

phải truyền máu cũng như giảm số lượng máu cần truyền. Tác giả đánh giá đây là một phương tiện có khả năng tạo ra xâm lấn tối thiểu, có thể giúp ích cho các phẫu thuật khó như phẫu thuật ở tuyến yên. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng gặp ít bệnh nhân có tai biến xơ dính, đóng vảy trong hốc mũi và tỷ lệ gặp giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có khác biệt. Vì vậy, khi sử dụng hệ thống Aquamantys là an toàn và không ảnh hưởng tới tỷ lệ tai biến của phẫu thuật nội soi mũi xoang.

## V. KẾT LUẬN

Hệ thống Aquamantys giúp giảm thời gian phẫu thuật, giảm lượng máu mất trong phẫu thuật thông qua thời gian phẫu thuật của nhóm nghiên cứu là  $78,9 \pm 22,4$  phút ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là  $94,0 \pm 21,5$  phút với  $p < 0,05$ . Và lượng máu mất ở nhóm nghiên cứu là  $86,7 \pm 42,3$  ml thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là  $116,0 \pm 41,8$  ml với  $p < 0,05$ . Triệu chứng cơ năng theo thang VAS cho thấy sau phẫu thuật 5 ngày ở nhóm nghiên cứu có xu hướng nhẹ hơn so với nhóm chứng ( $p > 0,05$ ) và sau mổ 2 tuần và 2 tháng ở nhóm nghiên cứu tương đương với nhóm chứng ( $p > 0,05$ ). Triệu chứng thực thể sau phẫu thuật 2 tháng giữa 2 nhóm không thấy khác biệt với  $p > 0,05$ . Bệnh nhân có dính hay xơ sẹo trong hốc mũi thấp, không khác nhau giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Vì vậy,

khi sử dụng hệ thống Aquamantys là an toàn và không ảnh hưởng tới tỷ lệ tai biến của phẫu thuật nội soi mũi xoang.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al (2020).** European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. *Rhinology*: 58 (Suppl S29):1-464.
2. **Bram R, Fiore S, McHugh D, Samara GJ, Davis RP (2017).** Hemostasis in endoscopic endonasal skull base surgery using the Aquamantys bipolar sealer: Technical note. *J Clin Neurosci*. 41:81-85.
3. **Phạm Trung Kiên (2019).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính, mô bệnh học các tổn thương xoang một bên. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.
4. **Lê Đức Đông (2019).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật của viêm mũi xoang do nấm. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội. tr78.
5. **Yong Lee, Jae. (2008).** Unilateral paranasal sinus diseases: analysis of the clinical characteristics, diagnosis, pathology, and computed tomography findings. *Acta Oto-Laryngologica*, 128(6), 621-626.
6. **Marulanda G. A., Ulrich S. D., Seyler T. M. et al. (2008),** Reductions in blood loss with a bipolar sealer in total hip arthroplasty, *Expert review of medical devices*, 5(2), 125-131.
7. **Clement R. C., Kamath A. F., Derman P. B. et al. (2012),** Bipolar sealing in revision total hip arthroplasty for infection: efficacy and cost analysis, *The Journal of arthroplasty*, 27(7), 1376-1381.
8. **Ackerman S. J., Tapia C. I., Baik R. et al. (2014),** Use of a bipolar sealer in total hip arthroplasty: medical resource use and costs using a hospital administrative database, *Orthopedics*, 37(5), e472-e481.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC KÈM THEO CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO CÓ DẪN LƯU MÀNG PHỔI ĐƠN THUẦN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Hữu Lư<sup>1</sup>, Dương Văn Minh<sup>2</sup>,

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chấn thương ngực kèm theo chấn thương sọ não có dẫn lưu màng phổi đơn thuần là một bệnh cảnh lâm sàng nặng, chăm sóc và điều trị thường khó khăn, đòi hỏi tính chuyên khoa hoá cao. Nghiên cứu nhằm tổng kết và đánh giá thực trạng về điều trị và chăm sóc loại hình thương tổn phức tạp này. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang; Kết

quả nghiên cứu ghi nhận ở các biến số: Tuổi, giới tính, lâm sàng, cận lâm sàng, thời gian nằm viện, kết quả điều trị... Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0. **Kết quả:** Từ tháng 01/2018 đến 12/2020 có 34 bệnh nhân chấn thương ngực có dẫn lưu màng phổi đơn thuần kèm theo chấn thương sọ não được chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Thời gian từ khi được dẫn lưu màng phổi đến khi rút dẫn lưu trung bình là 7.3 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 10 ngày. Kết quả tốt chiếm 70.6%. **Kết luận:** Chấn thương ngực kèm theo chấn thương sọ não có dẫn lưu màng phổi đơn thuần là một trong những bệnh cảnh lâm sàng nặng, chăm sóc và điều trị đòi hỏi tính chuyên khoa. Kết quả chăm sóc và điều trị nhóm bệnh nhân nghiên cứu phản ánh thực

<sup>1</sup>Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 3.9.2021

Ngày duyệt bài: 10.9.2021

trạng loại hình thương tổn phổi hợp này và cho kết quả khả quan.

## SUMMARY

### RESULTS OF TREATMENT OF CHEST TRAUMA AND HEAD TRAUMA WITH ALONE CHEST TUBE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Background:** Chest trauma and head trauma with alone chest tube is a serious clinical condition, care and treatment is often difficult, requiring high specialization. The study aims to summarize and evaluate the current status of treatment and care for this complex lesion. **Methods:** Descriptive study; The research results were recorded in the following variables: age, sex, clinical, paraclinical, length of hospital stay, treatment results... The data were recorded in the research medical record for each patient and processed by the SPSS 20.0 program. **Results:** From January 2018 to December 2020, 34 patients with chest trauma and head trauma with alone chest tube were examined and treated at Cardiovascular and Thoracic Center- Viet Duc University Hospital. The average time of chest tube 7.3 days. The average hospital stays 10 days. Good results account for 70.6%. **Conclusion:** Chest trauma and head trauma with alone chest tube is one of the serious clinical conditions, care and treatment requires expertise. The results of care and treatment of the studied group of patients reflect the reality of this type of combined injury and give positive results.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực (CTN) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp ở các bệnh viện lớn của tỉnh và thành phố, chiếm khoảng 7- 10% cấp cứu ngoại khoa<sup>1,2</sup>. Chấn thương ngực là thương tích phổ biến thứ ba ở bệnh nhân chấn thương, sau chấn thương đầu và tứ chi, tỷ lệ tử vong là 10,8%. Các nguyên nhân gây CTN thường gặp là do tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt, đặc biệt nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao<sup>3,4</sup>. Chính vì vậy, CTN thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương với nhiều tổn thương phổi hợp kèm theo như chấn thương chi, chấn thương sọ não, chấn thương bụng kín<sup>5-7</sup>... Đặc biệt bệnh nhân chấn thương ngực có kèm theo chấn thương sọ não (CTSĐ) là một bệnh cảnh nặng nề, tiên lượng khó khăn trong việc điều trị và chăm sóc, có thể ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng bệnh nhân.

Để tìm hiểu thực trạng về vấn đề này chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị CTN có dẫn lưu khoang màng phổi (DLMP) có kèm theo CTSĐ nhằm làm rõ vấn đề nêu trên để góp phần nâng cao chất lượng điều trị tại các cơ sở ngoại khoa.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô

tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là CTN được dẫn lưu khoang màng phổi đơn thuần kèm theo CTSĐ được theo dõi và điều trị tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, không phân biệt tuổi, giới tính, có đầy đủ trên hồ sơ bệnh án được lưu trữ theo quy định. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân CTN không được dẫn lưu khoang màng phổi; Bệnh nhân CTSĐ nặng glasgow dưới 8 điểm; Bệnh nhân CTSĐ đã được phẫu thuật, bệnh nhân đã tử vong ngoại viện hoặc tử vong ngay trong giờ đầu vào viện; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; Bệnh nhân không có đủ hồ sơ bệnh án theo quy định

**Các biến số dự kiến:** Kết quả nghiên cứu ghi nhận ở các biến số: Tuổi, giới, lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ gây dính màng phổi; thời gian nằm viện...

**Xử lý số liệu:** Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0; Sử dụng phép kiểm định T – student để so sánh hai tỷ lệ giữa lô nghiên cứu và các tác giả khác

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2018 đến 12/2020, có 34 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương ngực có kèm theo chấn thương sọ não được dẫn lưu màng phổi với tỷ lệ là nam chiếm 79% và 21% là nữ. Tuổi thấp nhất là 16; cao nhất là 86 tuổi. Trung bình  $49,5 \pm 18,8$  tuổi.

**Bảng 1. Phân bố theo nguyên nhân tai nạn**

Nguyên nhân		n	%	Tổng	%
Tai nạn giao thông	Tự ngã xe máy	8	23.5	24	70.6
	Va chạm với xe khác	16	47.1		
Tai nạn lao động		2	5.9	2	5.9
Tai nạn sinh hoạt		8	23.5	8	23.5
<b>Tổng</b>		<b>34</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tai nạn giao thông chiếm đa số trong các nguyên nhân tai nạn, chiếm 70.6%, trong đó chủ yếu là va chạm với các phương tiện giao thông khác, chiếm 47.1%. Tiếp đến là tai nạn sinh hoạt chiếm 23.5%, chủ yếu nhất là ngã cao.

Về lâm sàng, các bệnh nhân bị cả CTN và CTSĐ nên triệu chứng cơ năng chính khi thăm khám là đau ngực (94,1%) và đau đầu (97.1%). Ho ra máu (8.8%) xuất hiện ở các bệnh nhân có tổn thương đưng dập phổi.

Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi: Tri giác khi vào viện với thang điểm Glasgow 14-15 điểm chiếm tỉ lệ chủ yếu 67.6%. Có 32.4% bệnh nhân vào viện trong tình trạng lơ mơ, tiếp xúc chậm Glasgow 11-13 điểm.

**Bảng 2. Phân bố dấu hiệu tại lồng ngực (n = 34)**

Triệu chứng thực thể	n	%
Bầm tím, tụ máu, xây xước thành ngực	24	70.6
Điểm đau chói khi nắn thành ngực	33	97.1
Màng sườn di động	2	5.9
Tràn khí dưới da	7	20.6
Rì rào phế nang giảm hoặc mất	30	88.2

**Nhận xét:** Triệu chứng đau nhói khi nắn thành ngực gặp ở đa số các bệnh nhân với tỉ lệ 97.1%, rì rào phế nang giảm, mất cũng chiếm tỉ lệ cao với 88.2%.

**Bảng 3. Đặc điểm chung của gãy xương sườn (n = 34)**

Gãy xương sườn		N	%
Vị trí ngực bị tổn thương	Bên phải	21	61.8
	Bên trái	10	29.4
	Hai bên	3	8.8
Số ổ gãy trên 1 xương	1	30	88.2
	2	4	11.8
Vị trí ổ gãy	Cung sau	12	35.3
	Cung bên	29	85.3
	Cung trước	2	5.9

**Nhận xét:** Ngực tổn thương gặp chủ yếu bên ngực phải với 61.8%, có 8.8% trường hợp tổn thương cả 2 ngực. Số ổ gãy trên 1 xương chủ yếu là 1 ổ gãy chiếm 88.2%. Vị trí gãy xương hay gặp nhất là gãy cung bên chiếm 85.3%.

Bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chụp phim cắt lớp sọ não để xác định tổn thương sọ não.

**Bảng 4. Tổn thương sọ não trên phim cắt lớp (n = 34)**

Tổn thương sọ não	n	%
Vỡ xương sọ	13	38.2
Tụ máu ngoài màng cứng	5	14.7
Tụ máu dưới màng cứng	4	11.8
Tụ máu khoang dưới nhện	15	44.1
Dập não	13	38.2
Khí nội sọ	4	11.8

**Nhận xét:** Tổn thương hay gặp của chấn thương sọ não trong nhóm nghiên cứu là tụ máu khoang dưới nhện chiếm 44.1%, tiếp đến là các tổn thương vỡ xương sọ và dập não chiếm 38.2%. Bệnh nhân có thể bị hơn một thương tổn của sọ não. Bệnh nhân được thực hiện DLMP ở phòng mổ của phòng khám (phòng tiểu phẫu) chiếm 82.4%. Có 6 trường hợp phải lên nhà mổ thực hiện dẫn lưu chiếm 17.6%

**Bảng 5. Thời gian từ khi vào viện đến khi DLMP**

Thời gian	n	%
< 6 giờ	13	38.2
6 – 12 giờ	14	41.2
12 – 24 giờ	3	8.8
> 24	4	11.8

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân vào viện được dẫn lưu trong 12h đầu chiếm tỉ lệ 79.2%

- Lý liệu pháp hô hấp được thực hiện ngay sau khi bệnh nhân về bệnh phòng bao gồm vỗ rung 100%, tập ho, khạc, thay đổi tư thế 100%, thổi bóng được áp dụng cho 76.4%. Biến chứng tại lồng ngực như xẹp phổi, máu đông màng phổi chiếm 14.6%. Trong đó số bệnh nhân có máu đông màng phổi chiếm 11.8%.

**Bảng 6. Xử trí biến chứng tại lồng ngực sau dẫn lưu màng phổi**

Biện pháp xử trí	n	%
Xoay hút dẫn lưu	5	14.7
Đặt thêm dẫn lưu	1	2.9
Lý liệu pháp tích cực	5	14.7
Nội soi phế quản	2	5.9
Mổ nội soi ngực xử lý máu đông màng phổi	4	11.8

**Nhận xét:** Các bệnh nhân có biến chứng sẽ được thực hiện lý liệu pháp tích cực và xoay hút dẫn lưu đều chiếm 14.7%. Có 4 bệnh nhân chiếm 11.8% phải mổ nội soi xử lý biến chứng.

**Bảng 7. Hình ảnh x - quang ngực trước khi rút dẫn lưu.**

Kết quả X quang	n	%
Phổi nở, hết khí hoặc còn tù nhẹ góc sườn hoành ở 1 hoặc 2 bên	30	88.2
Còn mờ rỗ đáy phổi ở 1 hoặc 2 bên MP	4	11.8

**Nhận xét:** 4 BN còn mờ đáy phổi rõ đều xảy ra ở các trường hợp có biến chứng. Mặc dù đã cố gắng tập lý liệu pháp hô hấp + xoay DLMP nhưng X quang ít cải thiện và dẫn lưu không ra thêm dịch và khí, tình trạng lâm sàng ổn định, nên vẫn được quyết định rút dẫn lưu

- Thời gian từ khi dẫn lưu màng phổi đến khi rút dẫn lưu trung bình là 7.3±4.4 ngày, trong đó ngắn nhất là 2 ngày và lâu nhất là 24 ngày.

- Thời gian nằm viện trung bình là 10 ± 4.6 ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 26 ngày.

- Kết quả chung tốt chiếm 70.6%, có 4 bệnh nhân (chiếm 11.8%) có biến chứng ổ cận phải mổ nội soi xử lý ổ cận.

#### IV. BÀN LUẬN

Chấn thương ngực kèm theo chấn thương sọ

não được dẫn lưu màng phổi là một bệnh cảnh phổi hợp thường gặp trên lâm sàng, việc chăm sóc và điều trị gặp nhiều khó khăn, đặc biệt việc phổi hợp thực hiện lý liệu pháp hô hấp trên các bệnh nhân này chưa tốt nên tỉ lệ biến chứng tại lồng ngực cao hơn so với các bệnh nhân chấn thương ngực đơn thuần khác. Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận một số bàn luận như sau:

**Đặc điểm chung:** Giới tính: Tương tự như các nghiên cứu về CTN chung, nam giới luôn chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều so với nữ giới. Tỷ lệ Nam / Nữ trong nghiên cứu này xấp xỉ 4 / 1, còn theo Đặng Ngọc Hùng<sup>8</sup> tỷ lệ nam/nữ là 7,2/1 và Nguyễn Hữu Ước<sup>1</sup> là 6.4/1. Theo các tác giả, yếu tố chính gây sự chênh lệch giới tính này là nguyên nhân gây tai nạn – chủ yếu là tai nạn giao thông, với tỷ lệ nam giới lớn hơn so với nữ giới. Tuổi: Kết quả nghiên cứu cho thấy CTN kèm theo CTSN có thể gặp ở mọi lứa tuổi (16 – 86), trong đó tỷ lệ gặp ở nhóm tuổi từ 20 – 60 tuổi cao (58.8%), với độ tuổi trung bình là 49.5 tuổi, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Yi-Pin Chou và Tzu-Chin Wu<sup>2</sup>, nghiên cứu về 61 bệnh nhân có đồng thời CTN và CTSN tại miền Nam Đài Loan. Nguyên nhân: Theo nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông chiếm 70.6%. Theo Đặng Ngọc Hùng<sup>8</sup> thì chấn thương ngực kín do tai nạn giao thông là 64.7%; J Hugh Devitt<sup>9</sup> trong một nghiên cứu ở Canada thấy tỷ lệ tai nạn giao thông là 70%. Như vậy, tai nạn giao thông vẫn là yếu tố chính gây nên CTN nói chung cũng như CTN kèm các tổn thương khác nói riêng. Tuy nhiên, tỷ lệ nguyên nhân do tai nạn sinh hoạt cũng chiếm tới 23.5% trong nghiên cứu này, với các tai nạn như ngã cao (từ nhà cao tầng, cầu thang, cây cao), hoặc vật nặng đổ vào người. Kết quả này cũng phù hợp với tốc độ phát triển đô thị hóa trong giai đoạn hiện nay.

**Lâm sàng và cận lâm sàng:** Lâm sàng: Các bệnh nhân bị cả CTN và CTSN nên triệu chứng cơ năng chính khi thăm khám là đau ngực (94,1%) và đau đầu (97,1%), đây là những triệu chứng dễ phát hiện, dấu hiệu chỉ điểm đầu tiên từ khi mới tiếp xúc với bệnh nhân, định hướng cho người thầy thuốc nghĩ đến các tổn thương ở lồng ngực và sọ não. Ho ra máu (8,8%) xuất hiện ở các bệnh nhân có tổn thương đung dập phổi. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tổn thương sọ não nhưng không quá nặng và không phải can thiệp ngoại khoa nên tri giác bệnh nhân lúc vào viện Glasgow 14-15 điểm chiếm tỉ lệ chủ yếu 67.6%. Có 32.4% bệnh nhân vào viện trong tình trạng lơ mơ, tiếp xúc chậm

Glasgow 11-13 điểm. Tương tự như nghiên cứu của Yi-Pin Chou và Tzu-Chin Wu<sup>2</sup>, với thang điểm Glasgow trung bình là  $11.74 \pm 3.26$ ; Khám lâm sàng tại lồng ngực: triệu chứng đau nhói khi nắn thành ngực gặp ở đa số các bệnh nhân với tỉ lệ 97.1%, rì rào phế nang giảm, mất cũng chiếm tỉ lệ cao với 88.2%. Có 20.6% bệnh nhân có tràn khí dưới da. Màng sườn di động khám được ở 2 bệnh nhân chiếm 5.9%, Theo Nguyễn Hữu Ước<sup>1</sup> rì rào phế nang giảm hoặc mất là 97.4% và màng sườn di động là 4.6%. Các triệu chứng khi khám tại lồng ngực không có nhiều khác biệt so với các chấn thương ngực đơn thuần khác. Cận lâm sàng: Tất cả các bệnh nhân đều được chụp Xquang ngực để xác định các tổn thương tại lồng ngực: ngực tổn thương gặp chủ yếu bên ngực phải với 61.8%, có 8.8% trường hợp tổn thương cả 2 ngực. Số ổ gãy trên 1 xương chủ yếu là 1 ổ gãy chiếm 88.2%. Vị trí gãy xương hay gặp nhất là gãy cung bên chiếm 85.3%. Các tổn thương sọ não được xác định trên phim chụp cắt lớp vi tính, trong đó tổn thương hay gặp là tụ máu khoang dưới nhện chiếm 44.1%, tiếp đến là các tổn thương vỡ xương sọ và dập não chiếm 38.2%. Kết quả này cũng tương tự của Yi-Pin Chou và Tzu-Chin Wu<sup>2</sup>, với phần lớn tổn thương não của nhóm bệnh nhân này là tụ máu khoang dưới nhện.

**Kết quả điều trị:** Dẫn lưu màng phổi: Đa số bệnh nhân được dẫn lưu trong 12h đầu tính từ lúc vào viện chiếm tỉ lệ 79.2%, có 11.8% bệnh nhân được dẫn lưu trên 24h, sau một thời gian theo dõi tại khoa phòng. Thời gian từ khi dẫn lưu màng phổi đến khi rút dẫn lưu trung bình là  $7.3 \pm 4.4$  ngày, trong đó ngắn nhất là 2 ngày và lâu nhất là 24 ngày. Kết quả này tương đương với tác giả Konstantina Chrysou<sup>6</sup> nghiên cứu ảnh hưởng của chấn thương ngực trên các bệnh nhân đa chấn thương, thời gian đặt dẫn lưu màng phổi trung bình là 7.5 ngày. Biến chứng và xử trí: Có 14.6% số bệnh nhân trong nghiên cứu có các biến chứng tại lồng ngực. Mặc dù các bệnh nhân được chẩn đoán, dẫn lưu màng phổi sớm, được thực hiện lý liệu pháp hô hấp ngay sau khi về bệnh phòng nhưng do có CTSN kèm theo nên vấn đề phổi hợp tập luyện, tập thở, thay đổi tư thế của các bệnh nhân là kém hơn so với nhóm nghiên cứu khác. Có 4 bệnh nhân có biến chứng máu đông màng phổi đã được phát hiện và phẫu thuật nội soi xử lý sớm, bệnh nhân khi ra viện vẫn đạt kết quả tốt, điều này tương ứng với các nghiên cứu của Yi-Pin Chou và Tzu-Chin Wu<sup>2</sup>, Ziapour<sup>10</sup>, thời gian phẫu thuật máu đông màng phổi sau chấn thương càng sớm kết

quả càng tốt. Kết quả: Thời gian nằm viện trung bình là  $10 \pm 4.6$  ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 26 ngày. Kết quả chung tốt chiếm 70.6%, có 4 bệnh nhân chiếm 11.8% có biến chứng máu đông màng phổi phải mổ nội soi xử lý ổ chẹn. Theo kết quả của Nguyễn Hữu Ước<sup>1</sup> và cộng sự thì thời gian nằm viện trung bình với nhóm bệnh nhân chấn thương ngực đơn thuần là  $5,3 \pm 4,9$  ngày, tỷ lệ tốt là 89.9%, không tốt là 5.7%, còn theo Chrysou Konstantina<sup>6</sup> và cộng sự với nhóm chấn thương ngực trên các bệnh nhân đa chấn thương thời gian nằm viện trung bình là 11 ngày, tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

## V. KẾT LUẬN

Chấn thương ngực kèm theo chấn thương sọ não có dẫn lưu màng phổi đơn thuần là một trong những là một bệnh cảnh lâm sàng nặng, chăm sóc và điều trị đòi hỏi tính chuyên khoa. Kết quả chăm sóc và điều trị nhóm bệnh nhân nghiên cứu phản ánh thực trạng loại hình thương tổn phổi hợp này và cho kết quả khả quan.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Ước và cộng sự. Đánh giá tình hình cấp cứu chấn thương lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức từ 2004 – 2006. Tạp chí Y học Việt Nam. 2007;328:402-413.
2. Huang F-D, Yeh W-B, Chen S-S, et al. Early Management of Retained Hemothorax in Blunt Head and Chest Trauma. World J Surg. 2018;42(7):2061-2066.
3. Nguyễn Thế Hiệp, Lê Nữ Hòa Hiệp, Nguyễn Hoài Nam và cộng sự. Kết quả điều trị chấn thương và vết thương ngực tại bệnh viện nhân dân Gia Định – TP.HCM. Tạp chí y học Việt Nam. 2008;352:483-490.
4. Zargar M, Khaji A, Karbakhsh Davari M. Thoracic injury: a review of 276 cases. Chin J Traumatol. 2007;10(5):259-262.
5. Nguyễn Trường Giang, Nghiêm Đình Phấn, Nguyễn Văn Sơn, Đặng Ngọc Hùng. Đặc điểm tổn thương và chiến thuật xử trí chấn thương ngực trong đa chấn thương. Tổng hội Y Dược học. 2006;Ngoại khoa(6):12-17.
6. Chrysou K, Halat G, Hokschi B, Schmid RA, Kocher GJ. Lessons from a large trauma center: impact of blunt chest trauma in polytrauma patients-still a relevant problem? Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2017;25(1):42.
7. Hildebrand F, Giannoudis PV, Griensven M van, et al. Management of polytraumatized patients with associated blunt chest trauma: a comparison of two European countries. Injury. 2005;36(2):293-302.
8. Đặng Ngọc Hùng và cộng sự. Một số nhận xét về đặc điểm triệu chứng, sơ cứu và cấp cứu chấn thương ngực kín qua 139 trường hợp tại bệnh viện 103. Tạp chí ngoại khoa. 2006;56(6):2-11.
9. J. Hugh Devitt. Blunt Chest Trauma: Anaesthesia, assessment and management. In: Can J Anaesth. 40th ed.; 1993:29-39.

## VAI TRÒ CỦA CEA TRONG ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG HÓA TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN TÁI PHÁT, DI CĂN

Phan Văn Quân<sup>1</sup>, Trần Thắng<sup>2</sup>, Bùi Vinh Quang<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá vai trò của carcinoembryonic antigen (CEA) trong việc theo dõi đáp ứng khối u với hóa trị trong điều trị ung thư đại trực tràng (UTĐTT) giai đoạn tái phát, di căn không mổ được tại khoa Nội 4 Bệnh viện K từ tháng 7/2017 đến tháng 7/2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiền cứu trên 81 bệnh nhân UTĐTT giai đoạn tái phát, di căn không mổ được có tăng CEA >5ng/ml trước điều trị, sử dụng hóa chất phác đồ có Oxaliplatin hoặc Irinotecan làm nền, 6 chu kỳ hóa trị. Nồng độ

CEA huyết tương và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) được thực hiện trước điều trị và sau mỗi 03 chu kỳ hóa trị. **Kết quả:** Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, âm tính, độ chính xác chẩn đoán của việc đánh giá đánh ứng bằng CEA đối với bệnh đáp ứng hoàn toàn và một phần lần lượt là 82,0%, 63,1%, 63,1%, 82,0%, 71,3%, đối với bệnh tiến triển lần lượt là 61,1%, 80,4%, 36,7%, 91,8%. **Kết luận:** Nồng độ CEA huyết thanh có thể cung cấp thông tin hữu ích trong đánh giá bệnh đáp ứng và tiến triển ở bệnh nhân UTĐTT giai đoạn tái phát, di căn không mổ được có tăng CEA trước điều trị.

**Từ khóa:** ung thư đại tràng, trực tràng, giai đoạn tái phát, di căn, CEA.

### SUMMARY

#### THE ROLE OF CARCINOEMBRYONIC ANTIGEN FOR MONITORING TUMOUR RESPONSE DURING CHEMOTHERAPY IN RECURRENT, METASTATIC COLORECTAL CANCER

**Aims:** To evaluate the efficacy of carcinoembryonic antigen (CEA) for monitoring tumour

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K Tân Triều, thành phố Hà Nội.

<sup>3</sup>Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội, thành phố Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Phan Văn Quân

Email: Phanquanhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 3.9.2021

Ngày duyệt bài: 10.9.2021