

ngay, loại vaccin Covid – 19 với biến cố xảy ra trên con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <https://covid19.who.int/>

2. **Ishan Garg, Rahul Shekhar (2021)**, COVID-19 Vaccine in Pregnant and Lactating Women: A Review of Existing Evidence and Practice Guidelines, *Infect. Dis. Rep.* 2021, 13

3. **Bộ Y tế (8/2021)**, Quyết định về việc hướng dẫn tạm thời khám sàng lọc trước tiêm chủng vaccin phòng Covid – 19, Quyết định số 3802/QĐ-BYT ngày 10/8/2021

4. **Pregnancy**, breastfeeding and the coronavirus vaccine. NHS inform. Last updated: 28 July 2021.

5. **Bộ Y tế (10/9/2020)**, Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn tạm thời khám sàng lọc trước tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG – CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN U TRUNG THẤT ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT LỖ

Ngô Gia Khánh¹, Nguyễn Hữu Ước², Trần Trọng Kiêm³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi một lỗ đã được áp dụng trong điều trị nhiều bệnh lý lồng ngực khác nhau từ đơn giản đến phức tạp, trong đó có U trung thất. Với mỗi kỹ thuật sẽ phù hợp với những đối tượng bệnh nhân nhất định. **Mục tiêu:** của báo cáo này là đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân có u trung thất được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ. **Đối tượng:** Bao gồm 65 bệnh nhân u trung thất được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ (trong đó có 59 ca thực hiện thành công) tại Khoa phẫu thuật lồng ngực Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả. **Kết quả:** 22% không có triệu chứng lâm sàng, triệu chứng hay gặp nhất là đau ngực 45,8%. 28,8% không phát hiện được trên Xquang ngực, dấu hiệu bóng mờ hay gặp nhất 35,6%. Kích thước U trung bình là $5,1 \pm 2,1$ cm chủ yếu là nhóm u kích thước vừa và lớn. U có cấu trúc đặc ở trung thất trước là loại hay gặp nhất. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi một lỗ có thể thực hiện thành công với các loại u có cấu trúc khác nhau, ở các vị trí khác nhau, có thể thực hiện kể cả với những khối u lớn (lớn nhất 12,5cm).

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MEDIASTINAL TUMOR TREATED BY SINGLE-PORT VIDEO ASSISTED THORACIC SURGERY

Background: Single-port VATS has been applied in the treatment of many different thoracic diseases from simple to complex, including mediastinal tumor. For a technique will be suitable for selective patients.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Việt Đức, Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện 108

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Gia Khánh

Email: drgiakhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.12.2021

Ngày duyệt bài: 10.01.2022

Objective: this report is to evaluate the clinical and paraclinical characteristics of patients with mediastinal tumor treated by single-port VATS. **Subjects:** Including 65 mediastinal tumor patients who were treated by single-port VATS (of which 59 were successfully performed) at the Department of Thoracic Surgery of Bach Mai Hospital from January, 2017 to December, 2020. **Methods:** Descriptive prospective study. **Results:** 22% asymptomatic, the most common symptom was chest pain 45.8%. 28.8% could not be detected on chest X-ray, the most common shadow sign was 35.6%. The average tumor size is 5.1 ± 2.1 cm, mainly in the group of medium and large tumors. Tumor with solid in the anterior mediastinum is the most common type. **Conclusion:** Single-port can be successfully performed with different types of tumors and different locations, even with large tumors (the largest 12.5cm).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U trung thất là khái niệm để chỉ các khối u nguyên phát từ các cơ quan trong trung thất. Đây là một tổn thương rất phong phú, theo thống kê có khoảng 2400 loại khác nhau được báo cáo. Hầu hết các khối u trong trung thất đều có chỉ định can thiệp phẫu thuật. Trước đây, phẫu thuật mở xương ức hoặc mở ngực vẫn được coi là kỹ thuật tiêu chuẩn. Từ những năm 1990, phẫu thuật nội soi đã dần dần được mở rộng chỉ định trong điều trị các bệnh lý lồng ngực trong đó có u trung thất. Nhiều báo cáo đã chỉ ra những ưu điểm của phương pháp tiếp cận nội soi như: giảm đau sau mổ, ít ảnh hưởng đến chức năng phổi, hồi phục nhanh sau mổ, ra viện sớm, hạn chế nhiễm trùng vết mổ, hiệu quả cao về mặt thẩm mỹ. Trong kỹ thuật này, phẫu thuật viên sử dụng với 3 hoặc 4 đường rạch da để đưa ống kính nội soi và dụng cụ vào để thao tác.

Năm 2004, phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ lần đầu tiên được báo cáo bởi Rooco. Điểm khác biệt trong cách tiếp cận một lỗ so với nhiều lỗ truyền thống là phẫu thuật viên chỉ sử dụng

một đường rạch duy nhất (2 – 2,5 cm) để thao tác. Đến nay, phẫu thuật nội soi một lỗ đã được áp dụng trong điều trị nhiều bệnh lý lồng ngực khác nhau từ đơn giản đến phức tạp, tuy nhiên việc phổ biến kỹ thuật này thành thường quy vẫn đang là một vấn đề gây nhiều tranh cãi.

Điều quan trọng nhất quyết định thành công của kỹ thuật mới là lựa chọn được đối tượng phù hợp để thực hiện kỹ thuật đó. Mục tiêu của báo cáo này là đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân có u trung được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ.

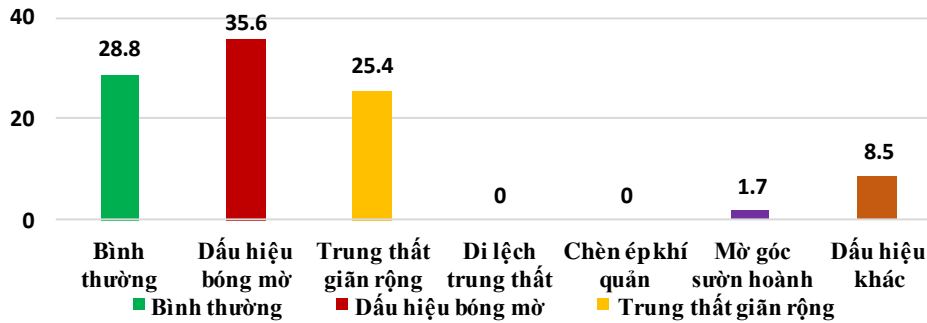
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bao gồm 65 bệnh nhân u trung thất được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ (trong đó có 59 ca thực hiện thành công) tại Khoa phẫu thuật lồng ngực Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2020

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung:



Biểu đồ 3.3: Phân bố đối tượng theo dấu hiệu trên Xquang ngực

2.4. Một số đặc điểm tổn thương trên Cắt lớp vi tính:

❖ **Kích thước u:** Nhỏ nhất: 1 cm, Lớn nhất 12,5 cm

Trung bình: 5,1 ± 2,1 cm

Bảng 3.1: Phân loại U theo kích thước

Kích thước	Phân loại	N	%
U ≤ 3cm	Nhỏ	7	11,9
3 cm < U ≤ 6 cm	Vừa	33	55,9
U > 6cm	Lớn	19	32,2
Tổng		59	100

❖ **Vị trí và cấu trúc:**

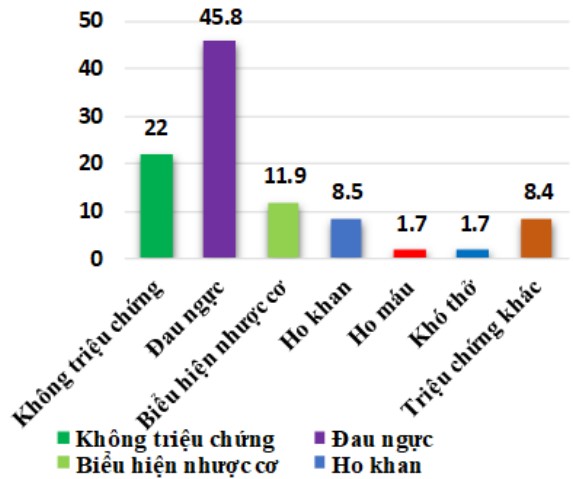
Bảng 3.2: Phân loại đối tượng theo vị trí và cấu trúc u

	Dạng nang	U đặc	U hỗn hợp	Tổng
Trung thất trước	9	30	7	46

+ Tuổi: Trung bình: 50,03 ± 13,59 tuổi, nhỏ nhất: 15 tuổi, lớn nhất: 73 tuổi

+ Giới tính: Nam: 19; Nữ: 40 Tỷ số Nam/Nữ: 19/40 = 0,475

3.2 Triệu chứng lâm sàng:



Biểu đồ 3.2: Phân bố đối tượng theo biểu hiện lâm sàng

2.3 Biểu hiện trên Xquang ngực:

Trung thất giữa	6	0	0	6
Trung thất sau	3	4	0	8
Tổng	18	34	7	59

IV. BÀN LUẬN

Trong số 65 trường hợp u trung thất được lựa chọn để tiến hành phẫu thuật nội soi một lỗ, có 59 trường hợp thực hiện thành công chiếm 90,7%. Có 6 trường hợp phải chuyển phương pháp phẫu thuật (thêm đường rạch da hoặc chuyển nội soi hỗ trợ).

3.1 Triệu chứng lâm sàng. Những bệnh nhân được chọn để phẫu thuật nội soi một lỗ đều ở giai đoạn sớm chưa xâm lấn các cấu trúc xung quanh nên trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân không triệu chứng khá cao 22%. Trong số có triệu chứng, hay gặp nhất

là đau ngực 45,8%. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng cao hơn trong các nghiên cứu với phẫu thuật mổ mở, nghiên cứu của Aroor 94,3% [1] bệnh nhân có triệu chứng, nghiên cứu được thực hiện bởi Singh (94,7%) [2]

3.2 Dấu hiệu trên X quang ngực: Trong 59 trường hợp phẫu thuật thành công với phẫu thuật nội soi một lỗ có 48 trường hợp phát hiện được u trung thất trên Xquang chiếm 71,2%, bên cạnh đó cũng có đến 28,8% không có dấu hiệu bất thường trên phim Xquang ngực. Dấu hiệu thường gặp nhất là dấu hiệu bóng mờ (Silhouette Sign) chiếm 35,6%. Như vậy có thể thấy rằng, độ nhạy của Xquang ngực khá thấp nhất là khi chẩn đoán các khối u nhỏ.

Trong y văn thì có đến 25% các khối u tuyến ức không được nhận biết trên các phim chụp X quang ngực thường quy. Hơn nữa trên X quang không thể đánh giá được mối tương quan của khối u với các thành phần xung quanh một cách chính xác. Leonid Roshkovan cho rằng độ nhạy của Xquang trong chẩn đoán các khối u trung thất là thấp để bỏ sót những tổn thương nhỏ và u ở trung thất sau (độ nhạy khoảng 6%). Một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ phát hiện u trên Xquang cao hơn khi nghiên cứu ở đối tượng bệnh nhân có khối u lớn hơn: Aroor đến 94,28% có bất thường trên Xquang ngực trong đó dấu hiệu hay gặp nhất là trung thất rộng chiếm 77,14% các dấu hiệu khác 17,14% và chỉ có 2 trường hợp là Xquang bình thường (5,71%) [1].

3.3 Dấu hiệu trên cắt lớp vi tính:

Vị trí: Trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi gặp tỷ lệ u trung thất trước nhiều nhất 46/59 trường hợp, sau đó là u trung thất sau và trung thất giữa. Kết quả này của chúng tôi củng cố thêm nhận định trong y văn và nhiều nghiên cứu cho thấy u trung thất trước chiếm tỷ lệ lớn nhất trong u trung thất nói chung. Đồng thời cho thấy về vị trí u phẫu thuật nội soi một lỗ không có sự khác biệt với các nghiên cứu khác tiến hành bằng phẫu thuật nội soi kinh điển đã báo cáo. Nghiên cứu của tác giả Mai Văn Viện: u trung thất trước trên 38/51 chiếm 74,5 [3]. Mohammad Vaziri: trung thất phía trước là vị trí phổ biến nhất (65%) tiếp theo là khoang cạnh sống (trung thất sau) (21%) và khoang nội tạng (trung thất giữa) (14%) [4]

Như vậy, khả năng tiếp cận của phẫu thuật nội soi một lỗ tương tự như phẫu thuật nội soi kinh điển, tuy nhiên cũng có một số hạn chế: Một số báo cáo cho rằng PTNS một lỗ không thích hợp cho các khối u nằm ở góc sườn hoành và khối u ở đỉnh lồng ngực. JW Chung chỉ định

phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ cắt tuyến ức cho các khối u dưới tĩnh mạch vô danh, ông thấy rằng qua nội soi khó quan sát đối với khối u nằm trên tĩnh mạch vô danh, nên nếu thực hiện bằng phương pháp này khó khăn và nguy hiểm [5]

Cấu trúc u: Trong 59 trường hợp u dạng đặc nhiều nhất chiếm 34/59 (57,6%), u dạng nang chiếm 30,8% và u hỗn hợp chiếm 11,8%. Sự phân bố các loại u khác nhau theo vị trí, theo đó u dạng đặc hay gặp ở trung thất trước chiếm 88,2%, 6/6 trường hợp u trung thất giữa đều là u dạng nang, u có cấu trúc hỗn hợp (9 trường hợp) chỉ gặp ở trung thất trước. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy khả năng thích ứng của kỹ thuật khi thực hiện với các khối u có cấu trúc khác nhau. Ching-Feng Wu phẫu thuật cho 29 trường hợp u trung thất đa dạng về cấu trúc và nguồn gốc [6].

Todd L. Demmy cho rằng những trường hợp u dạng nang thành mỏng hoặc các khối u đặc kích thước nhỏ nằm ở trung thất sau, có tính chất lành tính trên phim CLVT là những lựa chọn thích hợp cho PTNS. Hee Suk Jung, nghiên cứu 113 trường hợp u nang phế quản khẳng định PTNS là lựa chọn đầu tiên cho điều trị bệnh lý này và cho rằng vị trí và kích thước của nang không phải là vấn đề quan trọng khi chỉ định phẫu thuật. Dario Amore cũng cho rằng PTNS một lỗ là lựa chọn tốt nhất cho phẫu thuật điều trị bệnh lý nang màng ngoài tim.

Kích thước u: Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước u trung bình là $5,1 \pm 2,1$ cm, nhỏ nhất 1 cm, lớn nhất là 12,5 cm, trong đó chủ yếu là kích thước vừa (3 đến 6 cm) 33/59 (55,9%) và lớn (lớn hơn 6 cm) 19/59 (32,2%)

Điểm lại y văn, với PTNS 3 lỗ kinh điển: Todd L. Demmy báo cáo 48 trường hợp phẫu thuật nội soi u trung thất, kích thước trung bình trong nhóm nghiên cứu là $5,2 \pm 3,3$ cm [7]. Trong nghiên cứu của tác giả Trần Trọng Kiểm, PTNS với u có kích thước trung bình $4,22 \pm 0,24$ cm [8].

Với PTNSLN một lỗ: Nghiên cứu của Majed Refai kích thước u trung bình 5,1 cm (1,6 - 14 cm) [9]. Ching-Feng Wu kích thước u PTNS một lỗ là $4,08 \pm 2,05$ [6]

Kinh nghiệm của Ching-Feng Wu cho rằng khó khăn khi áp dụng PTNS một lỗ đối với khối u trung thất có đường kính lớn hơn 5,0 cm, hoặc cần phải cắt bỏ tuyến ức mở rộng. Điều này là do khối u lớn sẽ cản trở tầm nhìn của phẫu thuật viên và việc dùng dụng cụ để kiểm soát khối u khó khăn hơn đôi khi điều này dẫn đến các biến chứng như tổn thương mạch máu, thần kinh.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân u trung thất được thực hiện phẫu thuật nội soi một lỗ có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, 22% không có triệu chứng. 28,8% không phát hiện được trên Xquang ngực. Phẫu thuật có thể thực hiện thành công với các loại u có cấu trúc khác nhau, ở các vị trí khác nhau. Kích thước u trung bình 5,1 ± 2,1 cm, lớn nhất 12,5 cm (u dạng nang).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aroor A.R., Prakasha S. R., Seshadri S., et al. (2014).** A Study of Clinical Characteristics of Mediastinal Mass. J Clin Diagn Res JCDR, **8(2)**, 77–80.
2. **Singh G., Amin Z., Wuryantoro null, et al. (2013).** Profile and factors associated with mortality in mediastinal mass during hospitalization at Cipto Mangunkusumo Hospital, Jakarta. Acta Medica Indones, **45(1)**, 3–10.
3. **Mai Văn Viện (2010).** Ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u trung thất tại bệnh viện 103. Y học TP Hồ Chí Minh. (**14(4)**), 529-535.

4. **Mohammad Vaziri, Abdolreza Pazooki , and Leila Zahedi-Shoolami³ (2009).** Mediastinal Masses: Review of 105 Cases. Acta Med Iran, (**47(4)**), 297-300.
5. **JW Chung, HR Kim, DK Kim, MS Chun, YH Kim, S-I Park, S-R Kim, DH Lee (2012).** Long-term Results of Thoracoscopic Thymectomy for Thymoma without Myasthenia Gravis. J Int Med Res, (**40**), 1973–1981.
6. **Wu C.-F., Diego G.-R., Wen C.-T., et al. (2015).** Single-port video-assisted thoracoscopic mediastinal tumour resection. Interact Cardiovasc Thorac Surg, **21(5)**, 644–649.
7. **Demmy T.L., Krasna M.J., Detterbeck F.C., et al. (1998).** Multicenter VATS experience with mediastinal tumors. Ann Thorac Surg, **66(1)**, 187–192.
8. **Trần Trọng Kiểm (2017).** Đánh giá kết quả cắt u trung thất bằng phương pháp nội soi. Tạp Chí Dược Lâm Sàng 108, (**12**), 89–96.
9. **Refai M., Gonzalez-Rivas D., Guiducci G.M., et al. (2020).** Uniportal video-assisted thoracoscopic thymectomy: the glove-port with carbon dioxide insufflation. Gland Surg, **9(4)**, 879–885.

THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP RỐI LOẠN GIỌNG NÓI Ở NỮ GIÁO VIÊN TIỂU HỌC THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Lê Anh Tuấn¹, Lương Thị Minh Hương², Phạm Tiến Dũng¹, Nguyễn Thành Quân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng rối loạn giọng nói (RLGN) và hiệu quả can thiệp cải thiện RLGN ở 476 nữ giáo viên tiểu học (GVTH) huyện Gia Lâm, TP. Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng. **Kết quả:** 87,82% GVTH ở huyện Gia Lâm có tỷ lệ RLGN cao, trong đó RLGN chức năng chiếm 78,71%, các RLGN thực thể chiếm 21,29%. Nghiên cứu can thiệp vệ sinh giọng nói, luyện giọng và điều trị bệnh lý tai mũi họng (TMH) và bệnh trào ngược họng thanh quản (LPR) có hiệu quả tốt đối với RLGN, làm giảm tỷ lệ mắc và mức độ của RLGN. Can thiệp cũng làm cải thiện các triệu chứng của các bệnh lý kèm theo, cụ thể với LPR trước can thiệp có 46,3%, ở lần khám thứ 2 còn 13,4%. Bệnh lý TMH kèm theo trước can thiệp là 28,7% giáo viên, ở lần khám thứ 2 còn 7.9 %, p<0,05. **Kết luận:** Tỷ lệ RLGN ở nữ GVTH chiếm tỷ lệ cao, can thiệp bằng luyện giọng và điều trị nội khoa đem lại hiệu quả cao đối với RLGN ở các GVTH.

Từ khóa: rối loạn giọng nói, tai mũi họng, nữ giáo viên tiểu học, huyện Gia Lâm.

SUMMARY

VOICE DISORDERS STATUS AND EFFECTIVENESS OF INTERVENTION AMONG FEMALE PRIMARY SCHOOL TEACHERS IN HANOI

Objective: The study aims to assess the status of voice disorders and effectiveness of interventions among 476 female primary school teachers in Gia Lam district, Hanoi City. Hanoi. **Methods:** An interventional study without control. **Results:** 87.82% of primary school teachers in Gia Lam district have a high rate of voice disorders, in which functional voice disorders accounts for 78.71%, and physical voice disorders accounted for 21.29%. Interventional studies including voice hygiene and voice training, treatment of ENT pathology and laryngopharyngeal reflux (LPR) diseases have a good effect on voice disorders, reducing the incidence and severity level of voice disorders. The intervention study significantly reduced the functional symptoms of voice disorders. Intervention for voice disorders was highly effective with comorbidities, specifically, with LPR before intervention, 46.3%, at the 2nd visit, it was 13.4%. ENT diseases before intervention was 28.7% of female teachers, at the 2nd visit it was 7.9%, p<0.05. **Conclusions:** The rate of voice disorders in female primary school teachers accounts for a high rate, intervention by voice training and internal medicine treatment brings high efficiency to voice disorders in primary school teachers.

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương
²Trường Đại học Y Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Tuấn
 Email: leanhtuan.ent@gmail.com
 Ngày nhận bài: 5.11.2021
 Ngày phản biện khoa học: 23.12.2021
 Ngày duyệt bài: 7.01.2022