệnh được hưởng lợi từ các tiện ích số như đặt lịch trực tuyến, nhận kết quả qua ứng dụng, nâng cao rõ rệt sự hài lòng của người bệnh.

Đối với bác sĩ đã có thể thuận tiện tra cứu, cập nhật diễn biến bệnh, kết quả cận lâm sàng (siêu âm, xét nghiệm, chụp phim) từ đó tăng hiệu quả điều trị nhờ thông tin được liên thông, cập nhật tức thì. Đối với điều dưỡng đã giúp giảm bớt công đoạn ghi chép, sắp xếp, bảo quản hồ sơ từ đó có thêm thời gian chăm sóc người bệnh. Đối với người bệnh đã có thể đặt lịch khám trực tuyến qua ứng dụng Vncare, nhận kết quả xét nghiệm qua tin nhắn SMS Brandname và có các trải nghiệm dịch vụ y tế nhanh chóng, minh bạch hơn.

3.2.3. Thách thức và Hạn chế

Quá trình chuyển đổi cũng đối mặt với không ít thách thức. Thách thức lớn nhất là thay đổi thói quen và tư

duy của đội ngũ nhân viên y tế, những người đã quen với quy trình giấy trong nhiều năm. Giai đoạn đầu không tránh khỏi những ngỡ ngàng và sự kháng cự thay đổi. Bên cạnh đó, chi phí đầu tư ban đầu cho hạ tầng và phần mềm là một rào cản không nhỏ. Một hạn chế khác mang tính hệ thống là việc thiếu các chuẩn quốc gia về mã định danh y tế và các tiêu chuẩn liên thông dữ liệu, có thể gây khó khăn khi mở rộng kết nối trong tương lai. Ngoài ra, vấn đề an ninh mạng và bảo mật dữ liệu y tế nhạy cảm đòi hỏi sự đầu tư và cảnh giác liên tục, là một thách thức lâu dài.

4. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Bệnh viện Bưu điện đã thành công trong triển khai bệnh án điện tử, góp phần quan trọng vào lộ trình xây dựng bệnh viện thông minh, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và sự hài lòng của người bệnh. Trong thời gian tới Bệnh viện quyết tâm ứng dụng mạnh mẽ chuyển đổi số hơn nữa song song với việc duy trì đào tạo, đánh giá định kỳ và cập nhật phần mềm, bảo mật dữ liệu... tiến tới Bệnh viện có hạ tầng thông minh và giải pháp y tế thông minh để người bệnh được chăm sóc chu đáo hơn nữa với dịch vụ y tế chất lượng cao, đồng thời Bệnh viện sẽ tiếp tục kiến nghị các cơ quan chức năng như Bộ Y tế tiếp tục hoàn thiện hành lang pháp lý, hỗ trợ, hướng dẫn bệnh viện trong việc thanh toán các chi phí liên quan khi triển khai EMR; kiến nghị Tập đoàn Bưu chính Viễn thông Việt Nam nhân rộng mô hình triển khai EMR của Bệnh viện Bưu điện ra các bệnh viện khác trong hệ thống y tế VNPT và trên cả nước.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Văn Đức (2018), "Thực trạng triển khai BAĐT tại Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh, năm 2018", *Luận văn thạc sĩ chuyên ngành quản lý bệnh viện*, Đại học Y tế Cộng đồng.
2. Bộ Y tế (2018), *Quy định hồ sơ BAĐT*, Thông tư số 46/2018/TT-BYT ngày 28/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2025), *Hướng dẫn triển khai hồ sơ bệnh án điện tử*, Thông tư số 13/2025/TT-BYT ngày 06/6/2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. Nguyễn Thị Bích Liên, Nguyễn Thế Vinh và CS (2021), "Thực trạng triển khai BAĐT tại Trung tâm Quốc tế, Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2021", *Journal of pediatric research and practice*, Vol. 5, No. 6, tr. 37-45.
5. Đỗ Danh Thắng, Nguyễn Văn Hoạt, và CS (2023), "Thực trạng và hiệu quả triển khai bệnh án điện tử tại Bệnh viện Quân y 110", *Tạp chí Y học Quân sự*, Số 366 (9-10/2023), tr. 4-8.
6. Bệnh viện Bưu điện (2023), *Đề án triển khai Bệnh án điện tử tại Bệnh viện Bưu điện*.
7. Bộ Y tế (2017), *Bộ tiêu chí ứng dụng công nghệ thông tin tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, Thông tư số 54/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
8. Bệnh viện Bưu điện (2024), *Báo cáo mức độ ứng dụng công nghệ thông tin tại Bệnh viện Bưu điện*.



MỤC LỤC

» (Tiếp theo Bìa 2)

- Hiệu quả giảm đau sau mổ lấy thai bằng gây tê cơ vuông thắt lưng liều duy nhất dưới hướng dẫn siêu âm với Ropivacain 0,375% phối hợp Dexamethason tĩnh mạch 70
(Nguyễn Ngọc Trâm, Đào Thanh Hoa, Nhữ Thị Thu Hòa, Kiều Duy Anh, Lê Thị Hằng)
- Kết quả hoạt động của đơn nguyên tim mạch can thiệp Bệnh viện Bưu điện 74
(Trần Tất Đạt)
- Đánh giá rối loạn nhịp tim ở phụ nữ có thai bằng holter điện tâm đồ 24 giờ 78
(Trần Tất Đạt, Dương Vương Trung, Nguyễn Anh Dũng)
- Đánh giá kết quả điều trị giảm cân nội khoa bằng Liraglutide tại Bệnh viện Bưu điện 82
(Hoàng Mạnh Ninh, Trần Hồng Quân, Hoàng Bảo Tín)
- Đánh giá kết quả điều trị tăng tiết mồ hôi nách bằng máy Miradry tại Bệnh viện Bưu điện 86
(Hoàng Bảo Tín, Hoàng Mạnh Ninh, Nguyễn Thị Bé Duyên, Lê Thị Hà)
- Đánh giá chất lượng tế bào gốc trung mô thu nhận từ dây rốn phục vụ điều trị tại Bệnh viện Bưu điện 90
(Nguyễn Văn Long, Đỗ Hải Linh)
- Đánh giá tính an toàn trong điều trị tiêm tế bào gốc trung mô kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu trên người bệnh thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Bưu điện 95
(Đỗ Gia Trường, Nguyễn Văn Long, Lê Minh Thuận)
- Tiềm năng của tế bào gốc trong điều trị suy yếu do lão hóa 101
(Nguyễn Văn Long)
- Kết quả điều trị u xơ tử cung bằng sóng cao tần (RFA) tại Bệnh viện Bưu điện 105
(Dương Văn Thành, Đào An, Đào Ngọc Toàn)
- Đánh giá kết quả ban đầu triển khai điện quang can thiệp tại Bệnh viện Bưu điện 110
(Đào Ngọc Toàn)
- Nghiên cứu hình ảnh teo niêm mạc dạ dày trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto tại Bệnh viện Bưu điện 113
(Phạm Thế Hưng, Trần Cẩm Tú)
- Đánh giá hiệu quả của kính nội nhãn tiêu điểm kéo dài Tecnis Eyhance ở người bệnh đục thể thủy tinh phẫu thuật tại Bệnh viện Bưu điện 118
(Nguyễn Quý Đông)
- Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm mũi xoang do nấm không xâm nhập tại Bệnh viện Bưu điện 121
(Lê Anh Đức)
- Đánh giá kết quả thực hiện công tác chăm sóc người bệnh toàn diện tại Bệnh viện Bưu điện 126
Nguyễn Thị Thùy Linh
- Đánh giá sự hài lòng của người bệnh thực hiện nhịn ăn uống và cung cấp Maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật chương trình tại Bệnh viện Bưu điện 131
(Đào Quang Anh, Đỗ Đức Thịnh, Nguyễn Danh Thắng, Lê Anh Tuấn)
- Thực trạng và hiệu quả triển khai Bệnh án điện tử tại Bệnh viện Bưu điện 137
(Lê Mạnh Đức, Nguyễn Mạnh Cường)



BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Cơ sở 1:

Số 49 phố Trần Điện, phường Phương Liệt,
thành phố Hà Nội

Cơ sở 2:

Số 1 phố Yên Bái II, phường Hai Bà Trưng,
thành phố Hà Nội

Cơ sở 3:

Số 83 đường Lý Thánh Tông,
phường Đỗ Sơn, thành phố Hải Phòng

TỔNG ĐÀI CHĂM SÓC KHÁCH HÀNG



1800 6090