

độ cho phép của hãng sản xuất [3, 7]. Hệ thống máy Quant Studio 5 của hãng ThermoFisher thì mức độ CV chấp nhận là dưới 11% [8]; độ xác thực trên 90%, độ nhạy trên 90% và độ đặc hiệu trên 90% [3].

Trong nghiên cứu, chúng tôi đã tiến hành đánh giá khả năng tiết kiệm hóa chất trong việc thực hiện phản ứng RT-qPCR qua hai giai đoạn: (1) giữ nguyên thể tích phản ứng nhưng giảm nồng độ đoạn mồi và đoạn dò 50% và (2) giảm thể tích của phản ứng xuống 10 μ L. Các thử nghiệm đã xác nhận giá trị của phương pháp tiết kiệm hóa chất này khi sử dụng bộ sinh phẩm LightMix® Modular EAV RNA Extraction Control (Roche, Thụy Sĩ) lẫn TaqPath™ COVID-19 CE-IVD RT-PCR Kit (ThermoFisher, Hoa Kỳ). Đặc biệt, cả 3 vùng gen mục tiêu của bộ sinh phẩm TaqPath™ đều thể hiện sự nhất quán về độ biến thiên qua những lần thử nghiệm lặp lại. Độ nhạy và đặc hiệu trong chẩn đoán SARS-CoV-2 của cả 2 bộ sinh phẩm được bảo toàn 100%.

V. KẾT LUẬN

Giá trị sử dụng của hai bộ sinh phẩm LightMix® Modular EAV RNA Extraction Control (Roche, Thụy Sĩ) và TaqPath™ COVID-19 CE-IVD RT-PCR Kit (ThermoFisher, Hoa Kỳ) trong các điều kiện thực hiện phản ứng tiết kiệm hóa

chất hơn so với khuyến cáo của nhà sản xuất (giảm 50% nồng độ đoạn mồi và đoạn dò, thể tích phản ứng là 10 μ L) đã được xác nhận. Kết quả này cho phép việc triển khai xét nghiệm SARS-CoV-2 bằng các bộ sinh phẩm và hệ thống thiết bị đã khảo sát trong thực hành thường quy với độ tin cậy cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhou, P., et al., A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. 2020. **579**(7798): p. 270-273.
2. Standardization, I.O.f., **ISO 5725-1: 1994: accuracy (trueness and precision) of measurement methods and results-part 1: general principles and definitions.** 1994: International Organization for Standardization.
3. Bohn, M.K., et al., IFCC interim guidelines on molecular testing of SARS-CoV-2 infection. 2020. **58**(12): p. 1993-2000.
4. Biorad, Real-Time PCR Applications Guide. 2006.
5. Stephen Bustina, J.H., qPCR primer design revisited. *Biomolecular Detection and Quantification*. Biomolecular Detection and Quantification, 2017. **14**: p. 19-28.
6. Mitchell, S., et al., Verification procedure for commercial tests with Emergency Use Authorization for the detection of SARS-CoV-2 RNA [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 8]. 2020.
7. (UK), D.o.H.S.C., Technical validation protocol for SARS - CoV - 2 nucleic acid detection. 2021.
8. Fisher, T., Precision in qPCR. 2021.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP THÙNG TÚI THỪA MECKEL DO XƯƠNG CÁ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Vũ Ngọc Sơn*, Hồ Hữu An*

TÓM TẮT

Giới thiệu: Túi thừa Meckel là dị tật bẩm sinh của đường tiêu hóa với tỷ lệ khoảng 0,14 – 4,5%, hầu hết không có triệu chứng và chỉ được phát hiện tình cờ. Thùng túi thừa Meckel do dị vật là một trong những biến chứng rất hiếm gặp. **Trình bày ca bệnh:** Bệnh nhân (BN) nam 35 tuổi vào viện với biểu hiện đau bụng cấp vùng hố chậu phải. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng bụng thấy hình ảnh nghi dị vật đâm thủng ruột. Tổn thương trong mổ là hoại tử, thùng túi thừa Meckel do xương cá gây viêm phúc mạc. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi thừa Meckel, lau rửa ổ bụng. Sau 6 ngày điều trị, bệnh nhân ra viện trong tình trạng ổn định. **Kết luận:** Thùng túi thừa Meckel

do dị vật là bệnh cảnh hiếm gặp. Phẫu thuật nội soi đóng vai trò quan trọng giúp chẩn đoán xác định nguyên nhân và xử lý tổn thương an toàn, hiệu quả.

SUMMARY

A CASE REPORT: A MECKEL'S DIVERTICULUM PERFORATION DUE FISHBONE WAS TREATED BY LAPAROSCOPIC SURGERY

Introduction: Meckel's diverticulum is a congenital malformation of the gastrointestinal tract with an incidence of about 0.14 - 4.5%, most cases are asymptomatic and are discovered incidentally. Perforation of Meckel's diverticulum due to foreign bodies is one of the very rare complications. A 35-year-old male patient was admitted to the 108 Hospital with acute abdominal pain in the right iliac region. CT scan showed an intra-abdominal infiltrate, suspected of a foreign body perforating the intestine. The intraoperative injury was noted as necrosis, perforation of Meckel's diverticulum due to fishbone causing peritonitis. The patient underwent laparoscopic surgery to resect Meckel's diverticulum,

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Sơn

Email: sonk33g@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2022

Ngày phản biên khoa học: 22.8.2022

Ngày duyệt bài: 7.9.2022

irrigate the abdomen. After 6 days of treatment, the patient was discharged from the hospital in stable condition. **Conclusion:** Perforation of Meckel's diverticulum due to foreign body is a rare condition. Laparoscopy plays an important role in helping to diagnose and determine the cause on a safe and effective injury treatment strategy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa Meckel là dị tật bẩm sinh của đường tiêu hóa được mô tả lần đầu vào năm 1598 bởi Fabricius Hidanus [3]. Năm 1809, Johann Friedrich Meckel nghiên cứu nguồn gốc phôi thai học của túi thừa loại này là kết quả của sự tiêu biến không hoàn toàn của ống rốn – mạc treo ruột (omphalomesenteric canal), thường xảy ra từ tuần thứ 6 đến tuần thứ 10 của thai kỳ [5]. Hầu hết các túi thừa Meckel không có triệu chứng và thông thường phát hiện tình cờ bằng chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật hoặc mổ tử thi với tỷ lệ 0,14 – 4,5% [3], [7]. Tỷ lệ biến chứng chung của túi thừa Meckel được ghi nhận khoảng 4% các trường hợp [3], thường gặp ở trẻ em với biểu hiện chảy máu. Ở người lớn, các biến chứng thường gặp là viêm túi thừa, lồng ruột, tắc ruột và ung thư [7]. Thủng túi thừa Meckel do xương cá là một trong những biến chứng cực kỳ hiếm gặp, việc chẩn đoán trước phẫu thuật là một thách thức, thường có biểu hiện lâm sàng giống các bệnh lý viêm ruột thừa cấp hoặc nhiễm khuẩn khu trú trong ổ bụng [2]. Trong bài này, chúng tôi báo cáo một trường hợp thủng túi thừa Meckel do xương cá gây biến chứng viêm phúc mạc được chẩn đoán và điều trị thành công bằng PTNS.

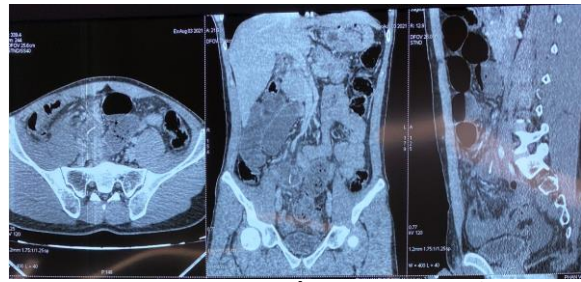
II. TRÌNH BÀY CA BỆNH

- BN nam 35 tuổi, tiền sử khỏe mạnh. Khoảng 1 tuần trước khi vào viện, BN xuất hiện đau bụng âm ỉ vùng hạ vị, đau có lúc thành cơn. 2 ngày gần đây xuất hiện đau tăng lên, kèm theo sốt dao động (38 – 38,5°C), nôn, bí trung đại tiện. BN vào viện trong tình trạng huyết động ổn định, khám bụng chướng lệch về phía bên phải, ấn đau nhiều vùng hố chậu phải và hạ vị, có phản ứng thành bụng là dấu hiệu quyết định phẫu thuật.

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu 16,44 G/L, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính 80,2%, chức năng gan, thận trong giới hạn bình thường.

- Siêu âm bụng thấy hình ảnh nghi ngờ viêm ruột thừa cấp, có ít dịch tự do xen kẽ các quai ruột vùng hố chậu phải.

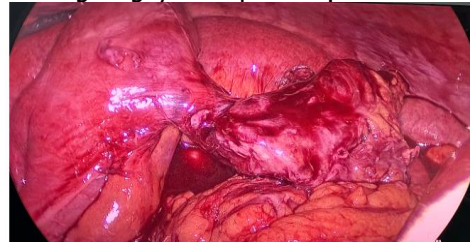
- Chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh ổ dịch khu trú vùng hố chậu phải và bờ trên tiểu khung (ngang thân đốt S1) kích thước 33x21mm, bên trong có dị vật cản quang dài 2cm (148 HU), thâm nhiễm mỡ xung quanh, ruột thừa bình thường.



Hình 1. Hình ảnh cắt lớp vi tính ổ bụng trước mổ

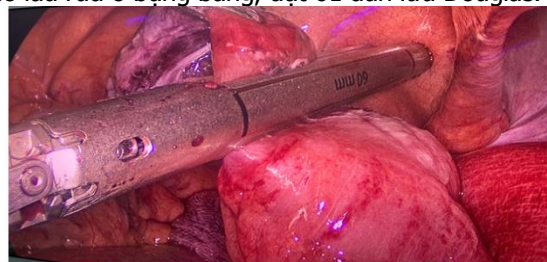
- BN được chẩn đoán sơ bộ là viêm phúc mạc khả năng do dị vật đâm thủng hồi tràng, từ đó chúng tôi đã lựa chọn phương pháp PTNS nhằm chẩn đoán xác định và giải quyết nguyên nhân.

- Ghi nhận trong mổ qua hình ảnh nội soi ổ bụng thấy: Ổ bụng có nhiều dịch đục tập trung ở hạ vị và hố chậu phải. Vùng hố chậu phải có khối viêm thâm nhiễm gồm mạc nối và các quai hồi tràng. Bóc tách mạc nối ra thấy nhiều mũ trắng chảy ra, tổn thương là 01 túi thừa Meckel (cách góc hồi manh tràng khoảng 40) hoại tử thủng ở đáy do dị vật xương cá gây viêm phúc mạc khu trú.



Hình 2. Viêm thủng túi thừa Meckel do xương cá

BN được PTNS cắt túi thừa Meckel bằng 01 Tri-stapler 60mm, diện cắt được đặt ở cổ túi, sát và song song với trục dọc của hồi tràng, khâu tăng cường đường cắt bằng chỉ Vicryl 3/0 mũi rời. Sau đó lau rửa ổ bụng bằng, đặt 01 dẫn lưu Douglas.

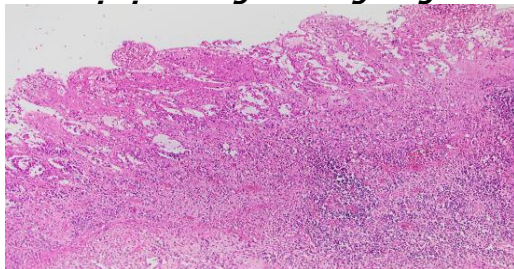


Hình 3. Cắt túi thừa Meckel bằng Stapler qua nội soi

Diễn biến hậu phẫu không có gì bất thường. BN được cho ăn trở lại vào ngày thứ 4 sau mổ và xuất viện sau 6 ngày điều trị trong tình trạng ổn định. Hình ảnh giải phẫu bệnh sau mổ phù hợp với tổn thương viêm cấp, hoại tử thủng túi thừa Meckel.



Hình 4. Dị vật xương cá trong lòng túi thừa



Hình 5. Giải phẫu bệnh sau mổ

IV. BÀN LUẬN

Túi thừa Meckel là một phần còn lại của ống rốn – mạc treo ruột, thường nằm ở bờ tự do của hồi tràng trong khoảng 100 cm từ van Bauhin, với đường kính trung bình của cổ túi là 3 cm [3], [8]. Nó là một túi thừa thực sự với đầy đủ các lớp của thành ruột và nguồn cung cấp máu xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên, do đó túi thừa dễ bị tắc nghẽn và viêm nhiễm [5]. Khoảng 60% túi thừa Meckel có niêm mạc lạc chỗ từ vùng khác của ống tiêu hóa, trong đó hơn 60 - 80% có nguồn gốc từ dạ dày. Giả thuyết nhằm giải thích cho biến chứng nặng được nhiều tác giả đề cập là do dịch acid tiết ra từ niêm mạc lạc chỗ gây ăn mòn mô, dẫn đến viêm, chảy máu và thủng túi thừa [8].

Thủng túi thừa Meckel do dị vật là một tổn thương hiếm gặp, vì phần lớn các dị vật ăn vào sẽ đi qua đường tiêu hóa mà không gặp vấn đề gì, nhưng trong một số ít trường hợp có thể gây thủng đường tiêu hóa dẫn đến phải can thiệp phẫu thuật cấp cứu. Nghiên cứu của Groebli Y. và cộng sự cho thấy tỷ lệ phải cắt bỏ túi thừa Meckel thủng do là 8% trong số tất cả các túi thừa có biến chứng [4]. Các nguyên nhân gây thủng do dị vật được báo cáo bao gồm mảnh gỗ, răng giả, tăm xỉa răng, lá nguyệt quế, hạt cây mã đề, xương gà và xương cá,... [2], [5], [7].

Chẩn đoán thủng túi thừa Meckel do dị vật trước phẫu thuật rất khó vì các triệu chứng và đặc điểm hình ảnh không đặc hiệu, thường dễ nhầm lẫn với triệu chứng của các bệnh lý nhiễm khuẩn khác trong ổ bụng, đặc biệt là viêm ruột thừa cấp [5], [2]. Phần lớn BN không nhớ là đã

nuốt phải dị vật, và chỉ được phát hiện nhờ các xét nghiệm hình ảnh như X-Quang, cắt lớp vi tính hoặc tìm thấy trong mổ. Mặc dù vậy, các xét nghiệm hình ảnh trước mổ thường ít có giá trị khi đánh giá vị trí thủng vì khó phân biệt giữa quai ruột và túi thừa Meckel. Hầu hết các trường hợp được chẩn đoán xác định trong mổ [5]. Tương tự như vậy, trường hợp BN của chúng tôi chỉ được chẩn đoán xác định thủng túi thừa Meckel do xương cá trong quá trình phẫu thuật, các triệu chứng lâm sàng và siêu âm gợi ý đến tổn thương viêm ruột thừa cấp, trong khi đó chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh dị vật cản quang nhưng không xác định rõ vị trí tổn thương. Như vậy, việc đánh giá toàn diện tổn thương trong mổ giúp phẫu thuật viên xác định phương án phẫu thuật phù hợp. Trong các trường hợp chẩn đoán trước mổ là viêm ruột thừa nhưng khi kiểm tra thấy tổn thương ruột thừa không tương xứng, đòi hỏi phẫu thuật viên cần kiểm tra rất tỉ mỉ và toàn diện, nên khảo sát ít nhất 1 mét hồi tràng để tránh bỏ sót tổn thương túi thừa Meckel.

Một số nghiên cứu đánh giá tính an toàn và giá trị của PTNS ổ bụng để chẩn đoán và điều trị các trường hợp thủng túi thừa Meckel cho thấy những ưu điểm của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu như tính thẩm mỹ, giảm đau sau mổ, giảm tỷ lệ biến chứng, và thời gian nằm viện, BN có thể quay về sinh hoạt bình thường sớm hơn [5], [7], [6]. Phẫu thuật cắt bỏ túi thừa là phương pháp điều trị tiêu chuẩn đối với túi thừa Meckel có biến chứng (viêm hoại tử, thủng, chảy máu, xoắn) [6]. Ngày nay, với sự ra đời của các thiết bị cắt – nối đường tiêu hóa (Stapler), cho phép việc cắt bỏ túi thừa Meckel được nhanh gọn, thuận lợi và an toàn. Tuy nhiên, cần chú ý đánh giá cẩn thận tổ chức cổ túi thừa bình thường và lựa chọn thiết bị cắt nối (ghim bấm) thích hợp, tránh làm hẹp lòng hồi tràng dẫn đến rò tiêu hóa sau mổ [6]. Trong trường hợp này, chúng tôi nhận định trong mổ thấy đường kính cổ túi thừa có kích thước trung bình (3cm) và tổ chức mềm mại, không có viêm dày hay hoại tử. Chúng tôi đã sử dụng 01 Tri-Stapler (thiết bị cắt nối 3 hàng ghim) cắt ngang cổ túi thừa, sau đó khâu tăng cường đường cắt qua nội soi. Đối với các trường hợp cổ túi thừa rộng, bị viêm dày, hoại tử thủng, tổ chức mủn nát hoặc ung thư, các tác giả khuyến cáo cân nhắc chỉ định cắt hình chêm hay loại bỏ một đoạn ruột bình thường để hạn chế tối đa tình trạng rò tiêu hóa [6].

Trường hợp của chúng tôi diễn biến hậu phẫu không có gì bất thường, BN được cho ăn trở lại vào ngày thứ 4 sau mổ và xuất viện sau 6 ngày

điều trị trong tình trạng ổn định. Trong nghiên cứu tổng hợp của Mayo Clinic, tỷ lệ biến chứng sớm và tử vong sau phẫu thuật cắt túi thừa Meckel lần lượt là 12% và 1,5%, tỷ lệ biến chứng muộn trong 20 năm theo dõi là 7% [1].

V. KẾT LUẬN

Thủng túi thừa Meckel do dị vật là bệnh cảnh hiếm gặp, khó chẩn đoán nguyên nhân nếu chỉ dựa vào khám lâm sàng trước mổ. Chụp cắt lớp vi tính có giá trị gợi ý nguyên nhân gây thủng ruột. PTNS giúp chẩn đoán xác định nguyên nhân, từ đó quyết định chiến thuật xử lý tổn thương an toàn, hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cullen J.J et al.**, "Surgical management of Meckel's diverticulum. An epidemiologic, population-based study", *Ann Surg.* 1994. 220(4), p. 564-8; discussion 568-9.

2. **Dimitriou I., et al.**, "Perforation of Meckel's diverticulum by a fish bone presenting as acute appendicitis: a case report", *J Med Case Rep.* 2013. 7, p. 231.
3. **Dumper J., et al.**, "Complications of Meckel's diverticula in adults", *Can J Surg.* 2006. 49(5), tr. 353-7.
4. **Groebli Y., Bertin D., Morel P.**, "Meckel's diverticulum in adults: retrospective analysis of 119 cases and historical review", *Eur J Surg.* 2001, 167(7), p. 518-24.
5. **Lequet J., et al.**, "Meckel's diverticulum in the adult", *J Visc Surg.* 2017, 154(4), tr. 253-259.
6. **Palanivelu C., et al.**, "Laparoscopic management of symptomatic Meckel's diverticula: a simple tangential stapler excision", *JLS.* 2008, 12(1), p. 66-70.
7. **Santos B., et al.**, "Perforation of Meckel's diverticulum by a swallowed fish bone: case report and literature review", *J Surg Case Rep.* 2019 (1), p. 003.
8. **Yahchouchy E.K., et al.**, "Meckel's diverticulum", *J Am Coll Surg.* 2001. 192(5), p. 658-62.

NỒNG ĐỘ AXIT URIC HUYẾT THANH TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẾN

Nguyễn Thị Kim Hương¹, Nguyễn Thu Hường², Lê Hữu Doanh^{3,4}

TÓM TẮT

Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện nhằm xác định nồng độ axit uric huyết thanh trên bệnh nhân vảy nến tại bệnh viện Da liễu Trung ương. Nghiên cứu tiến hành trên 240 bệnh nhân vảy nến và 122 bệnh nhân có bệnh da khác thuộc nhóm đối chứng. Kết quả cho thấy, nồng độ axit uric huyết thanh trung bình trên nhóm bệnh nhân vảy nến tương đối cao $365,1 \pm 88,2 \mu\text{mol/L}$, cao hơn so với nhóm đối chứng $322,8 \pm 68,5 \mu\text{mol/L}$ có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ phần trăm số ca có nồng độ axit uric huyết thanh tăng trong nhóm bệnh nhân vảy nến cao hơn 3 lần so với nhóm đối chứng (28,3% và 8,2%), khác biệt có ý nghĩa thống kê. Không có mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và tuổi khởi phát bệnh vảy nến với nồng độ axit uric huyết thanh. Nồng độ axit uric huyết thanh trung bình của nhóm bệnh nhân vảy nến mức độ nặng có giá trị cao nhất và giảm dần theo mức độ bệnh theo chỉ số PASI. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ bệnh nhân có tăng axit uric huyết thanh giữa nhóm bệnh mức độ nhẹ, vừa và nặng.

Từ khóa: axit uric, vảy nến

SUMMARY

SERUM URIC ACID LEVELS IN PSORIASIS PATIENTS

A cross-sectional study was performed to determine serum uric acid levels in psoriasis patients at the National Hospital of Dermatology. The study was conducted on 240 psoriasis patients and 122 patients with other skin diseases in the control group. The results showed that the mean serum uric acid concentration in the group of psoriasis patients was relatively high $365.1 \pm 88.2 \mu\text{mol/L}$, higher than the control group $322.8 \pm 68.5 \mu\text{mol/L}$. The percentage of cases with increased serum uric acid levels in the group of psoriasis patients was 3 times higher than that of the control group (28.3% and 8.2%). There was no association between duration of disease and age of psoriasis onset with serum uric acid levels. The average serum uric acid concentration of the group of patients with severe psoriasis had the highest value and decreased gradually according to the disease severity according to the PASI index. There was a statistically significant difference in the proportion of patients with increased serum uric acid between the mild, moderate and severe disease groups.

Keywords: serum uric acid, psoriasis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến là một bệnh viêm mạn tính gây ra bởi đa yếu tố bao gồm di truyền, miễn dịch và môi trường, chiếm khoảng 2-3% dân số thế giới. Bệnh gây tổn thương ở da, móng, khớp và một số cơ quan nội tạng, tác động xấu đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân và hiện vẫn chưa có

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Trường Cao đẳng Y tế Lạng Sơn,

³Trường Đại học Y Hà Nội,

⁴Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Hương

Email: nguyengkimhuong1987@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2022

Ngày duyệt bài: 6.9.2022