

5. **ESCMID Sore Throat Guideline Group, Pelucchi C, Grigoryan L, et al.** Guideline for the management of acute sore throat. Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis. 2012;18 Suppl 1:1-28.

6. **Luo R, Sickler J, Vahidnia F, Lee YC, Frogner B, Thompson M.** Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis in the United States, 2011-2015. BMC Infect Dis. 2019; 19 (1):193.

NHẬN XÉT PHẪU THUẬT SOI BỤNG TỬ CUNG CAN THIỆP MỘT SỐ TỔN THƯƠNG THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Nguyễn Kim Huệ¹, Lê Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh soi buồng tử cung và can thiệp khi soi buồng tử cung. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 208 bệnh nhân được phẫu thuật soi buồng tử cung điều trị tổn thương tại khoa Phụ sản bệnh viện A Thái Nguyên, từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Tổn thương buồng tử cung trên soi: 88,4% polype, 5,3% dính buồng tử cung, 3,4% quá sản niêm mạc buồng tử cung và 2,9% u xơ dưới niêm mạc. Polype buồng tử cung được xử lý cắt bằng vòng đốt điện chiếm 83,7%, cắt bằng dụng cụ bào chiếm 16,3%. U xơ tử cung dưới niêm mạc được xử trí cắt u chiếm 83,3%, 16,7% không can thiệp. Dính buồng tử cung được xử trí tách dính bằng đèn soi chiếm 27,3%, cắt dính bằng dụng cụ nội soi chiếm 72,3%. **Kết luận:** Các tổn thương thường gặp là polype buồng tử cung, u xơ tử cung dưới niêm mạc, dính buồng tử cung và quá sản niêm mạc tử cung. Trong đó, tổn thương thường gặp nhất là polype buồng tử cung. Các tổn thương này được xử trí bằng dụng cụ nội soi và ít tai biến.

Từ khoá: Nội soi buồng tử cung, Polype buồng tử cung, U xơ tử cung, Dính buồng tử cung.

SUMMARY

COMMENTS OF HYSTEROSCOPY SURGERY IN THE TREATMENT OF SOME FREQUENTLY UTERINE LESIONS AT A THAI NGUYEN HOSPITAL

Objective: Describe hysteroscopy images and some interventions during hysteroscopy. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study of 208 patients undergoing hysteroscopy to treat lesions at the Department of Obstetrics and Gynecology, A Thai Nguyen Hospital, from January 2020 to December 2021. **Result:** Uterine lesions on laparoscopy: 88.4% polyps, 5.3% uterine adhesions, 3.4% uterine mucosal hyperplasia and 2.9% submucosal fibroids. Uterine polyps treated with electrocautery ablation accounted for 83.7%, and accounted for 16.3% with laparoscopic morcellation.

¹Bệnh viện A Thái Nguyên

²Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Huệ

Email: nguyengkimhue92@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2022

Ngày duyệt bài: 11.10.2022

Submucosal fibroids were treated with tumor resection, accounting for 83.3%, 16.7% without intervention. Adhesions of the uterus are treated by laparoscopic removal for 27.3%, and 72.3% of adhesions by laparoscopic instruments. **Conclusion:** Common lesions are uterine polyps, submucosal fibroids, uterine adhesions, and endometrial hyperplasia. Among them, the most common lesion is uterine polyp. These lesions are treated with endoscopic instruments and have few complications.

Key word: Hysteroscopy, Uterine Polyps, Fibroids, Uterine adhesions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều hình thái bệnh lý buồng tử cung (BTC) được nghiên cứu như: Polype nội mạc tử cung (NMTC), U xơ tử cung (TC) dưới nội mạc, quá sản NMTC, ung thư NMTC, dính BTC, vách ngăn TC... Những bệnh lý này gây rong kinh, rong huyết, thiếu máu, vô sinh, sảy thai liên tiếp... ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe người phụ nữ^{1,2}.

Trong khi, việc chẩn đoán bằng siêu âm, X – Quang... và điều trị các tổn thương buồng tử cung bằng các phương pháp phẫu thuật vào ổ bụng còn nhiều hạn chế thì soi BTC kèm sinh thiết trở thành tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và điều trị các bất thường bên trong TC.

Tại Bệnh viện A Thái Nguyên, soi BTC đã được áp dụng như một kỹ thuật ưu tiên sử dụng hàng đầu trong chẩn đoán và xử trí các bệnh lý BTC từ năm 2016 mang lại nhiều hiệu quả điều trị trong lĩnh vực phụ khoa, hỗ trợ sinh sản. Tuy nhiên từ đó đến nay vẫn chưa có một nghiên cứu cụ thể nào về phẫu thuật nội soi BTC. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Phẫu thuật soi buồng tử cung trong điều trị một số tổn thương buồng tử cung thường gặp tại bệnh viện A Thái Nguyên" với mục tiêu: Mô tả hình ảnh soi buồng tử cung và can thiệp khi soi buồng tử cung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những hồ sơ người bệnh được phẫu thuật soi BTC điều trị tổn thương BTC tại bệnh viện A Thái Nguyên từ

1/1/2020 đến 31/12/2021.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:

- Các hồ sơ người bệnh được phẫu thuật soi BTC điều trị tổn thương BTC.
- Hồ sơ bệnh án có đủ thông tin mà nội dung nghiên cứu yêu cầu.

2.5. Phương pháp nghiên cứu:

2.5.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

2.5.2. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

- Thu thập thông tin về người bệnh theo một mẫu bệnh án phụ khoa được thiết kế sẵn từ việc nghiên cứu hồ sơ bệnh án của người bệnh tại khoa Phụ sản bệnh viện A Thái Nguyên

- Các số liệu sau khi thu thập sẽ được mã hóa theo mẫu nhập vào máy tính và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

2.5.4. Các biến số trong nghiên cứu

Hình ảnh buồng tử cung qua soi buồng tử cung
 + Niêm mạc buồng tử cung: Bình thường, quá sản niêm mạc.

+ Polype buồng tử cung: số lượng, kích thước
 + U xơ tử cung dưới nội mạc: loại u xơ: L0, L1, L2 (theo phân loại Figo)

+ Dính buồng tử cung: dính một phần, dính toàn bộ

Một số can thiệp phẫu thuật soi buồng tử cung
 + Xử trí Polype buồng tử cung: cắt polype bằng vòng đốt điện, cắt polype bằng dụng cụ bào.

+ Xử trí u xơ tử cung dưới nội mạc: Cắt u xơ: một phần, toàn bộ.

+ Xử trí cắt dài dính: tách dính bằng đèn soi, cắt dính bằng dụng cụ nội soi.

+ Quá sản niêm mạc BTC: Nạo buồng tử cung, cắt niêm mạc bằng dụng cụ bào.

+ Giải phẫu bệnh tổn thương: Tế bào lành tính hoặc ác tính. Loại Polype, u xơ, quá sản niêm mạc BTC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hình ảnh buồng tử cung khi soi buồng

Bảng 1. Hình ảnh buồng tử cung

Hình ảnh buồng tử cung	n	Tỷ lệ
Dính BTC	11	5,3
Vách ngăn	0	0
Polyp BTC	184	88,4
U xơ tử cung dưới niêm mạc	6	2,9
Quá sản niêm mạc	7	3,4
Tổng số	208	100

Nhận xét: Có 88,4% có polype BTC chiếm tỷ lệ cao nhất

3.2. Một số can thiệp phẫu thuật soi buồng tử cung

*** Xử trí polype buồng tử cung**

Bảng 2. Phương pháp xử trí Polype buồng tử cung

Phương pháp xử trí Polype trong soi BTC	N	%
Cắt polype bằng dụng cụ bào	30	16,3
Cắt Polype bằng vòng đốt điện	154	83,7
Tổng số	184	100

Nhận xét: Phương pháp xử trí polype hay gặp nhất là cắt polype bằng vòng đốt điện chiếm 83,7%.

***Xử trí u xơ tử cung dưới niêm mạc.**

Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 6 trường hợp U xơ tử cung dưới niêm mạc. Trong đó 2 trường hợp u xơ tử cung phân loại L0 được cắt toàn bộ qua nội soi buồng tử cung. Có 3 trường hợp phân loại L2, trong đó 2 trường hợp được cắt một phần u xơ, 1 trường hợp được cắt toàn bộ. 1 trường hợp u xơ tử cung phân loại L2 không được can thiệp.

***Xử trí dính BTC.** Chúng tôi xác định được

11 trường hợp dính buồng tử cung, trong đó có 9 trường hợp dính buồng tử cung một phần, 2 trường hợp dính buồng tử cung toàn bộ.

Có 3 trường hợp dính một phần được tách dính bằng đèn soi và 8 trường hợp còn lại được cắt dính bằng dụng cụ nội soi.

***Xử trí quá sản niêm mạc BTC.** Có 7 trường hợp quá sản niêm mạc BTC được xử trí cắt bằng dụng cụ bào.

3.3. Kết quả giải phẫu bệnh

Bảng 3: Kết quả giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	n	%
Không làm giải phẫu bệnh	12	5,8
Ung thư NMTC	0	0
Polype	182	87,5
U xơ	5	2,4
Quá sản nội mạc + Polype	5	2,4
Quá sản nội mạc	4	1,9
Tổng số	208	100

Nhận xét: Kết quả giải phẫu bệnh lý có 87,5% số bệnh nhân có polype buồng tử cung. Số trường hợp không làm giải phẫu bệnh là 5,8%.

3.4. Tai biến trong phẫu thuật soi buồng tử cung

Bảng 4: Tình hình tai biến trong phẫu thuật soi buồng tử cung

Tai biến	n	%
Tai biến gây mê	0	0
Tai biến do dịch	0	0
Thủng TC	2	1
Băng huyết	0	0
Bỏng	0	0
Rách cổ TC	0	0

Không tai biến	206	99
Tổng số	208	100

Nhận xét: Có 2 trường hợp tai biến tử cung trong phẫu thuật nội soi buồng tử cung, chiếm 1%. Tỷ lệ không tai biến chiếm 99%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hình ảnh buồng tử cung khi soi. Theo bảng 1, trong 208 trường hợp có tổn thương tử cung khi soi có 184 trường hợp polype buồng tử cung (88,4%), 11 trường hợp dính buồng tử cung (5,3%), u xơ dưới niêm mạc 6 trường hợp (2,9%), quá sản niêm mạc chiếm 3,4%.

Ở nghiên cứu của Nguyễn Minh Thuyết (2013) trong số 122 trường hợp có tổn thương buồng tử cung có 85(69,7%) dính buồng tử cung, 20(16,4%) số bệnh nhân polyp buồng tử cung, vách ngăn có 9 (7,4%) số bệnh nhân, UXTC có 3 trường hợp chiếm 2,4%, còn lại là tổn thương khác⁵.

Sự khác biệt về tỷ lệ các loại tổn thương buồng tử cung giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu nêu trên được cho là do sự khác biệt về quần thể nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, đối tượng nghiên cứu đa phần đến khám và điều trị với lý do mong con. Các tổn thương thực thể tại buồng tử cung dễ được phát hiện và được đề xuất điều trị trong quá trình hỗ trợ sinh sản cho bệnh nhân là polype buồng tử cung, dính buồng tử cung, tổn thương u xơ dưới niêm mạc và quá sản niêm mạc chiếm tỷ lệ nhỏ hơn.

4.2. Hình ảnh polype và xử trí trong soi BTC. Nghiên cứu này xác định tỷ lệ đơn polype chiếm 71,1%, đa polype chiếm 28,9%, phần lớn polype buồng tử cung được phát hiện với kích thước nhỏ (<10mm) (chiếm 57,7%), polype có kích thước lớn >20mm được chẩn đoán chỉ chiếm 4,2%. Như vậy phần lớn polype được phát hiện với số lượng ít và kích thước nhỏ, điều này chứng minh rằng, với sự phát triển của các phương pháp chẩn đoán, tổn thương polype được phát hiện sớm hơn.

Theo bảng 2, có 184 trường hợp soi buồng tử cung được chẩn đoán là polype buồng tử cung, có 30 trường hợp được cắt bằng dụng cụ bào chiếm 16,3%, xử lý cắt polype bằng vòng đốt điện là 154 (83,7%). Trong đó, 100% các trường hợp polype có kích thước < 10mm đều được xử trí bằng phương pháp cắt polype bằng dụng cụ nội soi. Các trường hợp polype được xử trí bằng dụng cụ bào đều là các trường hợp polype có kích thước lớn > 20mm, trong đó có 14 trường hợp là đa polype. Điều này cho thấy, kích thước của polype cũng có ảnh hưởng nhất định tới phương pháp xử trí của phẫu thuật viên.

Như vậy, hiện nay tại Bệnh viện A Thái Nguyên có 2 phương pháp xử lý polype trong soi BTC là cắt polype bằng vòng đốt điện và cắt polype bằng dụng cụ bào.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Thuyết (2013), có 55% bệnh nhân có polype được nạo bằng thìa, 45% được cắt bằng dụng cụ⁵. Có sự chênh lệch này theo chúng tôi là do hiện nay các phẫu thuật viên đã thấy được lợi ích khi dùng dụng cụ nội soi cắt polype là vừa có thể quan sát được buồng tử cung, quan sát được toàn bộ thao tác cũng như lấy được hết tổn thương, hạn chế sự tái phát. Tại bệnh viện A Thái Nguyên áp dụng hệ thống bơm nước tự động vào BTC giúp phẫu thuật viên duy trì việc quan sát tổn thương trong quá trình cắt polype tốt hơn. Theo Barbot và cộng sự lợi ích của soi buồng tử cung chẩn đoán và xử trí polype là chẩn đoán đại thể chính xác đảm bảo lấy được polype ở mức độ tối đa để xét nghiệm mô bệnh học đảm bảo không bỏ sót ung thư niêm mạc hay polype thoái hóa⁶.

4.3. Tổn thương u xơ tử cung dưới niêm mạc và phương pháp xử trí. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 6 trường hợp có u xơ tử cung dưới niêm mạc (chiếm 2,9%), có 3 trường hợp (chiếm 50%) được phân loại L1, 2 trường hợp (chiếm 33,3%) được phân loại L0 và 1 trường hợp được phân loại L2. Các trường hợp L0 đều được cắt bỏ toàn bộ khối u. Các trường hợp L1 tùy thuộc vào vị trí, kích thước mà được cắt một phần hay hoàn toàn. Trường hợp L2 là trường hợp duy nhất không được can thiệp vì khối u có kích thước lớn chân khối u rộng, tiên lượng khó cắt và nguy cơ chảy máu cao, bệnh nhân được chuyển phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung.

Chúng tôi nhận thấy, soi BTC rất có ý nghĩa trong chẩn đoán và xử trí u xơ tử cung dưới niêm mạc vì nó xác định được: kích thước, vị trí khối u; sự phân bố mạch máu của niêm mạc bao phủ do các mạch máu lớn thường đổ vào bề mặt; ngoài ra còn phát hiện các tổn thương phối hợp. Việc cắt bỏ khối u dưới niêm mạc bằng dụng cụ chuyên dụng, có thể kết hợp đốt điện cầm máu vết cắt nếu khối u lớn và nguy cơ chảy máu nhiều.

Do đặc điểm u xơ tử cung dưới niêm mạc khá điển hình, khi quan sát trực tiếp dưới soi BTC, chúng ta có thể đánh giá đại thể về mô bệnh học để chẩn đoán xác định tổn thương. Đặc biệt soi BTC có giá trị rất lớn trong những trường hợp u nhỏ, lâm sàng không phát hiện được nhưng lại gây chảy máu nên chống chỉ định chụp X - quang BTC thì soi BTC cho phép chẩn đoán khá chính xác.

4.4. Tổn thương dính buồng tử cung và phương pháp xử trí. Dính buồng tử cung hình thành do hậu quả chấn thương trong lòng tử cung. Mức độ dính có thể từ nhẹ nhất chỉ là các vết dính nhỏ nằm rải rác trong lòng tử cung cho tới nghiêm trọng nhất là việc xóa sổ hoàn toàn buồng tử cung, hai thành tử cung dính chặt vào nhau.

Nguyên nhân phổ biến nhất của dính buồng tử cung là do niêm mạc tử cung bị tổn thương bắt nguồn từ một thủ thuật, phẫu thuật liên quan đến BTC¹.

Bệnh nhân dính buồng tử cung thường đến khám vì vô sinh, vô kinh, sảy thai nhiều lần, thống kinh, đôi khi phát hiện tình cờ khi chụp X - quang buồng tử cung, siêu âm phụ khoa hoặc soi buồng tử cung.

Soi buồng tử cung có giá trị trong việc chẩn đoán dính buồng tử cung, hình ảnh trên soi buồng tử cung là các dải, các cột, trong trường hợp dính nhiều là mảng nổi hai mặt buồng tử cung lại với nhau. Soi buồng tử cung còn cho phép điều trị dính buồng tử cung bằng cách tách dính bằng đèn soi hoặc sử dụng dụng cụ cắt dính chuyên biệt. Valles Rafael cho rằng chụp X - quang buồng tử cung là phương pháp gián tiếp đánh giá dính buồng tử cung vì có dương tính giả, còn soi buồng tử cung có thể quan sát trực tiếp, từ đó chẩn đoán đại thể dính buồng tử cung từ mức độ đến vị trí, ranh giới giúp việc điều trị tách dính, cắt dính qua soi buồng tử cung⁷.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11 trường hợp dính buồng tử cung (trên phim chụp là 5), trong đó có 9 trường hợp dính một phần và 2 trường hợp dính toàn bộ. 3 trường hợp dính một phần được tách dính bằng đèn soi, 8 trường hợp được cắt dính bằng dụng cụ. Sau cắt dính có 9 trường hợp có thể quan sát toàn bộ buồng tử cung và thấy rõ 2 lỗ vòi tử cung. Có 2 trường hợp dính toàn phần chỉ được cắt dính một phần do tính chất dính nhiều, không quan sát đủ 2 lỗ vòi tử cung sau cắt.

Sự đánh giá các tổn thương dính buồng tử cung qua soi buồng tử cung không cần mô bệnh học mà chỉ bằng quan sát trực tiếp vị trí dính trên soi buồng tử cung. Khi cắt dính có thể đánh giá thành phần dính là niêm mạc tử cung, xơ cơ hay mô liên kết.

Các trường hợp dính bờ bên đặc biệt khi lan rộng và đã dính lâu rất khó cắt, phải hết sức thận trọng vì dễ thủng TC. Trong trường hợp đó phải phối hợp với soi ổ bụng để dựa vào ánh sáng mờ của đèn soi BTC qua các thành TC để đề phòng thủng TC.

4.5. Kết quả giải phẫu bệnh tổn thương.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, có đến 80,9% các trường hợp đến khám vì vô sinh, đa phần kết hợp với ra máu âm đạo bất thường, nên việc phát hiện bệnh lý polype BTC chiếm đa số là phù hợp.

Trong những năm gần đây, soi BTC kết hợp sinh thiết niêm mạc tử cung được đánh giá là phương pháp tối ưu để chẩn đoán những ra máu bất thường. Hơn nữa tất cả các nghiên cứu đều nhấn mạnh lợi thế của soi BTC kết hợp sinh thiết niêm mạc tử cung thay thế cho nạo mù BTC.

Soi BTC là phương pháp thị giác sử dụng để xác định vị trí tổn thương, đặc điểm của tổn thương. Đây là chẩn đoán đại thể được chấp nhận trong một số trường hợp như dính BTC, vách ngăn BTC; tuy nhiên trong một số trường hợp vẫn phải phối hợp với chẩn đoán của mô bệnh học. Vì vậy hai kỹ thuật này bổ sung cho nhau giúp thầy thuốc có đủ thông tin để chẩn đoán xác định.

4.6. Tai biến trong phẫu thuật soi buồng tử cung. Trong nghiên cứu này chúng tôi xác định có 2 trường hợp thủng TC chiếm 1,0%, gồm 1 trường hợp là thủng khi soi BTC cắt dính trong điều trị vô sinh và 1 trường hợp thủng vị trí eo tử cung khi đưa đèn soi qua cổ tử cung với tử cung treo dính trong tình trạng mổ cũ; hiện nay khi soi BTC trong điều trị vô sinh tại Bệnh viện A Thái Nguyên đều kết hợp soi ổ bụng, vì vậy các tai biến này được phát hiện ngay trong thời gian diễn ra cuộc phẫu thuật và được xử trí khâu lỗ thủng cùng thời gian, bệnh nhân hậu phẫu tốt.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương BTC trên soi: 88,4% polype, 5,3% dính buồng tử cung, 3,4% quá sản niêm mạc BTC và 2,9% u xơ dưới niêm mạc

Polyp BTC được xử lý cắt bằng vòng đốt điện chiếm 83,7%, cắt bằng dụng cụ bào chiếm 16,3%. U xơ tử cung dưới niêm mạc được xử trí cắt u chiếm 83,3%, 16,7% không can thiệp. 100% trường hợp quá sản nội mạc tử cung được xử trí cắt bằng dụng cụ bào. Dính BTC được xử trí tách dính bằng đèn soi chiếm 27,3%, cắt dính bằng dụng cụ nội soi chiếm 72,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đặng Thị Minh Nguyệt (2009).** Soi Buồng Tử Cung và Các Bệnh Lý Buồng Tử Cung. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội;
- Đặng Thị Hồng Thiện (2008).** Tình Hình Soi Buồng Tử Cung ở Các Bệnh Nhân vô Sinh Tại BVPSTW Năm 2008. Luận văn tốt nghiệp CK II. Trường đại học Y Hà Nội.
- Sarvi F, Alleyassin A, Aghahosseini M, Ghasemi M, Gity S, Turk J. 2016,** "Hysteroscopy: A

necessary method for detecting uterine pathologies in post-menopausal women with abnormal uterine bleeding or increased endometrial thickness", *Obstet Gynecol*, pp 183-188.

4. **Nguyễn Đức Hình NQT, Nguyễn Thùy Nhung (2018)**. Phẫu thuật nội soi trong sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học.
5. **Nguyễn Minh Thuyết (2013)**, "Nghiên cứu kết quả của soi buồng tử cung trong chẩn đoán và xử trí một số tổn thương tại buồng tử cung trong điều trị vô

sinh", Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học.

6. **Barbot J. DJB, Parent**. Hystérocopie. In: EMC 72 A10; 1994:1-16.
7. **Valle. Rafael F (1996)**, "Lysis of intrauterine adhesions (Asherman's syndrome)", *Endoscopic surgery for gynaecologist*, p 338-344.
8. **Hassa H., Tekin B., Senses T., et al (2006)**. Are the site, diameter, and number of endometrial polyps related with symptomatology? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 194(3), 718-721.

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG TRONG 30 NGÀY CỦA CHỈ SỐ ALBUMIN – BILIRUBIN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ DO TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

Nguyễn Quang Hải¹, Nguyễn Công Long²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát giá trị tiên lượng trong 30 ngày của chỉ số ALBI so với thang điểm MELD và Child-Pugh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 171 bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hoá do tăng áp lực tĩnh mạch cửa nhập viện điều trị tại Trung tâm Tiêu hoá và gan mật – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2021 đến hết tháng 06/2022. Đánh giá ALBI, MELD và Child-Pugh trong vòng 24 giờ đầu và theo dõi xuất huyết tái phát và tử vong trong 30 ngày sau nhập viện. **Kết quả:** Diện tích dưới đường cong (AUC) để tiên lượng tái xuất huyết trong 30 ngày của chỉ số ALBI, MELD và Child-Pugh lần lượt là 0,769; 0,696 và 0,718. Giá trị cut-off của ALBI, MELD, và Child-Pugh trong tiên lượng tái xuất huyết trong 30 ngày lần lượt là -1,495; 14,5 và 7,5. Đối với tiên lượng tử vong, AUC của ALBI, MELD và Child-Pugh lần lượt là 0,925; 0,882 và 0,915. Giá trị cut-off của ALBI, MELD, và Child-Pugh trong tiên lượng tử vong trong 30 ngày lần lượt là -0,97; 18,5 và 10,5. **Kết luận:** Chỉ số ALBI có hữu ích trong việc đánh giá kết quả ngắn hạn của bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hoá do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, với hiệu suất tốt hơn so với thang điểm MELD và Child-Pugh

Từ khoá: ALBI, MELD, Child-Pugh, xuất huyết tiêu hoá, tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

SUMMARY

30-DAY PROGNOSTIC VALUE OF ALBUMIN-BILIRUBIN INDEX IN CIRRHOSIS PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO PORTAL HYPERTENSION

Objective: Survey of the 30 day prognostic value of the ALBI index with MELD and Child-Pugh scales.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Hải

Email: nguyenguanghai89@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.9.2022

Ngày duyệt bài: 7.10.2022

Materials and Methods: 171 patients with cirrhosis with gastrointestinal bleeding due to increased venous pressure are admitted for treatment at the Center for Gastroenterology and Hepatology – Bach Mai Hospital from 11/2021 to the end 06/2022. Evaluate ALBI, MELD and Child-Pugh within the 24 hours and monitor recurrent hemorrhage and death for 30 days following hospitalization. **Results:** The area below the curve (AUC) for the 30-day prognosis of ALBI, MELD and Child-Pugh indexes was 0,769; 0,696 and 0,718 respectively. The cut-off values of ALBI, MELD and Child-Pugh in the 30-day re-hemorrhage prognosis were -1,495, respectively; 14,5 and 7,5. For the prognosis of death the AUC of ALBI, MELD and Child-Pugh was 0,925; 0,882 and 0,915, respectively. The cut-off values of ALBI, MELD and Child-Pugh in the 30-day prognosis of death were -0,97, respectively; 18,5 and 10,5. **Conclusion:** The ALBI index is useful in evaluating short-term outcomes of cirrhosis patients with gastrointestinal bleeding due to portal hypertension, with better performance than MELD and Child-Pugh scales.

Keywords: ALBI, MELD, gastrointestinal bleeding, portal hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh lý mạn tính thường gặp, là một trong những nguyên nhân lớn gây tử vong. Ở Việt Nam tỉ lệ tử vong tại bệnh viện ước tính khoảng 27,7%¹. Xuất huyết tiêu hoá (XHTH) do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTM) là một biến chứng thường gặp của xơ gan. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị giúp cải thiện đáng kể tiên lượng của biến chứng này nhưng tỷ lệ tử vong 6 tuần đầu khoảng 15 – 20%². Vì thế việc xây dựng một công cụ đơn giản, khách quan, dễ áp dụng nhằm đánh giá, phân tầng sớm bệnh nhân xơ gan có XHTH do TALTM là cần thiết. MELD và Child-Pugh là 2 thang điểm được sử dụng phổ biến trong đánh giá rối loạn chức năng gan; gần đây, chỉ số Albumin –