

nhân đồng ý tự cách ly sau khi khỏi bệnh, 100,0% đồng ý với thực hiện đầy đủ biện pháp phòng bệnh.

Trung tâm y tế thị xã Tân Uyên luôn cố gắng làm việc hết sức mình trong công tác chăm sóc sức khỏe bệnh nhân COVID-19. Các nỗ lực đó được thể hiện qua sự hài lòng của bệnh nhân về sự phục vụ tại trung tâm. Về thái độ đối với khu điều trị, 88,3% bệnh nhân hài lòng khi được cách ly và điều trị tại trung tâm y tế, 93,8% bệnh nhân hài lòng về cách điều trị của trung tâm và 90,3% bệnh nhân hài lòng về thái độ phục vụ của nhân viên y tế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kiến thức, thái độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân covid-19 cao tuổi có bệnh mạn tính và phụ nữ có thai được điều trị tại trung tâm y tế thị xã tân uyên, tỉnh bình dương năm 2021 đạt tỉ lệ cao, chỉ có kiến thức về tiêu chuẩn xuất viện của bệnh nhân COVID-19 còn thấp chiếm tỉ lệ 11%.

KHUYẾN NGHỊ

Chính quyền địa phương và ngành Y tế cần tăng cường hơn nữa công tác tuyên truyền các kiến thức thái độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân covid-19 cho cộng đồng và nhóm đối tượng đích là cao tuổi có bệnh mạn tính và phụ nữ có thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. He, F., Y. Deng, and W. Li, **Coronavirus disease 2019: What we know?** J Med Virol, 2020.

92(7): p. 719-725.

- Jin, Y., et al., **Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19.** Viruses, 2020. **12**(4).
- Chen, L., et al., Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan, China. N Engl J Med, 2020. **382**(25): p. e100.
- Favre, G., et al., 2019-nCoV epidemic: what about pregnancies? Lancet, 2020. **395**(10224): p. e40.
- Zhu, H., et al., Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. Transl Pediatr, 2020. **9**(1): p. 51-60.
- Schwartz, D.A., Being Pregnant during the Kivu Ebola Virus Outbreak in DR Congo: The rVSV-ZEBOV Vaccine and Its Accessibility by Mothers and Infants during Humanitarian Crises and in Conflict Areas. Vaccines (Basel), 2020. **8**(1).
- Kumar, R., et al., SARS-CoV-2 infection during pregnancy and pregnancy-related conditions: Concerns, challenges, management and mitigation strategies-a narrative review. J Infect Public Health, 2021. **14**(7): p. 863-875.
- tế, B.Y., Công thông tin về đại dịch COVID-19. URL: <https://covid19.gov.vn/>, 2021.
- Di Mascio, D., et al., Counseling in maternal-fetal medicine: SARS-CoV-2 infection in pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol, 2021. **57**(5): p. 687-697.
- Martinez-Portilla, R.J., et al., Pregnant women with SARS-CoV-2 infection are at higher risk of death and pneumonia: propensity score matched analysis of a nationwide prospective cohort (COV19Mx). Ultrasound Obstet Gynecol, 2021. **57**(2): p. 224-231.
- Allotey, J., et al., Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. Bmj, 2020. **370**: p. m3320.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐƯỜNG SAU PHÚC MẠC CÓ NỘI SOI HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TUY HOẠI TỬ NHIỄM TRÙNG

Trần Mạnh Hùng*, Nguyễn Đình Quyền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả và những kinh nghiệm ban đầu của kỹ thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 12 trường hợp viêm tụy cấp hoại tử được phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử từ 2019 đến 2022 tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả: Tỉ lệ nam/nữ là 5/1, độ tuổi trung bình: 56,7, thời gian trung bình từ lúc khởi phát bệnh đến lúc mổ là 21,5 ngày, thời gian mổ trung bình 82,1 phút, bệnh

nhân mổ 1 lần là 83,4%, phải mổ 2 lần là 16,6%. Số trường hợp can thiệp vào cả hai bên là 6 bệnh nhân (50%), Can thiệp bên trái là 5 (41,7%), bên phải; là 1(8,3%). Tỉ lệ tử vong là 8,3%, tỉ lệ biến chứng là 16,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật đường sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử để điều trị viêm tụy hoại tử là phương pháp ít xâm hại. Kỹ thuật nên được chỉ định vào tuần thứ 3 từ khi khởi phát bệnh, là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, viêm tụy hoại tử, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật ít xâm hại, phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ.

SUMMARY

RESULTS OF RETROPERITONEAL SURGERY WITH LAPAROSCOPIC ASSISTED TO TREAT NECROTIZING PANCREATITIS

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: tranmanhhungngoaimb@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2022

Ngày duyệt bài: 5.5.2022

Aims: to evaluate the results and initial experiences of the technique. **Materials and methods:** A retrospective descriptive study of 12 cases of acute necrotizing pancreatitis who underwent retroperitoneal surgery with laparoscopic assisted to remove necrotic tissue from 2019 to 2022 at the General Surgery Department, Bach Mai Hospital. **Results:** Male/female ratio was 5/1, average age: 56.7, mean time from disease onset to surgery was 21.5 days, average surgery time was 82.1 minutes, patients with 1 time surgery is 83.4%, 2 times surgery is 16.6%. The number of intervention cases on both sides is 6 patients (50%), Left intervention is 5 (41.7%), right side is 1 (8.3%) mortality rate: 8.3 %, complication rate is: 16.7%. **Conclusion:** Retroperitoneal surgery with laparoscopic assisted to remove necrotic tissue is minimally invasive surgery. It should be indicated in the 3rd week from the onset of the disease, is a safe and effective method with a high success rate, low complications and mortality rate.

Keywords: acute pancreatitis, necrotizing pancreatitis, laparoscopic, minimally invasive surgery, retroperitoneal surgery with laparoscopic assisted.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là bệnh lý phổ biến hàng thứ 3 trong các bệnh lý đường tiêu hóa. Tại Mỹ, mỗi năm có hơn 275.000 bệnh nhân nhập viện vì viêm tụy cấp và tiêu tốn khoảng 2 tỷ USD. Trong đó viêm tụy cấp hoại tử chiếm khoảng 20% với tỷ lệ tử vong khoảng 8 – 39%. Nhiễm trùng thứ phát tổ chức tụy hoại tử là biến chứng nguy hiểm nhất có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết, suy đa tạng và tử vong [1], [2]. Phương pháp điều trị viêm tụy hoại tử nhiễm trùng kinh điển là mổ mở lấy tổ chức hoại tử, tuy nhiên phương pháp này có tỉ lệ biến chứng và tử vong cao. Năm 2010 nhóm các tác giả Hà Lan đề xuất điều trị theo bước tăng dần (Step – up) bắt đầu với dẫn lưu ổ hoại tử qua da (PD - combining percutaneous drainage), lấy tổ chức hoại tử qua nội soi dạ dày xuyên thành (ETN - endoscopic transgastric necrosectomy), phẫu thuật sau phúc mạc lấy tổ chức hoại tử có nội soi hỗ trợ (VARD – Video Assitant Retroperitoneal Debridement) mang lại kết quả rất tốt, làm giảm tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tử vong [2], [3]. Tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi đã phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử cho kết quả rất khả quan. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả và những kinh nghiệm ban đầu của kỹ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 12 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy hoại tử nhiễm trùng được phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử từ 2019 đến 2022.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Quy trình phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử

- Tư thế bệnh nhân và vị trí phẫu thuật viên:
+ Tùy theo việc lựa chọn can thiệp vào bên trái hay phải mà đặt tư thế bệnh nhân cho phù hợp. Nếu phẫu thuật vào bên trái thì đặt bệnh nhân nghiêng sang phải sao cho lưng bệnh nhân và bàn mổ tạo một góc 30°.

+ Phẫu thuật viên chính và phụ thứ nhất đứng phía bên trái bệnh nhân, người phụ thứ hai đứng bên phải.

+ Nếu phẫu thuật bên phải thì tư thế ngược lại.

- Đường mổ và các bước lấy tổ chức hoại tử:

+Mở một đường dọc ở sườn bên dài 5- 10 cm, bắt đầu từ đầu xương sườn XI xuống phía dưới theo hướng gai chậu trước trên

+Tách dọc các cơ ở vùng này để vào khoang sau phúc mạc

+Đặt ống soi vào khoa sau phúc mạc, tiếp cận phía sau đại tràng trái và đại tràng góc lách (trước thận trái)

+ Dùng dụng cụ nội soi, panh , ống hút để lấy tổ chức hoại tử từ góc lách, tiến vào đuôi tụy, thân tụy, hậu cung mạc nối (chú ý động mạch thân tạng, động mạch vị trái, động mạch lách)

+ Lấy tổ chức hoại tử, hút, bơm rửa đến khi nào thấy tổ chức lành rì máu thì dừng lại

+ Tiếp tục chuyển ống soi xuống hố chậu trái lấy tổ chức hoại tử ở rãnh đại tràng trái.

+Với đường vào ở bên phải, các bước tương tự. Chỉ chú ý tá tràng, đầu tụy, cuống gan

- Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu rộng rãi, để hở đường mổ và kết thúc cuộc mổ

Đánh giá kết quả

- Kết quả tốt: Sau mổ bệnh nhân diễn biến tốt, không có biến chứng được ra viện

- Kết quả trung bình: bệnh nhân cần mổ lại hay có các biến chứng

- Kết quả xấu: Bệnh nhân tử vong

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

12 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy hoại tử nhiễm trùng được điều trị phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ tại Bệnh viện Bạch Mai từ 2019 và 2022

Bảng 3.1. Một số đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 40 tuổi	1	8,3
	40 - 60	8	66,7
	≥ 60	3	25,0
Giới	Nam	10	83.3

	Nữ	2	16,7
Bệnh phổi hợp	Cao huyết áp	2	16,7
	Đái đường	1	8,3
	Xơ gan	1	8,3
Yếu tố nguy cơ	Rượu	8	66,7
	Sỏi mật	1	8,3
	Tăng triglyceride	1	8,3
BMI	≤ 18,5	1	8,3
	> 18,5	11	91,7

Nhận xét: Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng hay gặp ở độ tuổi 40- 60 tuổi, tuổi trung bình 56,7 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ là 5/1, nguyên nhân do lạm dụng rượu bia hay gặp nhất (66,7%).

Bảng 3.2. Một số đặc điểm tổn thương

Đặc điểm tổn thương trước phẫu thuật		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Lâm sàng	Đau bụng	12	100
	Bụng chướng, phản ứng	12	100
	Sốt 39 - 40 ^o c	9	75,0
Xét nghiệm máu	<10 G/L	0	0,0
	10-15 G/L	1	8,3
	>15 G/L	11	91,7
Dẫn lưu ổ dịch dưới siêu âm	1 dẫn lưu	1	8,3
	2 – 3 dẫn lưu	8	66,7
	Không dẫn lưu	3	25,0
Tổn thương trên CT scanner ổ bụng	Ổ hoại tử lan toả		
	Ổ hoại tử đã có vách		
	Có khí trong ổ hoại tử		
Vi khuẩn tìm thấy ở dịch hoại tử	Klebsiella Pneumoniae	5	41,7
	E.Coli	2	16,7
	Không thấy	2	16,7
Lọc máu	Có	7	58,3
	Không	5	41,7
Hỗ trợ hô hấp	Có	8	66,7
	không	4	33,3
Hỗ trợ tim mạch	Có	7	58,3
	không	5	41,7

Nhận xét: Đau bụng, chướng bụng là những triệu chứng lâm sàng gặp ở tất cả các trường hợp, Các biện pháp hỗ trợ trong điều trị là lọc máu, hô hấp và tim mạch. Vi khuẩn tìm thấy trong dịch hoại tử hay gặp là Klebsiella Pneumoniae.

Bảng 3.3. Đặc điểm phẫu thuật

Phẫu thuật		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Thời gian từ khi bị bệnh đến khi phẫu thuật	20 ngày	1	8,3
	21-30 ngày	10	83,4
	>30 ngày	1	8,3
	Bên trái	5	41,7

Vị trí phẫu thuật	Bên phải	1	8,3
	Cả hai bên	6	50,0
Thời gian phẫu thuật	< 60 phút	3	25,0
	>60 phút	9	75,0
Số lần phẫu thuật	1 lần	10	83,4
	2 lần	2	16,6
	3 lần	0	0,0
Biến chứng sau phẫu thuật	Chảy máu	1	8,3
	Tiếp tục hoại tử	1	8,3
	Chuyển mổ mở	0	0,0
Tỉ lệ tử vong sau mổ		1	8,3

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được phẫu thuật sau 21- 30 ngày bị bệnh (83,3%), phẫu thuật lấy tổ chức hoại tử ở bên trái và cả hai bên hay được sử dụng (41,7%) và (50,0%), tỉ lệ biến chứng 25,0%.

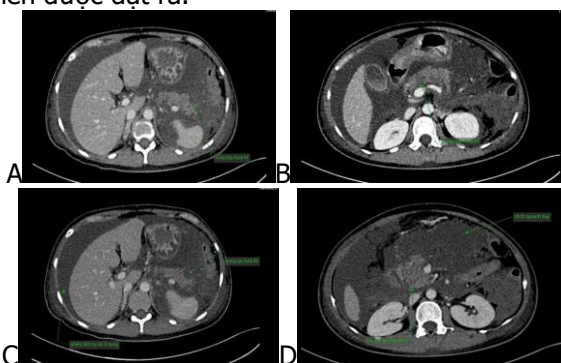
Kết quả phẫu thuật	Số lượng(n)	Tỉ lệ(%)
Tốt	8	66,7
Trung bình	3	25,0
Xấu	1	8,3

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán viêm tụy hoại tử nhiễm trùng. Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng hay gặp ở độ tuổi 40 – 60 tuổi, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 56,7, nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ là 5/1. Nguyên nhân gây viêm tụy hoại tử nhiễm trùng chủ yếu là lạm dụng rượu bia 66,7%, chỉ có 8,3% là do sỏi mật (bảng 3.1). Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được điều trị tại trung tâm hồi sức tích cực (ICU) vì các bệnh nhân này nặng, liên quan đến suy đa phủ tạng. Các biện pháp điều trị tích cực đã được thực hiện ở đây. Tuy nhiên diễn biến của các trường hợp này đều có xu hướng xấu đi với các biểu hiện lâm sàng là đau bụng nhiều, bụng chướng, áp lực ổ bụng tăng, sốt cao từng cơn 39 - 40^oc trong 75% các trường hợp, bạch cầu tăng cao > 15 G/L ở hầu hết các trường hợp mặc dù 9/12 trường hợp (75%) đã được dẫn lưu ổ dịch qua da dưới hướng dẫn của siêu âm từ 1 đến 3 vị trí (bảng 3.2). Chụp CT scanner ổ bụng theo dõi tiến triển của hoại tử cho thấy các ổ hoại tử lớn, lan toả, có ổ hoại tử có vách ngăn và khí, cấy dịch hoại tử thấy vi khuẩn Klebsiella Pneumoniae và E.Coli và các giải pháp hỗ trợ tích cực khác như lọc máu, hô hấp và vận mạch hỗ trợ không hề cải thiện được tình trạng nặng, đòi hỏi cần có sự can thiệp của ngoại khoa.

Trên cơ sở các kết quả chúng tôi cho rằng chẩn đoán viêm tụy hoại tử nhiễm trùng và chỉ

định phẫu thuật khi mà các dấu hiệu tại chỗ tăng lên và các dấu hiệu toàn thân tồi đi, cụ thể là: (1) Triệu chứng lâm sàng: Các triệu chứng lâm sàng tiến triển xấu dần mặc dù đã được điều trị tối đa ở ICU. (2) Xét nghiệm máu: Xét nghiệm máu bạch cầu tăng cao, CRP, Procalcitonin tăng, hay có nhiễm khuẩn huyết. (3) Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính: Có khí trong tổ chức hoại tử tụy và quanh tụy hay ổ hoại tử lớn, lan rộng. (4) Cây dịch dẫn lưu ổ hoại tử qua da: Có kết quả dương tính với vi khuẩn. Cần chú ý rằng việc chọc hút kim nhỏ qua da để lấy dịch tổ chức hoại tử cấy khuẩn là không cần thiết. Khi có 3 trong 4 tiêu chuẩn trên thì có thể chẩn đoán viêm tụy hoại tử nhiễm trùng và chỉ định can thiệp ngoại khoa nên được đặt ra.



Ảnh 1: Tổ chức hoại tử và dịch ổ bụng trên chụp CT scanner

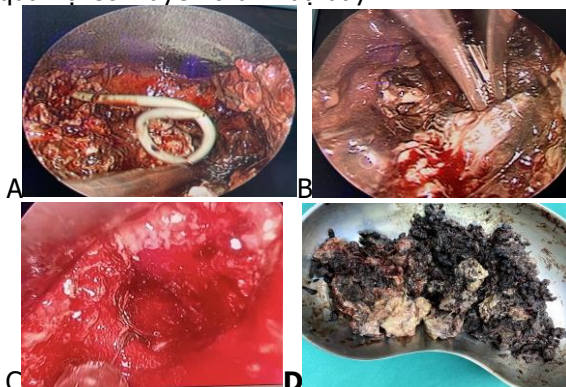
Bệnh nhân Nguyễn Thị L 45 tuổi

Chỉ định phẫu thuật và thời điểm can thiệp. Các tác giả đều thống nhất rằng việc chẩn đoán, chỉ định đúng, thời điểm can thiệp kịp thời cùng với lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp là những yếu tố quyết định kết quả điều trị. Phương pháp tiếp cận từng bước đang trở thành một lựa chọn điều trị cho viêm tụy cấp hoại tử thay vì phẫu thuật sớm và lấy tổ chức hoại tử ở tuần thứ 3 – 4 kể từ khi bệnh khởi phát trong điều trị viêm tụy hoại tử nhiễm trùng cho kết quả tốt hơn so với can thiệp ở giai đoạn sớm vì nhiễm trùng rất ít gặp ở tuần đầu tiên của bệnh, chủ yếu xảy ra ở cuối tuần thứ 2, thứ 3 của bệnh [8],[9],[10]. Bảng 3.3 cho thấy trong số 12 bệnh nhân được phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức tụy hoại tử thì có 10 trường hợp (83,4%) có thời gian từ khi bị bệnh đến khi phẫu thuật là 20 – 30 ngày, chỉ 1 trường hợp (8,3%) dưới 20 ngày và 1 trường hợp (8,3%) trên 30 ngày. Đây là khoảng thời gian thích hợp đã được nhiều tác giả đề cập đến.

Theo Nilesh Doctor [10] lấy tổ chức sau 21 ngày có những thuận lợi sau: (1) tách biệt tổ

chức sống và tổ chức hoại tử giúp việc lấy tổ chức hoại tử thuận lợi hơn, (2) Phẫu thuật trên bệnh nhân có huyết động và toàn thân ổn định hơn, (3) giảm nguy cơ chảy máu vì chỉ lấy tổ chức hoại tử, (4) ít lấy nhầm tổ chức tổ chức tụy lành giúp giảm tỉ lệ biến chứng muộn gây suy giảm chức năng tụy nội tiết và ngoại tiết, (5) giảm tỉ lệ biến chứng tại chỗ như ăn mòn mạch máu, ruột non dẫn đến chảy máu và rò tiêu hóa.

Guru Trikudanathan lại cho rằng can thiệp theo bước tăng dần sớm (trước 4 tuần) với nội soi xuyên thành dạ dày lấy và dẫn lưu ổ hoại tử không làm gia tăng thêm các biến chứng trầm trọng và tỉ lệ tử vong. Trong báo cáo của chúng tôi, không có trường hợp nào được lấy tổ chức hoại tử qua nội soi xuyên thành dạ dày vì tại bệnh viện chúng tôi chưa thực hiện được kỹ thuật này. Tuy nhiên đây không phải là kỹ thuật đơn giản, rò dạ dày đã được ghi nhận trong khoảng 1/3 các trường hợp lấy tổ chức hoại tử qua nội soi xuyên thành dạ dày.



Ảnh 2: lấy tổ chức hoại tử nhiễm trùng.

Bệnh nhân Nguyễn Thị L 45 tuổi

A. Vào ổ hoại tử ở khoang sau phúc mạc; B. Lấy tổ chức hoại tử

C. Sau khi lấy tổ chức hoại tử; D. Tổ chức hoại tử được lấy ra

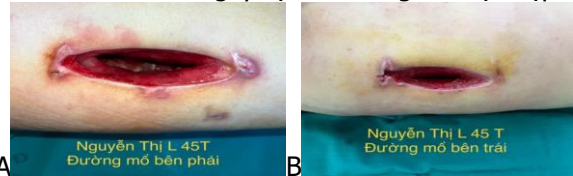
Kết quả phẫu thuật. Bảng 3.3 cũng cho thấy 6/12 (50%) trường hợp được mổ cả hai bên để lấy tổ chức hoại tử và 5/12 trường hợp (41,7%) được mổ ở bên trái để lấy tổ chức hoại tử. Như vậy bên trái và hai bên hay được sử dụng để phẫu thuật lấy tổ chức hoại tử phù hợp với các đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh lý. Số lần phải phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử bao gồm 10 trường hợp (83,4%) mổ 1 lần và chỉ 2 trường hợp (16,6%) mổ 2 lần. Tuy nhiên có đến 2 bệnh nhân đã được mổ mở 1 lần và 1 bệnh nhân đã mổ mở 2 lần trước đó để lấy tổ chức hoại tử nhưng không thành công được chúng tôi phẫu

thuật sau phúc mạc lấy tổ chức hoại tử lại cho kết quả tốt. Đây chính là ưu điểm của kỹ thuật này vì nếu mổ mở lại để lấy tổ chức hoại tử sẽ hết sức khó khăn, hiệu quả thấp do sự viêm dính của lần mổ trước đó. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật của chúng tôi là 16,7%, trong đó 1 trường hợp chảy máu được chèn meche cầm máu ổn định, 1 trường hợp tiếp tục hoại tử, suy đa tạng dẫn đến tử vong. Kết quả đã cho thấy đây là một kỹ thuật ít xâm hại có thể giải quyết hiệu quả cho những tổn thương nặng nề và phức tạp.

Phẫu thuật mổ mở kinh điển: trước đây được coi là tiêu chuẩn vàng điều trị viêm tụy hoại tử nhiễm trùng, Beger áp dụng đường mổ dưới sườn 2 bên hoặc đường giữa trên dưới rốn lấy tổ chức hoại tử đặt 02 dẫn lưu to để truyền rửa liên tục trung bình khoảng 8 lít nước muối sau mổ tỉ lệ tử vong tại bệnh viện là 8,4%, tỉ lệ phải mổ lại là 27% trong 24 ngày. Trong nhóm nghiên cứu này có 3 bệnh nhân đã mổ mở trước đó trong đó có 1 bệnh nhân đã mổ 2 lần. Tỷ lệ mổ lại sau phẫu thuật lấy tổ chức hoại tử của chúng tôi là 25%, tương đương với tỉ lệ của Beger.

Năm 2010 nhóm các tác giả ở Hà Lan đứng đầu là Van Santvoort đã đưa ra chiến lược điều trị theo bước tăng dần gồm điều trị nội khoa, chỉ can thiệp khi có chỉ định sau khoảng 3 – 4 tuần, mở đầu là dẫn lưu ổ hoại tử qua da hoặc lấy hoại tử và dẫn lưu xuyên thành dạ dày qua nội soi. Nếu không hiệu quả thì chuyển qua mổ lấy tổ chức hoại tử sau phúc có nội soi hỗ trợ đã mang lại kết quả tốt, làm giảm tỉ lệ chết, biến chứng nặng, biến chứng muộn, giảm chi phí điều trị. Với việc điều trị theo bước tăng dần như vậy thì 1/3 bệnh nhân khỏi sau dẫn lưu khoang sau phúc mạc qua da mà không cần phẫu thuật lấy tổ chức hoại tử [2]. Chiến lược này cũng được sự đồng thuận của nhiều tác giả [10]. Chúng tôi đang ứng dụng điều trị viêm tụy hoại tử nhiễm trùng theo hai bước là dẫn lưu ổ hoại tử qua da dưới hướng dẫn của siêu âm nếu không kết quả thì phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ để lấy tổ chức hoại tử. Với việc ứng dụng này, chúng tôi đã phẫu thuật lấy tổ chức hoại tử ngay sau phúc mạc cho 12 trường hợp cho kết quả tốt, với thời gian phẫu thuật trung bình là 82,1 phút, sau mổ hồi phục sức khoẻ nhanh, tỉ lệ biến chứng thấp (16,7%), tỉ lệ tử vong là 8,3%. Đánh giá kết quả theo mục 3.4 thì kết quả tốt là 66,7%, trung bình là 25,0% và xấu là 8,3%. Ảnh số 1 bệnh nhân số 12 của chúng tôi cho thấy tổn thương hoại tử lan rộng, dịch ổ bụng nhiều ở cả hai bên, bụng chướng căng, đau, đã được dẫn lưu ổ hoại tử qua da dưới hướng dẫn của siêu

âm, nhưng tình trạng bệnh nhân xấu đi với sốt cao liên tục, phải thở máy, lọc máu và vận mạch, dịch cấy ổ hoại tử có vi khuẩn. Ảnh số 2 chúng tôi đã phẫu thuật sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ cả hai bên lấy tổ chức hoại tử và dẫn lưu rộng rãi, 3 ngày sau mổ bệnh nhân bỏ được máy thở, các dấu hiệu tốt dần lên, ăn uống trở lại, vận động đi lại tốt. Ảnh số 3, vết mổ đường sườn hai bên để hở sau 15 ngày sạch và đang liền sẹo đẹp.



Ảnh 3: Đường mổ hai bên lấy tổ chức hoại tử sau hai tuần phẫu thuật.

A. Đường mổ bên phải; B. Đường mổ bên trái

Tóm lại: Nhiễm trùng tổ chức hoại tử trong viêm tụy là biến chứng nặng, điều trị phức tạp, tỉ lệ biến chứng và tử vong cao. Điều trị theo bước tăng dần, trong đó phẫu thuật sau phúc mạc lấy tổ chức hoại tử có nội soi hỗ trợ được áp dụng ở những bệnh nhân không đáp ứng với dẫn lưu qua da biểu hiện tình trạng tại chỗ tăng lên và tình trạng toàn thân xấu đi.

V. KẾT LUẬN

Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng hay gặp ở nam giới, tuổi trung bình là 56,7 tuổi. Phẫu thuật đường sườn sau phúc mạc có nội soi hỗ trợ lấy tổ chức hoại tử nên được chỉ định vào tuần thứ 3 từ khi khởi phát bệnh, là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bang J. Y. et al. (2019)**, "An Endoscopic Transluminal Approach, Compared With Minimally Invasive Surgery, Reduces Complications and Costs for Patients With Necrotizing Pancreatitis", *Gastroenterology*. **156** (4), pp. 1027-1040 e1023.
2. **van Santvoort H. C. et al. (2010)**, "A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis", *N Engl J Med*. **362** (16), pp. 1491-1502.
3. **Sorrentino L. et al. (2017)**, "Combined totally mini-invasive approach in necrotizing pancreatitis: a case report and systematic literature review", *World J Emerg Surg*. **12**, pp. 16.
4. **Fagniez P. L. et al. (1989)**, "Direct retroperitoneal approach to necrosis in severe acute pancreatitis", *Br J Surg*. **76** (3), pp. 264-267.
5. **Gambiez L. P. et al. (1998)**, "Retroperitoneal approach and endoscopic management of peripancreatic necrosis collections", *Arch Surg*. **133** (1), pp. 66-72.
6. **Carter C. R. et al. (2000)**, "Percutaneous necrosectomy and sinus tract endoscopy in the management of infected pancreatic necrosis: an

- initial experience", *Ann Surg.* **232** (2), pp. 175-180.
7. **Horvath K. D. et al. (2001)**, "Laparoscopic assisted percutaneous drainage of infected pancreatic necrosis", *Surg Endosc.* **15** (7), pp. 677-682.
8. **van Santvoort H. C. et al. (2007)**, "Case-matched comparison of the retroperitoneal approach with laparotomy for necrotizing pancreatitis", *World J Surg.* **31** (8), pp. 1635-1642.
9. **Yokoe M. et al. (2015)**, "Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese Guidelines 2015", *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* **22** (6), pp. 405-432.
10. **Doctor N. et al. (2011)**, "Analysis of the delayed approach to the management of infected pancreatic necrosis", *World J Gastroenterol.* **17** (3), pp. 366-371.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG BỆNH TIÊU CHẢY CHO TRẺ CỦA BÀ MẸ CÓ CON TỪ 6-24 THÁNG TUỔI TẠI XÃ MINH KHAI, HUYỆN HOÀI ĐỨC, HÀ NỘI

Phạm Văn Hùng¹, Trần Hồng Trâm¹, Nguyễn Huy Bình²

TÓM TẮT

Tiêu chảy là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ em dưới 5 tuổi, đặc biệt là ở lứa tuổi 6-24 tháng. Kiến thức và thực hành của các bà mẹ là nhân tố quyết định trong việc phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ em, đồng thời cũng làm giảm gánh nặng bệnh tật và chi phí đáng kể đối với gia đình và hệ thống y tế. Nghiên cứu được tiến hành trên 216 bà mẹ có con từ 6-24 tháng tuổi tại xã Minh Khai, huyện Hoài Đức, Hà Nội năm 2015. Kết quả cho thấy: 87,5% bà mẹ trả lời đúng biểu hiện bệnh tiêu chảy, 57,4% bà mẹ nhận biết nguyên nhân gây bệnh, 28,2% bà mẹ trả lời đạt về nhận biết hậu quả bệnh tiêu chảy. Về phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ, 57,4% bà mẹ trả lời đạt. Bà mẹ biết cho trẻ bú sớm sau khi sinh là 67,1%; 70,4% bà mẹ biết nên cho trẻ bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu, 37,5% bà mẹ trả lời cho trẻ ăn dặm lúc trên 6 tháng. 52,8% bà mẹ có thực hành đạt về phòng tiêu chảy.

Từ khóa: Phòng bệnh, tiêu chảy, kiến thức, thực hành, bà mẹ.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF PREVENTING DIARRHEA IN CHILDREN OF MOTHERS WITH CHILDREN AGED 6-24 MONTHS IN MINH KHAI COMMUNE, HOAI DUC DISTRICT, HANOI

Diarrhea is one of the leading causes of death for children under 5 years old, especially between the ages of 6-24 months. Mothers' knowledge and practices are crucial in preventing diarrhea in children, while also reducing the burden of disease and significant costs on families and health systems. The

study was conducted on 216 mothers with children aged 6-24 months in Minh Khai commune, Hoai Duc district, Hanoi in 2015. The results showed that: 87.5% of mothers correctly answered diarrhea symptoms. 57.4% of mothers recognized the cause of the disease, 28.2% of the mothers answered that they knew the consequences of diarrhea. Regarding the prevention of diarrhea in children, 57.4% of mothers answered yes. Mothers who know how to breastfeed soon after birth is 67.1%; 70.4% of mothers know that babies should be exclusively breastfed in the first 6 months, 37.5% of mothers answered that babies should be fed solid foods at over 6 months. 52.8% of mothers had good practice in preventing diarrhea.

Key words: Diarrheal diseases, mothers, practice, knowledge, preventing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều thập niên gần đây, tiêu chảy là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ em dưới 5 tuổi, đặc biệt là ở lứa tuổi 6-24 tháng. Ước tính có khoảng 1,7 tỷ trường hợp tiêu chảy mỗi năm và khoảng 760.000 trẻ em dưới 5 tuổi chết do bệnh tiêu chảy, 80% tử vong do tiêu chảy xảy ra ở lứa tuổi dưới 2 tuổi.^{1,2} Ở Việt Nam, nhiều năm trở lại đây tình hình bệnh tiêu chảy đã có nhiều cải thiện, tuy nhiên nó vẫn được đưa vào trong số 26 bệnh báo cáo thường xuyên. Tại xã Minh Khai, mặc dù chương trình phòng chống bệnh tiêu chảy đã và đang được triển khai trong nhiều năm nay nhưng thời gian qua tình hình mắc bệnh tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi còn cao, năm 2014 tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy của xã là 12,5% so với toàn huyện.^{3,4} Bà mẹ là người có vai trò quan trọng trong sự phát triển sức khỏe của trẻ ngay từ lúc mang thai cho đến khi trưởng thành. Vì vậy, kiến thức và thực hành của các bà mẹ là nhân tố quyết định trong việc phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ em, đồng thời cũng làm giảm gánh nặng bệnh tật và chi phí đáng kể đối với gia đình và hệ thống y tế. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này

¹Viện Kiểm định quốc gia vắc xin và Sinh phẩm y tế, Bộ Y tế

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hùng

Email: hungnicvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022