

việc phát hiện nhanh những cá thể có khả năng lây lan virus. Điều này là cơ sở cho các điều chỉnh chiến lược sử dụng test nhanh kháng nguyên hợp lý, khoanh vùng ca nhiễm sớm và giúp phân loại khi giải gộp mẫu dương trong giám sát định kỳ cho nhân viên bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Khi so sánh với kết quả xác định nhiễm Sars-CoV-2 bằng kỹ thuật realtime RT-PCR, sinh phẩm xét nghiệm nhanh kháng nguyên Panbio (Abbott) triển khai tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương có độ nhạy chung và độ đặc hiệu đạt yêu cầu của Bộ Y Tế. Khi xét riêng trong từng mức Ct gen sàng lọc (gen E), độ nhạy tỉ lệ nghịch với giá trị Ct. Quan sát này góp phần nâng cao nhận thức chung về giá trị sàng lọc của xét nghiệm nhanh kháng nguyên Sars-CoV-2 và góp phần điều chỉnh chiến lược sử dụng xét nghiệm nhanh kháng nguyên này một cách hiệu quả hơn tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ciotti, M., et al.**, Performance of a rapid antigen

test in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Journal of Medical Virology*, 2021. **93**(5): p. 2988-2991.

2. **Aleman, A., et al.**, Analytical and clinical performance of the panbio COVID-19 antigen-detecting rapid diagnostic test. *The Journal of Infection*, 2021. **82**(5): p. 186-230.

3. **Abbott, D.I.**, Panbio Covid-19 Ag Rapid Test (Nasopharyngeal). 2021.

4. **Bộ Y tế**, Sổ tay hướng dẫn đánh giá việc thực hiện tiểu chỉ đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học. 2018.

5. **Gremmels, H., et al.**, Real-life validation of the Panbio™ COVID-19 antigen rapid test (Abbott) in community-dwelling subjects with symptoms of potential SARS-CoV-2 infection. *EClinicalMedicine*, 2021. **31**: p. 100677.

6. **Merino, P., et al.**, Multicenter evaluation of the Panbio™ COVID-19 rapid antigen-detection test for the diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Clinical Microbiology and Infection*, 2021. **27**(5): p. 758-761.

7. **Linares, M., et al.**, Panbio antigen rapid test is reliable to diagnose SARS-CoV-2 infection in the first 7 days after the onset of symptoms. *Journal of Clinical Virology*, 2020. **133**: p. 104659.

8. **Bullete, O., et al.**, Panbio™ rapid antigen test for SARS-CoV-2 has acceptable accuracy in symptomatic patients in primary health care. *Journal of Infection*, 2021. **82**(3): p. 391-398.

VIÊM TÚI MẬT HOẠI TỬ SINH HƠI: CA LÂM SÀNG

Nguyễn Đình Minh¹, Lê Thanh Dũng¹,
Nguyễn Sỹ Lánh¹, Trần Quang Lộc²

TÓM TẮT

Viêm túi mật hoại tử sinh hơi là một dạng hiếm gặp của viêm túi mật cấp tính. Bệnh có tỷ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và xử trí phẫu thuật kịp thời. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 89 tuổi với đau bụng dữ dội vùng thượng vị. Trên hình ảnh siêu âm và cắt lớp vi tính được chẩn đoán là viêm túi mật hoại tử sinh hơi. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt túi mật nội soi và lau rửa ổ bụng. Kết quả giải phẫu bệnh có hình ảnh túi mật hoại tử toàn bộ, thâm nhập dày đặc các tế bào viêm mủ.

Từ khóa: Viêm túi mật hoại tử sinh hơi, Viêm túi mật cấp, Cắt lớp vi tính.

SUMMARY

EMPHYSEMATOUS CHOLECYSTITIS: A CASE REPORT

Emphysematous cholecystitis (EC) is a rare but deadly variant of acute cholecystitis. A prompt

diagnosis is essential to minimize the morbidity and mortality rates associated with EC. We report a case of an 89-year-old female patient with brutal epigastric abdominal pain. On ultrasound and CTscan, the diagnosis was an emphysematous cholecystitis. The patient underwent laparoscopic cholecystectomy and abdominal lavage. The pathological results showed that the gallbladder wall was completely necrotic, densely infiltrated with purulent inflammatory cells.

Keywords: Emphysematous cholecystitis, acute cholecystitis, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật hoại tử sinh hơi là một dạng viêm cấp tính hiếm gặp chiếm tỷ lệ từ 1%- 3% tổng số các ca viêm túi mật cấp. Tuy nhiên, bệnh có tỷ lệ tử vong cao tới 25% do biến chứng như hoại tử thủng túi mật, áp xe túi mật, viêm phúc mạc mật¹.

Vì vậy, việc chẩn đoán sớm là rất quan trọng nhằm mục đích điều trị phẫu thuật cắt túi mật cấp cứu, tránh được các biến chứng nặng. Khí được tạo ra bởi các vi khuẩn sinh khí sẽ nằm rải rác trong lòng hoặc thành túi mật, nhưng cũng có thể lan theo cây đường mật hay lan vào phúc mạc hoặc sau phúc mạc². Các yếu tố nguy cơ

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,

²Trường Đại học Y Hà Nội,

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhdr24@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

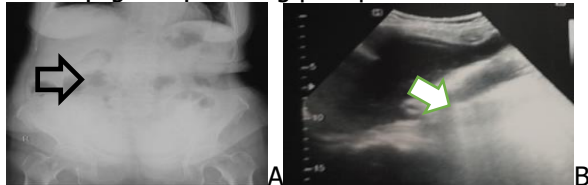
Ngày duyệt bài: 7.2.2022

hay gặp là đái tháo đường, bệnh mạch máu ngoại vi, suy giảm miễn dịch. Hình ảnh khí trong thành hoặc lòng túi mật là đặc điểm quan trọng và có độ đặc hiệu cao nhất trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán xác định bệnh này. Tuy nhiên, đây là dấu hiệu hiếm gặp nên chẩn đoán sớm bệnh này còn gặp nhiều khó khăn. Phân tích giải phẫu bệnh vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định nhưng không giúp ích cho vấn đề điều trị sớm cho bệnh nhân. Phần lớn bệnh nhân vào viện với các triệu chứng đột ngột đau tức vùng hạ sườn phải, sốt, nôn, vàng da, do đó, nếu chỉ dựa trên các triệu chứng lâm sàng thì rất khó phân biệt với viêm túi mật cấp tính.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp viêm túi mật hoại tử sinh hơi được phát hiện trên chụp cắt lớp vi tính đa dãy (CLVT) và chẩn đoán xác định dựa trên mô bệnh học.

I. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 89 tuổi đến viện vì đau bụng dữ dội vùng thượng vị từ trước khi vào viện 15 giờ. Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp uống thuốc điều trị thường xuyên, duy trì huyết áp trong giới hạn bình thường. Khám lâm sàng: da, niêm mạc hồng, phản ứng thành bụng vùng hạ sườn phải, không rõ cảm ứng phúc mạc. Trên phim chụp X quang bụng không chuẩn bị thấy có vài bóng khí tập trung ở vị trí hố túi mật, không thấy bóng hơi dưới hoành, các quai ruột không giãn. Trên hình ảnh siêu âm ổ bụng thấy có khí trong túi mật, khó đánh giá thành túi mật do vướng khí, dịch quanh túi mật và nhiều dịch tự do ổ bụng. Ít dịch màng phổi phải.



Hình 1: Hình ảnh X quang và siêu âm ổ bụng

Hình ảnh X quang bụng không chuẩn bị (a) thấy bóng khí tập trung vị trí hố túi mật (mũi tên đen). Siêu âm ổ bụng (b) có hình ảnh khí trong thành túi mật tạo thành dải tăng âm kèm bóng đuôi sao chổi (mũi tên trắng).

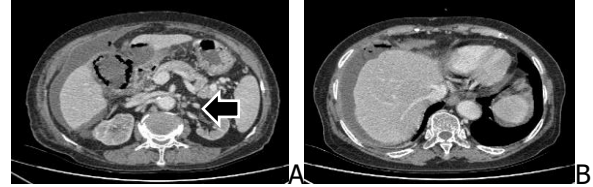
Trên hình ảnh CLVT thấy túi mật căng, thành dày, ngấm thuốc kém sau tiêm, có nhiều bóng khí trong thành và trong lòng túi mật, thành túi mật bên trái có phần mất liên tục thông với ổ dịch - khí lân cận mặt dưới gan trái, thâm nhiễm - tụ dịch xung quanh. Ổ áp xe dưới hoành mặt trên gan phải. ít dịch màng phổi phải.

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt túi mật nội

soi cấp cứu. Trong phẫu thuật thấy túi mật viêm, thành mủn nát toàn bộ, đã thủng và dính vào mạc nối lớn.

Kết quả mô bệnh học là bệnh phẩm túi mật hoại tử với kích thước 8x3cm, thành mỏng, niêm mạc hoại tử. Hình ảnh vi thể là biểu mô túi mật hoại tử lan rộng toàn bộ, xâm nhập dày đặc các tế bào viêm mủ.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân có chức năng gan thận suy giảm dần. Hậu phẫu ngày thứ 7, bệnh nhân có biểu hiện rối loạn đông máu, tiểu cầu 70 G/l, PT 54%, hút dịch nội khí quản ra máu đỏ nâu. Hậu phẫu ngày thứ 14, bệnh nhân biểu hiện sốc nhiễm khuẩn, loạn nhịp tim hoàn toàn, huyết áp tụt sâu, vô niệu, suy đa tạng, được chỉ định sử dụng vận mạch liều cao, siêu lọc máu. Bệnh nhân không đáp ứng với điều trị.



Hình 2. Hình ảnh chụp CLVT ổ bụng

(a) Hình ảnh CLVT sau tiêm đối quang thấy khí tập trung ở trong thành và trong lòng túi mật, thành trái túi mật mất liên tục thông với ổ dịch khí lân cận dưới gan trái (mũi tên đen). (b) hình ảnh tụ dịch khí dưới hoành mặt trên gan phải (mũi tên trắng).

IV. BÀN LUẬN

Viêm túi mật hoại tử sinh hơi là một dạng hiếm gặp của viêm túi mật cấp tính do các vi khuẩn sinh khí gây ra. Tỷ lệ tử vong của viêm túi mật cấp không biến chứng là khoảng 1,4%, trong khi tỷ lệ tử vong của viêm túi mật sinh khí là 15% -20%³. Tuy nhiên, viêm túi mật hoại tử sinh hơi có nhiều điểm khác so với viêm túi mật cấp cho thấy sinh lý bệnh là khác nhau. Thứ nhất, viêm túi mật cấp tính có tỷ lệ mắc bệnh của phụ nữ cao hơn nam giới, nhưng trong viêm túi mật hoại tử sinh hơi tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới thường cao hơn⁴. Thứ hai, hầu hết bệnh nhân bị viêm túi mật hoại tử sinh hơi ở độ tuổi từ 50 đến 70 tuổi và khoảng 50% có bệnh lý nền như đái tháo đường hoặc bệnh mạch máu ngoại vi. Thứ ba, sỏi mật gặp trong khoảng 90% các trường hợp viêm túi mật cấp tính và có vai trò chính trong cơ chế bệnh sinh, nhưng chỉ gặp khoảng 40% trong viêm túi mật hoại tử sinh hơi. Thứ tư, thiếu máu cục bộ của túi mật do túi mật căng hay tắc động mạch túi mật có vai trò quan trọng trong sự tiến triển của bệnh viêm túi mật

hoại tử sinh hơi, do đó bệnh thường xảy ra ở người cao tuổi mắc bệnh tiểu đường và bệnh mạch máu ngoại vi. Kết quả giải phẫu bệnh ở những bệnh nhân viêm túi mật hoại tử sinh hơi thường thấy tỷ lệ mắc bệnh viêm tắc động mạch hoặc có tắc mạch túi mật cao hơn so với viêm túi mật cấp tính⁴. Tuy nhiên, do bệnh hiếm gặp nên khó có thể xác định chính xác sinh lý bệnh của bệnh.

Triệu chứng lâm sàng khởi phát của viêm túi mật hoại tử sinh hơi tương tự như viêm túi mật cấp với các triệu chứng đau bụng âm ỉ nhưng có thể xấu đi nhanh chóng do các biến chứng như hoại tử và thủng. Các triệu chứng lâm sàng chính bao gồm đau hạ sườn phải, sốt, ngoài ra nôn và buồn nôn gặp khoảng 50% trường hợp. Phần lớn bệnh nhân đều biểu hiện tăng số lượng bạch cầu, glucose máu và bilirubin toàn phần. Các mẫu nuôi cấy thu được từ túi mật bị viêm có khí phế thũng dương tính trong khoảng 95% trường hợp. Các vi khuẩn phổ biến được phát hiện gồm Clostridium spp, Escherichia coli và Klebsiella spp, vi khuẩn có thể di chuyển từ đường ruột đến hệ thống đường mật và phát triển trong túi mật khi pH giảm trong tình trạng thiếu máu cục bộ túi mật liên quan đến tắc động mạch túi mật.⁵ Diễn biến của bệnh có thể tiến triển rất nhanh nên tiên lượng bệnh phụ thuộc rất nhiều vào khả năng chẩn đoán chính xác và kịp thời. Vì vậy, việc lựa chọn phương pháp chẩn đoán hình ảnh phù hợp để phát hiện và điều trị kịp thời cho bệnh nhân là rất quan trọng.



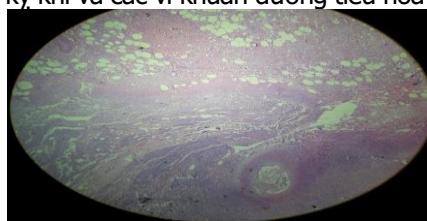
Hình 3: Hình ảnh phẫu thuật nội soi

Túi mật mủn nát toàn bộ, dính vào mạc nối lớn.

Viêm túi mật hoại tử sinh hơi được chẩn đoán xác định khi thấy khí trong lòng và/hoặc khí trong thành túi mật. Trên hình ảnh X quang có thể gặp một số bệnh lý có hình ảnh giống với khí trong túi mật như: cơ Oddi mất chức năng, dùng thuốc (dopamine, nitroglycerin và magie sulphat), hoặc thủng ruột trong chấn thương bụng. Tuy nhiên, X quang bụng không chuẩn bị có độ nhạy thấp. Hình ảnh siêu âm viêm túi mật hoại tử sinh hơi phụ thuộc vào số lượng và vị trí của khí trong túi mật. Đặc trưng trên siêu âm là hình ảnh ổ tăng âm kèm đuôi sao chổi, trong trường hợp nhiều khí có thể thấy dải tăng âm.

Dấu hiệu túi mật sủi bọt "Effervescent gallbladder" hay dấu hiệu sâm banh "Champagne sign" là đặc hiệu trong viêm túi mật hoại tử sinh hơi mô tả hình ảnh khí di chuyển tự do trong lòng túi mật. Có thể gặp dấu hiệu dương tính giả trong trường hợp sỏi lấp đầy túi mật hoặc vôi hóa túi mật. Ngoài ra, âm tính giả có thể gặp khi dịch quanh túi mật hòa lẫn với quai ruột⁶. Trên siêu âm còn thấy dấu hiệu dày thành túi mật không đều, có phần mất liên tục, tụ dịch quanh túi mật. Dấu hiệu bong niêm mạc túi mật là đặc hiệu của bệnh nhưng ít gặp. Chụp CLVT đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh lý này khi X quang và siêu âm bụng không thể kết luận được. Đây là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có độ đặc hiệu cao nhất trong chẩn đoán viêm túi mật hoại tử sinh hơi nên thường được sử dụng trong thực hành lâm sàng nhằm chẩn đoán xác định bệnh cũng như đánh giá đầy đủ các biến chứng của bệnh và tầm soát các bệnh lý khác đi kèm⁷. Đặc điểm hình ảnh viêm túi mật hoại tử sinh hơi trên CLVT như túi mật căng, thành dày kém ngấm thuốc, thâm nhiễm và tụ dịch quanh túi mật, có thể có sỏi túi mật, tăng ngấm thuốc nhu mô gan quanh túi mật, mất liên tục thành túi mật khi có thủng và tạo ổ áp xe cạnh túi mật. Dấu hiệu bóng khí trong thành và trong lòng túi mật là đặc hiệu cho chẩn đoán viêm túi mật hoại tử sinh hơi. Tuy nhiên, đây là dấu hiệu đặc trưng nhưng hiếm gặp nên độ nhạy của CLVT để chẩn đoán bệnh này là chưa cao⁸.

Điều trị phẫu thuật cắt túi mật cấp cứu là phương pháp được lựa chọn khi có chẩn đoán viêm túi mật sinh khí bởi tốc độ tiến triển nhanh của bệnh. Đồng thời, bệnh nhân cần được sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch để điều trị vi khuẩn kỵ khí và các vi khuẩn đường tiêu hóa khác.



Hình 4. Hình ảnh giải phẫu bệnh

Biểu mô túi mật hoại tử lan rộng toàn bộ, xâm nhập dày đặc các tế bào viêm mủ và các ổ tụ khí dạng nang ở trong thành và bề mặt niêm mạc (mũi tên trắng).

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, các dấu hiệu trên lâm sàng và hình ảnh là tương đối điển hình của viêm túi mật hoại tử sinh hơi. Tuy nhiên, do bệnh nhân già yếu, thời gian chẩn đoán và phẫu thuật là muộn do vậy tiên lượng

sau phẫu thuật là rất khó khăn. Mặc dù bệnh nhân được hồi sức tích cực trong 2 tuần hậu phẫu, nhưng kết quả dẫn đến sốc nhiễm trùng và suy đa tạng do không đáp ứng với điều trị. Điều đó cho thấy phát hiện và điều trị phẫu thuật sớm đóng vai trò rất quan trọng trong tiên lượng bệnh lý này.

V. KẾT LUẬN

Viêm túi mật hoại tử sinh hơi là bệnh có tỷ lệ tử vong cao. Dấu hiệu đặc trưng trên chẩn đoán hình ảnh là hình ảnh bóng khí trong thành và trong lòng túi mật. Chẩn đoán và điều trị phẫu thuật cắt túi mật cấp cứu cần được thực hiện càng sớm càng tốt kết hợp với kháng sinh đường tĩnh mạch đóng vai trò quyết định trong việc điều trị bệnh này nhằm hạn chế biến chứng và nguy cơ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Katagiri H, Yoshinaga Y, Kanda Y, Mizokami K. "Emphysematous cholecystitis successfully treated by laparoscopic surgery." J Surg Case Rep 2014; 4.

2. Kowalski A, Kashyap S, Mathew G, Pfeifer C. Clostridial Cholecystitis. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2022. Accessed January 23, 2022.
3. Wu JM, Lee CY, Wu YM. Emphysematous cholecystitis. Am J Surg. 2010; 200(4): e53-54.
4. Grayson DE, Abbott RM, Levy AD, Sherman P. M. Emphysematous Infections of the Abdomen and Pelvis: A Pictorial Review. RadioGraphics. Accessed January 23, 2022.
5. Garcia-Sancho TL, Rodriguez-Montes JA, Fernandez de Lis S, Garcia-Sancho ML. Acute emphysematous cholecystitis. Report of twenty cases. Hepatogastroenterology. 1999; 46(28): 2144-2148.
6. Niederhauser BD, Atwell TD, MacCarty RL, Bender CE. Gas-containing gallstones as a cause of the "effervescent gallbladder" sign and pneumobilia. J Clin Ultrasound JCU. 2013; 41(1): 50-53.
7. Sunnapwar A, Raut AA, Nagar AM, Katre R. Emphysematous cholecystitis: Imaging findings in nine patients. Indian J Radiol Imaging. 2011; 21(2): 142-146.
8. Bennett G. L., Rusinek H., Lisi V., Israel G.M., Krinsky G. A., Slywotzky C. M., Megibow. A. CT Findings in Acute Gangrenous Cholecystitis. American Journal of Roentgenology. 2002; 178(2): 275-281.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHÁC ĐỒ GEMOX TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TUY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trịnh Lê Huy^{1,2}, Trần Đình Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phác đồ GEMOX ở nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến tụy giai đoạn tiến triển và di căn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 33 bệnh nhân ung thư tụy giai đoạn không còn khả năng phẫu thuật triệt căn được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 7 năm 2021. **Kết quả:** Nhóm tuổi 41-60 là nhóm tuổi thường gặp nhất (51,5%). Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới (66,7%). Tổng số chu kỳ Gemox được điều trị ở 33 bệnh nhân nghiên cứu là 230 chu kỳ, trung bình khoảng 7 chu kỳ/một bệnh nhân. Có 5 bệnh nhân đáp ứng 6 phần (đạt tỷ lệ 18,2%), bệnh ổn định ở 5 bệnh nhân (đạt tỷ lệ 15,1%). CA19.9 giảm có nhiều bệnh nhân bệnh đáp ứng hoặc giữ nguyên hơn và ngược lại ($p < 0,05$). Thiếu máu là độc tính thường gặp nhất (69,6%), sau đó là hạ tiểu cầu (37,0%), chủ yếu ở độ 1,2. Không gặp độc tính trên thận. **Kết luận:** Phác đồ GEMOX

nhìn chung an toàn và đem lại hiệu quả nhất định trên nhóm bệnh nhân ung thư tụy không còn khả năng phẫu thuật.

Từ khóa: ung thư tụy, GEMOX

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF GEMOX REGIMEN IN THE TREATMENT OF PANCREATIC CARCINOMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the treatment results of GEMOX regimen on locally advanced and metastatic pancreatic cancer. **Patients and methods:** Descriptive retrospective study on 33 unresectable pancreatic cancer patients treated at National Cancer Hospital from January 2016 to July 2021. **Results:** The age group 41-60 was the most common group (51,5%). Most patients were male (66,7%). The total number of treatment cycle was 230 with the average number of cycles each patient was 7. Six patients had partial response (18,2%), and five patients had stable disease (15,1%). CA 19-9 serum level tends to decrease in patients with response or stable disease ($p < 0.05$). Anemia was the most common adverse event (69,6%), followed by thrombocytopenia (37,0%), most of which were in grade 1,2. No grade 3,4 toxicity on liver or kidney was observed. **Conclusion:** GEMOX regimen was safe and effective in a number of patients with unresectable pancreatic cancer.

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: trinhlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022