

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC SƠ SINH DO THÙNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC TỪ NĂM 2018 – 2020

HỒ TUẤN HOÀNG¹, NGUYỄN VIỆT HOA²
ĐẶNG THỊ HUYỀN TRANG²
¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phúc mạc sơ sinh là cấp cứu ngoại nhi phức tạp, nguyên nhân bệnh sinh đa dạng, triệu chứng lâm sàng không điển hình nên bệnh nhân thường được can thiệp phẫu thuật muộn, bệnh diễn biến nhanh đến nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng làm tử vong nhanh.

Ở Việt Nam, hiện đã có sự tiến bộ rõ rệt trong chẩn đoán và điều trị sớm viêm phúc mạc sơ sinh thể hiện rõ qua các công trình nghiên cứu về bệnh lý này. Với sự phát triển của chẩn đoán trước sinh và hồi sức sau sinh nên việc chẩn đoán sớm viêm phúc mạc sơ sinh ngày càng tăng, nâng cao tỉ lệ sống cho bệnh nhân khi được can thiệp kịp thời. Do đó, để góp phần trong chẩn đoán sớm và điều trị viêm phúc mạc sơ sinh chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc sơ sinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2018 - 2020”.

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc sơ sinh do thủng đường tiêu hóa tại bệnh viện Việt Đức năm 2018 - 2020, so sánh một số yếu tố trong điều trị giữa viêm phúc mạc bào thai và viêm phúc mạc sơ sinh do thủng đường tiêu hóa sơ sinh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu bệnh nhân sơ sinh được phẫu thuật điều trị viêm phúc mạc sơ sinh do thủng đường tiêu hóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2018 đến tháng 08/2020.

Kết quả: 17 bệnh nhân với tỉ lệ nam/nữ =1,8/1, 58,8% là trẻ sơ sinh non tháng, bụng chướng gập trong 100% bệnh nhân, hình ảnh XQ điển hình là ổ bụng mờ, liềm hơi dưới hoành, tổn thương trong ổ chủ yếu ở ruột non (hồng tràng, hồi tràng), dẫn lưu 2 đầu ruột là phương pháp được sử dụng nhiều nhất với 58,8%, có sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê giữa thời gian hồi sức trước mổ của 2 nhóm bệnh nhân: Với viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa sau sinh là $46,3 \pm 39,8$ so với viêm phúc mạc bào thai ($4,75 \pm 0,5$). ($p = 0,003 < 0,05$), không có sự khác biệt giữa thời gian phẫu thuật và thời gian hậu phẫu giữa 2 nhóm. 100% bệnh nhân tử vong ở nhóm viêm phúc mạc do thủng ruột sau sinh.

Bản luận: Viêm phúc mạc sơ sinh vẫn là một cấp cứu ngoại khoa phức tạp với tỉ lệ tử vong cao, cần phối hợp nhiều chuyên ngành ngoại, sản, hồi sức để chẩn đoán, điều trị kịp thời để cải thiện tiên lượng sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Viêm phúc mạc sơ sinh, thủng đường tiêu hóa.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS FOR NEONATAL PERITONITIS DUE TO GASTROINTESTINAL PERFORATION AT VIET DUC HOSPITAL FROM 2018 TO 2020

Background: Neonatal peritonitis is a complicated pediatric emergency, etiology is diverse, clinical symptoms are atypical, so patients often have late surgical intervention, the disease progresses rapidly to sepsis, septic shock causes rapid death.

In Vietnam, there has been remarkable progress in early diagnosis and treatment of neonatal peritonitis, which is clearly demonstrated through researches on this pathology. With the development of prenatal diagnosis and postpartum resuscitation, the early diagnosis of neonatal peritonitis is increasing, improving the survival rate for patients with timely intervention. Therefore, in order to contribute to the early diagnosis and treatment of neonatal peritonitis, we conducted the study "Evaluating the results of neonatal peritonitis treatment at Viet Duc Hospital from 2018 to 2020".

Objectives: Clinical, paraclinical characteristics and evaluation of treatment results for neonatal peritonitis due to gastrointestinal perforation at Viet Duc hospital in 2018-2020.

Chịu trách nhiệm: Hồ Tuấn Hoàng
Email: hotuanhoang95@gmail.com
Ngày nhận: 13/8/2021
Ngày phản biện: 10/9/2021
Ngày duyệt bài: 22/9/2021

Subjects and methods: Retrospectively, a neonatal patient underwent surgery to treat neonatal peritonitis due to gastrointestinal perforation at Viet Duc Friendship Hospital from January 2018 to August 2020.

Results: 17 patients with male/female ratio = 1.8/1, 58.8% were preterm infants, abdominal distension was seen in 100% of patients, typical X-ray images were blurred abdominal cavity, sickle slightly below the diaphragm, intraoperative lesions are mainly in the small intestine (jejunum, ileum), drainage of the two ends of the intestine is the most commonly used method with 58.8%, There is a statistically significant difference between Preoperative recovery time of 2 groups of patients: with peritonitis due to gastrointestinal perforation after birth was 46.3 ± 39.8 compared with fetal peritonitis (4.75 ± 0.5). ($p = 0.003 < 0.05$), there was no difference between the time of surgery and the time after surgery between the 2 groups. 100% of patients died in the peritonitis group due to intestinal perforation after birth.

Discussion: Neonatal peritonitis is still a complicated surgical emergency with a high mortality rate, requiring a combination of surgical, obstetric, and resuscitation specialties for timely diagnosis and treatment to improve survival for patients

Keywords: Neonatal peritonitis, gastrointestinal perforation.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc sơ sinh là cấp cứu ngoại nhi phức, nguyên nhân bệnh sinh đa dạng, triệu chứng lâm sàng không điển hình nên bệnh nhân thường được can thiệp phẫu thuật muộn, bệnh diễn biến nhanh đến nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng làm tử vong nhanh.

Tỷ lệ tử vong của viêm phúc mạc sơ sinh còn rất cao: Asabe K năm 2009 và một số tác giả khác cho rằng tỷ lệ tử vong vào khoảng 50%^[1]. Tại Việt Nam theo Nguyễn Thanh Liêm, năm 2006 tỷ lệ tử vong viêm phúc mạc do thủng ruột là 21,7%^[2], theo Diệp Quế Trinh, năm 2011 tỷ lệ tử vong là 28,9%^[3].

Ở Việt Nam, hiện đã có sự tiến bộ rõ rệt trong chẩn đoán và điều trị sớm viêm phúc mạc sơ sinh thể hiện rõ qua các công trình nghiên cứu về bệnh lý này. Với sự phát triển của chẩn đoán trước sinh và hồi sức sau sinh nên việc chẩn đoán sớm viêm phúc mạc sơ sinh ngày càng tăng, nâng cao tỉ lệ sống cho bệnh nhân khi được can thiệp kịp thời. Do đó để góp phần trong chẩn đoán sớm và điều trị viêm phúc mạc sơ sinh chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá kết quả

điều trị viêm phúc mạc sơ sinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2018 - 2020”.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả những bệnh nhân sơ sinh (≤ 30 ngày tuổi) được chẩn đoán sau mổ là viêm phúc mạc sơ sinh do thủng ruột tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có dị tật bẩm sinh phải can thiệp ngoại khoa khác kèm theo, chẩn đoán sau mổ không phải là viêm phúc mạc sơ sinh, viêm phúc mạc sơ sinh do can thiệp ngoại khoa.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu loạt ca bệnh.

Cách thu thập bệnh án nghiên cứu:

- Tra cứu sổ ra vào viện của Khoa Phẫu thuật Nhi, Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 8 năm 2020. Từ đó, lập ra danh sách bệnh nhân gồm tên, tuổi, chẩn đoán lâm sàng, ngày ra vào viện.

- Tra mã hồ sơ bệnh án của từng bệnh nhân tại Phòng Hồ sơ Lưu trữ, Bệnh viện Việt Đức theo phân loại bệnh quốc tế ICD 10.

- Kiểm tra hồ sơ, đối chiếu phù hợp với chỉ tiêu, mới lấy vào nghiên cứu.

- Vào theo bệnh án mẫu đã nghiên cứu trước

3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- **Đặc điểm lâm sàng:**

+ Đặc điểm chung: Giới tính, cân nặng lúc sinh, tuổi thai, tuổi vào viện.

+ Triệu chứng lâm sàng:

Toàn thân: Tình trạng sốc trước mổ, tình trạng suy hô hấp trước mổ.

Cơ năng: Nôn, không ỉa phân su.

Thực thể: Bụng trướng, thành bụng nề, quai ruột nổi, búi mỡ lớn sưng nề.

+ Đặc điểm cận lâm sàng:

Xét nghiệm máu: Bạch cầu, CRP.

Chẩn đoán hình ảnh: XQ, siêu âm trước mổ.

- **Đặc điểm phẫu thuật, hậu phẫu**

+ Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện

+ Các phương pháp xử lý tổn thương

Dẫn lưu hai đầu ruột ra ngoài.

Khâu lỗ thủng.

Nối ruột ngay thì đầu.

Mổ mở sau dẫn lưu đơn thuần.

- **Kết quả sớm:** Được đánh giá tại thời điểm bệnh nhân xuất viện và chúng tôi chia làm 3 loại:

Tốt: Nhóm bệnh nhân không có biến chứng, ra viện.

Trung bình: Nhóm có biến chứng nhưng điều trị khỏi, ra viện.

Xấu: Nhóm bệnh nhân tử vong.

4. Xử lý số liệu

Theo phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ

Tỉ lệ nam/nữ = 1,83/1.

Phần lớn BN nằm trong nhóm sơ sinh non yếu với tuổi thai trung bình là 34,6, tuổi thai nhỏ nhất là 27 tuần. Cân nặng lúc sinh trung bình là 2288 với trẻ nhẹ cân nhất là 600g. Tất cả các bệnh nhân tử vong đều có cân nặng dưới 2000g.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phúc mạc sơ sinh

Triệu chứng toàn thân		Số bệnh nhân (n=17)	Tỷ lệ%
Tình trạng hô hấp	Thở máy	5	29,4
Sốc	Có	4	23,5
Triệu chứng đường tiêu hóa		Số bệnh nhân	Tỷ lệ%
Cơ năng	Nôn	4	23,5
	Không ỉa phân su	16	94,1
Thực thể	Bụng chướng	17	100
	Thành bụng nề	10	58,8
	Bìu hoặc môi lớn sưng nề	9	52,9

Hình ảnh XQ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ%
Mức nước, mức hơi	3	9,7
Liềm hơi dưới cơ hoành	4	25,8
Ổ bụng mờ kèm bóng hơi giữa bụng	5	32,3
Các nốt vôi hóa	4	22,6
Hình ảnh siêu âm	Số bệnh nhân	%
Bụng chướng hơi	15	88,2
Dịch ổ bụng	17	100
Quai ruột giãn	6	35,3

Có 23,5% trường hợp có sốc trước mổ,

29,4% bệnh nhân vào viện trong tình trạng thở máy.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là bụng chướng (100%), không ỉa phân su (94,1%), ngoài ra còn có một số triệu chứng như bìu môi lớn sưng nề (52,9%) thành bụng nề, nôn chiếm 23,5% tổng số BN.

Tất cả các bệnh nhân đều được chụp XQ, siêu âm, làm xét nghiệm cơ bản trước mổ. 82,3% bệnh nhân được làm CRP trước mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng X quang thường gặp nhất là ổ bụng mờ kèm bóng hơi giữa bụng (32,3%), liềm hơi dưới hoành, các nốt vôi hóa lần lượt chiếm 25,8%, 22,6%. Ngoài ra, còn các triệu chứng khác như mức nước, mức hơi 9,7%.

Hình ảnh siêu âm thường gặp nhất là dịch ổ bụng (100%), bụng chướng hơi (88,2%), ngoài ra còn có các triệu chứng quai ruột giãn (35,3%), khí trong tĩnh mạch của thành ruột chiếm 5,9%.

58,8% bệnh nhân có tăng bạch cầu trước mổ. Tỉ lệ bệnh nhân tăng CRP là 64,3%

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ%
Dẫn lưu hai đầu ra ngoài	10	58,8
Cắt nối ruột một thì	3	17,6
Khâu lỗ thủng	3	17,6
Mổ mở sau dẫn lưu đơn thuần	1	5,9
Tổng	17	100

Tổn thương thường gặp nhất là ở hồi tràng với 58,8%, phương pháp thường dùng nhất là dẫn lưu 2 đầu ruột ra ngoài chiếm 58,8%.

Bảng 3. So sánh kết quả điều trị của viêm phúc mạc bào thai và viêm phúc mạc sơ sinh do thủng đường tiêu hóa.

Thể lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Thời gian hồi sức trước mổ	Thời gian phẫu thuật	Thời gian cho ăn	Thời gian hậu phẫu	Kết quả tốt (%)
Viêm phúc mạc bào thai	4	23,5	4,75 ± 0,5	90 ± 21,6	6 ± 2,4	9,25 ± 1,7	75
Viêm phúc mạc sơ sinh do thủng đường tiêu hóa sau sinh	13	76,5	46,3 ± 39,8	81,2 ± 13,5	6,7 ± 3,4	23,2 ± 17,4	69,2
p		0,024	0,003	0,334	0,707	0,108	0,541

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ viêm phúc mạc sơ sinh do thủng đường tiêu hóa sau sinh gặp nhiều hơn viêm phúc mạc bào thai (13/4). Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian hồi sức trước mổ của 2 nhóm bệnh nhân: Với viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa sau sinh là $46,3 \pm 39,8$ so với viêm phúc mạc bào thai ($4,75 \pm 0,5$), ($p = 0,003 < 0,05$).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật, thời gian cho ăn, thời gian hậu phẫu của hai thể bệnh ($p > 0,05$).

Tỉ lệ tử vong ở viêm phúc mạc bào thai là 0%, ở viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa sau sinh là 23,1%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

BÀN LUẬN

Viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa sơ sinh mắc ở cả hai giới, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/ nữ là = 1,83/1, ta thấy tỉ lệ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ. Tương tự với các nghiên cứu của Ngô Duy Minh (1,56/1)^[4], Diệp Quế Trinh (2,3/1)^[3], Asabe K (2,1/1)^[1].

Một số tác giả cho rằng có sự liên quan giữa bệnh viêm phúc mạc sơ sinh và tình trạng nhẹ cân. Sinh thiếu tháng là một trong những yếu tố thúc đẩy thủng đường tiêu hóa ở trẻ sơ sinh. Nguyên nhân có thể là do thiếu oxy máu, giảm lượng máu đến nuôi mô làm tổn thương niêm mạc dạ dày và gây hoại tử, thủng dạ dày theo Freeman^[5], ngoài ra còn có thể do sự kém trưởng thành của đường tiêu hóa ở trẻ sơ sinh thiếu tháng theo Resch B, Mayr J^[6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn bệnh nhân nằm trong nhóm sơ sinh non yếu với tuổi thai trung bình là 34,6, tuổi thai nhỏ nhất là 27 tuần. Cân nặng lúc sinh trung bình là 2288 với trẻ nhẹ cân nhất là 600g. Tất cả các bệnh nhân tử vong đều có cân nặng dưới 2000g.

Tỉ lệ bệnh nhân tử vong khi nhập viện trong tình trạng sốc là 50%, cao gấp 7,04 lần so với bệnh nhân không nhập viện trong tình trạng sốc.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có dấu hiệu bụng trướng. Theo nghiên cứu của Ngô Duy Minh dấu hiệu bụng trướng xuất hiện trong hầu hết các trường hợp viêm phúc mạc sơ sinh do thủng đường tiêu hóa trước hoặc sau sinh với tỷ lệ 86,4%^[4]; Theo Nguyễn Thu Hương dấu hiệu bụng trướng gặp trong 100% trường hợp viêm phúc mạc sơ sinh^[7]. Đây là dấu hiệu lâm sàng rất có giá trị để chẩn đoán viêm phúc mạc ở trẻ sơ sinh nhất là khi có biểu hiện kèm theo của phù nề thành bụng hoặc tuần hoàn bàng hệ, môi lớn sưng nề. Dấu hiệu nề đỏ của thành bụng ở bệnh nhân trướng bụng tương đối đặc hiệu ở bệnh nhân viêm phúc mạc sơ sinh. Dấu hiệu này được giải thích bằng bốn dấu hiệu của viêm mô tế bào đau, phù nề da, đỏ da và nóng. Nghiên cứu của chúng tôi có 58,8% trẻ có dấu hiệu này. Tương tự với nghiên cứu của Ngô Duy Minh (59,3%)^[4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân không đi ngoài phân su (thực trực tràng ra nhầy trắng) chiếm 47,1%; tương tự so với nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương (40,7%)^[7] và Ngô Duy Minh (44,1%)^[4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng Xquang thường gặp nhất là ổ bụng mờ kèm bóng hơi giữa bụng 32,3%, liềm hơi dưới hoành, các nốt vôi hóa lần lượt chiếm 25,8%,

22,6%. Ngoài ra, còn các triệu chứng khác như mức nước, mức hơi 9,7.

Hình ảnh siêu âm thường gặp nhất là dịch ổ bụng (100%), bụng trướng hơi (88,2%), ngoài ra còn có các triệu chứng quai ruột giãn (35,3%), khí trong tĩnh mạch của thành ruột chiếm 5,9%.

Theo nghiên cứu của Ngô Duy Minh có 53 trường hợp được siêu âm ổ bụng trong đó có 6 trường hợp thủng đường tiêu hóa có hình ảnh siêu âm của nang, khối dịch khu trú, 3 trường hợp hình ảnh siêu âm ghi nhận có viêm phúc mạc kết bọc trước mổ, 2 trường hợp có hình ảnh các nốt vôi hóa, 35 trường hợp có dịch tự do ổ bụng (66%), 39 trường hợp hình ảnh bụng trướng hơi, khó quan sát (73,58%)^[4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ gặp của các triệu chứng bụng trướng hơi, dịch ổ bụng cao hơn. Có thể sai số do chủ quan của người siêu âm.

CRP tăng chiếm tỷ lệ 64,3%, 58,8% bệnh nhân có tăng bạch cầu trước mổ, tăng số lượng bạch cầu được giải thích do phản ứng của cơ thể đối với tình trạng viêm của ổ bụng, giảm bạch cầu nguyên nhân do nhiễm trùng nặng.

Nguyên nhân gây viêm phúc mạc sơ sinh chủ yếu là do tổn thương hồi tràng 58,8% tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Bích Ngọc 51,8%^[8], Ngô Duy Minh 51,8%^[4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi phương pháp thường dùng nhất là dẫn lưu 2 đầu ruột ra ngoài chiếm 58,8%, cắt nối ruột một thì chiếm 17,6%, không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật của từng phương pháp phẫu thuật có ý nghĩa thống kê tương tự như kết quả của Ngô Duy Minh với 52,2% dẫn lưu 2 đầu ruột, 6,8% cắt nối ruột một thì. Tỉ lệ dẫn lưu 2 đầu ruột cao do phần lớn trong các trường hợp viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa sơ sinh ổ bụng bản và tình trạng bệnh nhân không cho phép khâu nối ruột thì đầu. Tuy nhiên, theo Diệp Quế Trinh phẫu thuật khâu lỗ thủng bắt buộc được thực hiện, xu hướng gần đây điều trị thủng đường tiêu hóa là đóng lỗ thủng đơn thuần hoặc cắt bỏ đoạn ruột tổn thương và nối ruột thì đầu trên bệnh nhân viêm phúc mạc ở trẻ sơ sinh, nhằm giảm thời gian và chi phí nằm viện^[3].

So sánh giữa 2 nhóm viêm phúc mạc bào thai và viêm phúc mạc sơ sinh do thủng ruột sau sinh cho thấy có sự khác nhau giữa thời gian hồi sức trước mổ giữa 2 nhóm bệnh nhân, điều này có thể do trong nhóm viêm phúc mạc bào thai phần lớn có chẩn đoán trước sinh nên có sự chuẩn bị để có thể chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Không có sự khác nhau giữa thời gian phẫu thuật và thời gian hậu phẫu.

Tỉ lệ kết quả tốt là tương đương nhau.

Tỉ lệ tử vong ở viêm phúc mạc bào thai là 0%, ở viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa sau sinh là 23,1%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của tỉ lệ tử vong giữa 2 nhóm. Có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi không lớn nên cần đánh giá thêm.

KẾT LUẬN

- Viêm phúc mạc sơ sinh vẫn là một cấp cứu ngoại khoa phức tạp với tỉ lệ tử vong cao.

- Cần hồi sức tích cực những trường hợp viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa có kèm theo suy hô hấp, sốc trước mổ, cân nặng sơ sinh dưới 2000gr.

- Tiên lượng của viêm phúc mạc sơ sinh do thủng ruột sau sinh kém hơn viêm phúc mạc bào thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Asabe K, Oka Y, Kai H** (2009). "Neonatal gastrointestinal perforation", Turk J Pediatr Surg 51 (3), pp. 264 - 276.

2. **Trần Ngọc Sơn, Nguyễn Thanh Liêm** (2006). "Viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa

ở trẻ sơ sinh" Tạp chí Nhi khoa - Tổng hội Nhi khoa Việt Nam số 2 tập 15, tr 32 - 36.

3. **Diệp Quế Trinh, Trương Nguyễn Uy Linh** (2011). "Viêm phúc mạc sơ sinh", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh tập 15 số 3, tr 45 - 47.

4. **Ngô Duy Minh** (2013). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.

5. **Freeman N, Burge D**(1994). "Surgery of the newborn", Churchill Livingstone, pp. 211 - 214.

6. **Resch B, Mayr J** (1998). "Spontaneous gastrointestinal perforation in very low-birth-weight infants-a rare complication in a neonatal intensive care unit", Pediatr Surg Int 13 (2), pp. 165 - 167.

7. **Nguyễn Thu Hương** (1993). "Viêm phúc mạc sơ sinh", Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Hà Nội, 34 - 43.

8. **Nguyễn Bích Ngọc** (2018). "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm phúc mạc bào thai ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2010 - 2017". Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU CHỈ SỐ ALBI TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN NGUYÊN PHÁT

NGUYỄN ĐỨC TOÀN¹, TRẦN NGỌC ÁNH²
¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình
²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chỉ số ALBI trong tiên lượng khả năng sống thêm ở bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát (UTBMTBGNP).

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 53 BN chẩn đoán xác định UTBMTBGNP, theo dõi tình trạng còn sống và tử vong.

Kết quả: Thời gian sống thêm trung bình của các nhóm ALBI 1, 2 và 3 lần lượt là 28,897 ± 4,213 tháng, 23,266 ± 3,477 tháng và 5,862 ± 2,836 tháng ($p < 0,001$). Xác suất sống sót tích lũy Kaplan-Meiner tại các thời điểm 6 tháng, 12,5 tháng, 23,7 tháng và 41 tháng lần lượt là 0,717, 0,604, 0,465 và 0,181.

Kết luận: Phân nhóm ALBI có giá trị trong tiên lượng 6 tháng ($p = 0,038$), không có giá trị trong tiên lượng 12 tháng ($p = 0,108$) và 54 tháng ($p = 0,079$).

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, ALBI.

SUMMARY

STUDY ON ALBI SCORE IN THE PROGNOSIS OF PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objectives: Assess ALBI score in the prognosis of extra life in patients with hepatocellular carcinoma.

Methods: The study was conducted on 53 patients diagnosed with hepatocellular carcinoma, followed survival and mortality.

Results: Means of extra life time in ALBI grade 1, 2 and 3 are 28.897 ± 4.213 months, 23.266 ± 3.477 months and 5.862 ± 2.836 months respectively ($p < 0.001$). Kaplan-Meiner cumulative survival probabilities in 6 months, 12.5

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đức Toàn

Email: ndtoan78@gmail.com

Ngày nhận: 18/8/2021

Ngày phản biện: 21/9/2021

Ngày duyệt bài: 04/10/2021