

## KẾT LUẬN

Nghiên cứu tình trạng nhiễm HPV nguy cơ cao với các tổn thương tế bào và mô bệnh học tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Tỷ lệ nhiễm HPV nguy cơ cao của đối tượng nghiên cứu: tỷ lệ nhiễm đơn typ chiếm đa số: 91,4%, đa typ: 8,6%. HPV typ 16 chiếm 15,8%, HPV typ 18 chiếm 7,9%, 12 typ nguy cơ cao còn lại chiếm 67,7%. Trong các trường hợp nhiễm đa typ đều có ít nhất 1 typ 16 hoặc typ 18.

- Tỷ lệ tổn thương tiền ung thư và UTCTC trên tế bào học là 59,4% và 8,3%.

- Tỷ lệ tổn thương tiền ung thư và UTCTC trên mô bệnh học là 65,3% và 16,9%.

- Nhiễm HPV typ 16 và 18 gặp trong 84,0% các trường hợp UTCTC.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Cancer J Clin*, 68(6): 394 - 424.

2. **Megan J Schlichte, Jacqueline Guidry** (2015), Current Cervical Carcinoma Screening Guidelines. *J Clin Med*. 4(5), 918 - 932.

3. **Schiffman M**, et al (2007). Human papillomavirus and cervical cancer, *Lancet*, 370(9590): p. 890 - 907.

4. **Phạm Thị Thanh Yên** và CS (2016). Tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, *Tạp chí Phụ sản*, 14(01): p. 125-8.

5. **Lê Trung Thọ, Trần Văn Hợp** (2009). Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HPV ở cộng đồng Hà Nội, tìm hiểu một số yếu tố liên quan, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 13: p. 185 - 190.

6. **Hoàng Thị Thanh Huyền** (2014). Giám sát các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở đối tượng gái mại dâm tại Hải Phòng, Việt Nam, *Đại học Y Hải Phòng*.

7. **Spinillo A.**, et al (2009). Multiple human papillomavirus infection and high grade cervical intraepithelia neoplasia among women with cytological diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance or low grade squamous intraepithelial lesions, *Gynecol Oncol*, 113: p. 115 - 119.

8. **Pista A.**, et al (2012). Risk factors for human papillomavirus infection among women in Portugal: The CLEOPATRE Portugal Study, *Int J Gynaecol Obstet*, 118: p. 112 - 116.

9. **Phạm Thị Mây, Lê Trung Thọ, Vũ Bá Quyết** và CS (2016). Đối chiếu các trường hợp tế bào Thinprep bất thường với mô bệnh học tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế* - số đặc biệt, 219: p. 107-113.

10. **Roosmarijn Luttmmer, Maaïke G Dijkstra, Peter J F Snijders**, et al (2016). p16/Ki-67 dual-stained cytology for detecting cervical (pre) cancer in a HPV-positive gynecologic outpatient population. *Modern Pathology*. 29, 870-878.

11. **Nguyễn Đức Hình** và cs (2015). Mối liên quan giữa nhiễm HPV nguy cơ cao và ung thư cổ tử cung, *Tạp chí Phụ sản*. 13(02): p. 6 - 8.

# VAI TRÒ X QUANG CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN RÒ MIỆNG NỔI ĐẠI TRÀNG SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

**NGUYỄN CHÍ PHONG<sup>1</sup>,  
NGHIÊM PHƯƠNG THẢO<sup>2</sup>, NGUYỄN CAO CƯƠNG<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Bệnh viện Bình Dân*

<sup>2</sup>*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*

## TÓM TẮT

*Mục tiêu: Xác định đặc điểm hình ảnh và giá trị của quang cắt lớp vi tính (XQCLVT) trong chẩn đoán rò miệng nổi đại tràng ở bệnh nhân phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng.*

*Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu trên 56 bệnh nhân (BN) phẫu thuật nối đại trực tràng do ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bình Dân từ 1/2018 - 1/2021.*

*Kết quả: Trong 56 BN rò miệng nổi đại tràng sau phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng, tỉ lệ nam và nữ bằng nhau. Nhóm tuổi thường gặp nhất là trên 35 tuổi (98,75%). Đặc điểm XQCLVT của rò miệng nổi đại tràng: tràn dịch tự do lượng ít ( $\leq 1$  khoang) chiếm đa số 58,3%; tụ dịch quanh miệng nổi (78,57%), giá trị trung*

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Chí Phong

Email: phongnguyenchi@gmail.com

Ngày nhận: 26/9/2021

Ngày phản biện: 25/10/2021

Ngày duyệt bài: 18/11/2021

bình đậm độ dịch quanh miệng nối  $16,37 \pm 8,28$  HU, khí tự do quanh miệng nối (73,2%), thâm nhiễm mỡ quanh miệng nối (62,5%), mất liên tục tại thành ruột quanh miệng nối (37,5%). Hình ảnh XQCLVT giúp chẩn đoán rò miệng nối đại tràng sau phẫu thuật với độ nhạy là 93,88%; độ đặc hiệu là 71,43%, giá trị tiên đoán dương là 95,83%, giá trị tiên đoán âm là 62,50%.

**Kết luận:** XQCLVT có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán biến chứng rò miệng nối đại tràng ở bệnh nhân phẫu thuật nối đại tràng do ung thư đại trực tràng.

**Từ khóa:** Rò miệng nối đại tràng, ung thư đại trực tràng, phẫu thuật, xạ quang cắt lớp vi tính.

#### SUMMARY

#### ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSIS OF ANASTOMOTIC LEAKAGE AFTER COLORECTAL SURGERY

**Objective:** Determine imaging characteristics and role of computed tomography (CT) in diagnosis of anastomotic leakage after colorectal surgery due to colorectal cancer.

**Methods:** Descriptive cross-sectional study design. The medical records from 56 patients that were examined preoperatively with CT and treated with colorectal surgery at Binh Dan hospital between 01/01/2018 and 01/01/2021 were retrospectively reviewed.

**Results:** 56 patients, including 28 men and 28 women, 98.75% patients were more than 35 years old. CT imaging at the anastomosis site showed extraluminal fluid collection (78.57%) with mean of fluid density was  $16.37 \pm 8.28$  HU, accumulation of extraluminal gas (73.2%), fat infiltration around anastomosis (62.5%), discontinuity of colorectal wall (37.5%). The sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value of CT scanner in diagnosing anastomotic leakage after colorectal anastomotic surgery were 93.88%; 71.43%, 95.83%, 62.50%, respectively.

**Conclusion:** This study suggest that CT scan has important role in diagnosis of anastomotic leakage after colorectal anastomotic surgery due to colorectal cancer.

**Keywords:** CT, anastomotic leakage, colorectal surgery, colorectal cancer.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò miệng nối được định nghĩa là một sự rò dịch (luminal contents) từ một phẫu thuật nối hai tạng rỗng. Đây là một trong những biến chứng đáng sợ nhất trong phẫu thuật tiêu hóa, có thể dẫn đến phẫu thuật cấp cứu lại và/hoặc kéo dài thời gian hậu phẫu, để lại biến chứng, tổn kém trong điều trị. Nếu bệnh nhân có thể

hồi phục qua đợt cấp thì vẫn còn những biến chứng lâu dài do chít hẹp, xơ hóa vùng chậu dẫn đến chức năng ruột kém và có khả năng phải phẫu thuật tạo hình, sửa chữa lại hoặc làm hậu môn nhân tạo<sup>[5,9]</sup>.

Năm 2015, nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thịnh cho thấy tỷ lệ rò miệng nối của PTNS cắt đại tràng là 2,1%<sup>[7]</sup>. Theo nghiên cứu của Phạm Trung Vỹ (2020) trên 47 BN thực hiện phẫu thuật đại tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế cho thấy tỉ lệ rò miệng nối sau phẫu thuật gây viêm phúc mạc phải phẫu thuật lại là 2,4%<sup>[8]</sup>. Năm 2019, Nicolò Tamini và cộng sự đã tiến hành một nghiên cứu nhằm tìm hiểu cách nâng cao tính chính xác trong chẩn đoán rò miệng nối sau phẫu thuật bằng phương pháp XQCLVT và xác định tỷ lệ tử vong khi chẩn đoán hình ảnh XQCLVT âm tính giả. Kết quả nghiên cứu cho thấy nếu kết quả chẩn đoán rò bằng phương pháp chụp XQCLVT bị âm tính giả sẽ làm tăng khả năng tử vong của BN<sup>[10]</sup>. Năm 2013, Gervaz P và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu trên 74 BN có nghi ngờ bị rò, trong đó xác định có 17 BN (chiếm 23%) thật sự bị rò khi mổ lần thứ hai<sup>[1]</sup>. Kết quả trên cho thấy việc xác định đặc điểm hình ảnh XQCLVT trong chẩn đoán rò miệng nối là rất quan trọng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu xác định đặc điểm hình ảnh và giá trị của XQCLVT trong chẩn đoán rò miệng nối đại tràng ở bệnh nhân phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng tại Bệnh viện Bình Dân.

#### ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### 1. Đối tượng nghiên cứu

##### 1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt nối đại trực tràng và được chẩn đoán rò miệng nối đại trực tràng trên lâm sàng.

- Có chụp XQCLVT sau phẫu thuật nối đại tràng.

- Có kết quả mô bệnh học

##### 1.2. Tiêu chí loại trừ

- Không có kết quả phẫu thuật hoặc kết quả mô bệnh học.

- Không có chụp XQCLVT trước khi mổ lần 2.

##### 2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

##### 3. Thu thập số liệu

Bệnh nhân nhịn đói 4 - 6 giờ trước khi chụp XQCLVT có tiêm thuốc cản quang, BN không dùng thuốc cản quang đường tiêu hóa trước đó 03 ngày.

Các thông số chụp XQCLVT tại Bệnh viện Bình Dân: Lát cắt xoắn ốc liên tục với độ dày: 3 - 5mm; bước bàn 12mm; cường độ dòng điện 100mAs, hiệu điện thế 120 kVp; thời gian xoay

đầu đèn 0,5ms. Tái tạo đầu - chân: các lát cắt mỏng <1mm theo mặt phẳng axial; cửa sổ bụng: WL= 60, WW = 360; cửa sổ khí: WL= - 600, WW = 1600 trong các trường hợp cần tìm khí tự do trong ổ bụng; tái tạo hình ảnh đa mặt phẳng với độ dày lát cắt 1mm, tạo hình ảnh sagittal và coronal.

Các đặc điểm hình ảnh học trên XQCLVT gồm độ đậm dịch ổ bụng, khí tự do trong ổ bụng, thâm nhiễm mỡ trong ổ bụng, dịch tự do, độ đậm dịch quanh miệng nối, thâm nhiễm mỡ quanh miệng nối, mất liên tục thành ruột, khí tự do quanh miệng nối, tụ dịch quanh miệng nối.

#### 4. Xử lý và phân tích số liệu

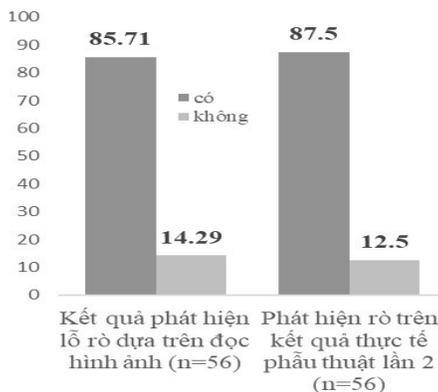
Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20, kiểm định chi bình phương (hoặc kiểm định chính xác Fisher) được sử dụng để so sánh sự khác biệt đặc điểm giữa các đặc điểm với ngưỡng ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung (n = 56)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới		
Nam	28	50,00
Nữ	28	50,00
Nhóm tuổi		
18 - 35	7	1,25
35 - 60	28	50,00
>= 60	21	48,75
Tiền sử phẫu thuật ống tiêu hóa dưới		
Có	19	33,93
Không	37	66,07

Nghiên cứu cho thấy nam nữ có tỷ lệ bằng nhau (50,00%). Nhóm tuổi có tỷ lệ lớn nhất là nhóm tuổi từ 35 - 60 tuổi (50,00%). Nhóm tuổi dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ 1,25%. Trong số các bệnh án trong nghiên cứu cho thấy đa số BN không có tiền sử phẫu thuật ống tiêu hóa dưới (66,07%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phát hiện rò rỉ đại tràng  
Kết quả nghiên cứu cho thấy dựa trên đặc

điểm hình ảnh cho thấy có 85,71% bệnh án phát hiện lỗ rò dựa trên hình ảnh. Trên thực tế có 87,5% bệnh án có phát hiện lỗ rò dựa vào kết quả thực tế sau khi phẫu thuật lần 2.

Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh XQCLVT trong ổ bụng

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
Lượng dịch tự do (n = 56)		
Lượng ít (<=1 khoang)	33	58,93
Lượng trung bình (2 khoang)	15	26,78
Lượng nhiều (> 2 khoang)	8	14,29
Độ đậm dịch tự do (n = 56)		
Giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (chỉ số lớn nhất- nhỏ nhất)	12,77 ± 8,51 (28 - 0)	
Khí tự do trong ổ bụng (n = 56)		
Có	48	85,71
Không	8	14,29
Thâm nhiễm mỡ trong ổ bụng (n = 56)		
Có	25	44,64
Không	31	55,36

Nghiên cứu cho thấy gần 60% trường hợp có lượng dịch tự do ít (58,93%). Lượng dịch tự do trung bình chiếm tỷ lệ 26,78%. Độ đậm dịch trung bình là 12,77 ± 8,51 với chỉ số độ đậm dịch lớn nhất là 28. Có hơn 80% bệnh án cho thấy xuất hiện khí tự do trong ổ bụng (85,71%). Có 55,36% bệnh án có thâm nhiễm mỡ trong ổ bụng.

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh XQCLVT quanh miệng nối

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Tụ dịch quanh miệng nối (n = 56)		
Có	44	78,57
Không	12	21,43
Độ đậm dịch quanh miệng nối (n = 56)		
Giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (chỉ số lớn nhất - nhỏ nhất)	16,37 ± 8,28 (29 - 0)	
Khí tự do trong ổ dịch quanh miệng nối (n = 56)		
Có	41	73,21
Không	15	26,79
Thâm nhiễm mỡ quanh miệng nối (n = 56)		
Có	35	62,50
Không	21	37,50
Mất liên tục thành ruột tại miệng nối (n = 56)		
Có	21	37,50
Không	35	62,5

Tại vị trí quanh miệng nối phẫu thuật kết quả nghiên cứu cho thấy, có 78,57% trường hợp có tụ dịch quanh miệng nối. Độ đậm dịch trung bình quanh miệng nối là 16,37 HU với độ lệch chuẩn là 8,28 và chỉ số độ đậm dịch lớn nhất là 29. Có hơn 70% trường hợp có xuất hiện khí tự do trong ổ dịch quanh miệng nối (73,21%). Dựa trên hình ảnh cho thấy có 62,5% trường hợp xuất hiện thâm nhiễm mỡ quanh miệng nối. Có hơn 30% trường hợp bị mất liên tục thành ruột tại miệng nối (37,50%).

Bảng 3. Mối liên quan giữa việc phát hiện rò dựa trên kết quả hình ảnh với kết quả phẫu thuật lần 2

	Rò miệng nối trên kết quả phẫu thuật		R (95%CI) 2,55 (1,04-6,26)	p p<0,01
	Có	Không		
Rò miệng nối trên XQCLVT	Có	Không	2,55 (1,04-6,26)	p<0,01
	Có	2		
	Không	5		

Giá trị của XQCLVT trong chẩn đoán rò miệng nối

$$\text{Độ nhạy} = (46/(46+3))*100 = 93,88$$

$$\text{Độ đặc hiệu} = (5/(5+2))*100 = 71,43$$

$$\text{Giá trị tiên đoán dương} = (46/(46+2))*100 = 95,83$$

$$\text{Giá trị tiên đoán âm} = (5/(5+3))*100 = 62,50$$

Nghiên cứu cho thấy kết quả dựa trên hình ảnh cho thấy có xuất hiện rò tại miệng nối đại tràng sẽ có xuất hiện lỗ rò đại tràng dựa trên kết quả phẫu thuật lần 2 gấp 2,55 lần kết quả dựa trên hình ảnh cho thấy không xuất hiện rò tại miệng nối đại tràng (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,01$ ).

#### BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh ở hai giới nam và nữ là như nhau, nhóm tuổi có tỷ lệ lớn nhất là nhóm tuổi từ 35 - 60 tuổi (50,00%). Nhóm tuổi dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ 1,25%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với các nghiên cứu khác. Trong số các bệnh án trong nghiên cứu cho thấy đa số BN không có tiền sử phẫu thuật ống tiêu hóa dưới (66,07%). Theo Li Q. và cộng sự nghiên cứu 2256 BN UTĐT giai đoạn III trong khoảng thời gian 10 năm, độ tuổi mắc bệnh trung bình là 58 [3]. Manilich E.A. và cộng sự nghiên cứu 2430 BN được phẫu thuật triệt căn, trong khoảng thời gian từ năm 1969 đến năm 2007, tuổi mắc bệnh trung bình là  $61,9 \pm 13,1$  [6].

Kết quả nghiên cứu cho thấy dựa trên đặc điểm hình ảnh cho thấy có 85,71% bệnh án phát hiện lỗ rò dựa trên hình ảnh. Trên thực tế có 87,5% bệnh án có phát hiện lỗ rò dựa vào kết quả thực tế sau khi phẫu thuật lần 2.

Nghiên cứu cho thấy gần 60% bệnh án có lượng dịch tự do ít (58,93%). Lượng dịch tự do trung bình chiếm tỷ lệ 26,78%. Độ đậm dịch trung bình là  $12,77 \pm 8,51$  với chỉ số độ đậm dịch lớn nhất là 28. Có hơn 80% trường hợp thấy xuất hiện khí tự do trong ổ bụng (85,71%). Có 55,36% trường hợp có thâm nhiễm mỡ trong ổ bụng.

Tại vị trí quanh miệng nối phẫu thuật kết quả nghiên cứu cho thấy, có 78,57% trường hợp có tụ dịch quanh miệng nối. Độ đậm dịch trung bình

quanh miệng nối là 16,37 với độ lệch chuẩn là 8,28 và chỉ số độ đậm dịch lớn nhất là 29. Có hơn 70% trường hợp có xuất hiện khí tự do trong ổ dịch quanh miệng nối (73,21%). Dựa trên hình ảnh cho thấy có 62,5% trường hợp xuất hiện thâm nhiễm mỡ quanh miệng nối. Có hơn 30% trường hợp bị mất liên tục thành ruột tại miệng nối (37,50%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Gervaz P [1], tác giả Kauv P [2] và tác giả Lynn E. T [4].

Nghiên cứu cho thấy xuất hiện mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết phát hiện lỗ rò dựa trên hình ảnh với kết quả phát hiện lỗ rò dựa trên kết quả phẫu thuật lần 2. Qua đó, nghiên cứu cho thấy kết quả dựa trên hình ảnh cho thấy có xuất hiện rò tại miệng nối đại tràng sẽ có xuất hiện lỗ rò đại tràng dựa trên kết quả phẫu thuật lần 2 gấp 2,55 lần kết quả dựa trên hình ảnh cho thấy không xuất hiện rò tại miệng nối đại tràng.

Kết quả cho thấy độ nhạy của nghiên cứu là 93,88%, độ đặc hiệu là 71,43%, giá trị tiên đoán dương là 95,83%, giá trị tiên đoán âm là 62,50%.

#### KẾT LUẬN

XQCLVT có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán biến chứng rò miệng nối đại tràng ở bệnh nhân phẫu thuật nối đại tràng do ung thư đại trực tràng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gervaz P, Platon A, Buchs N. C, et al. CT scan-based modelling of anastomotic leak risk after colorectal surgery. *Colorectal Dis.* 2013;15(10):1295 - 300.
2. Kauv P, Benadjaoud S, Curis E, Boulay-Coletta I, Loriau J, Zins M. Anastomotic leakage after colorectal surgery: diagnostic accuracy of CT. *Eur Radiol.* 2014;25(12):3543 - 51.
3. Li Q, Liang L, Jia H, et al. Negative to positive lymph node ratio is a superior predictor than traditional lymph node status in stage III colorectal cancer. *Oncotarget.* 2016;7(44):72290 - 9.
4. Lynn E. T, Chen J, Wilck E. J, et al. Radiographic findings of anastomotic leaks. *Am Surg.* 2013;79(2):194 - 7.
5. Mai Viễn Phương. Rò tiêu hóa: Chẩn đoán và điều trị 2020.
6. Manilich E.A, Kiran R.P, Radivoyevitch T, et al. A novel data-driven prognostic model for staging of colorectal cancer. *J Am Coll Surg.* 2011;213(5):579 - 88.
7. Nguyễn Hữu Thịnh. Hiệu quả của phẫu thuật nội soi một vết mổ cắt đại tràng do ung thư: ĐHYD TP. Hồ Chí Minh; 2015.
8. Phạm Trung Vỹ. Nghiên cứu ứng dụng nội soi một đường mổ điều trị ung thư đại tràng phải: Đại học Y Dược Huế; 2020.

9. **Sneider E, Maykel J.** Quản lý biến chứng xi - dò miệng nối sau phẫu thuật cắt trước thấp bằng mở nội soi vi thể (tem) và phương thức điều trị. 2012.

10. **Tamini N, Cassini D, Giani A, Angrisani M, Famularo S, Oldani M, et al.** Computed

tomography in suspected anastomotic leakage after colorectal surgery: evaluating mortality rates after false-negative imaging. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery.* 2019:132-8.

## ĐẶC ĐIỂM CỘNG HƯỞNG TỪ SỌ NÃO TRÊN BỆNH NHÂN LAO MÀNG NÃO TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

VƯƠNG TRƯỜNG GIANG<sup>1</sup>, LÊ MẠNH HÙNG<sup>1</sup>,  
NGUYỄN THÀNH DŨNG<sup>1</sup>, VÕ MINH QUANG<sup>1</sup>,  
TRẦN MINH HOÀNG<sup>2</sup>, NGHIÊM PHƯƠNG THẢO<sup>3</sup>, ĐẶNG NGỌC THẠCH<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, <sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh  
<sup>3</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định đặc điểm cộng hưởng từ (CHT) sọ não trên bệnh nhân (BN) lao màng não ở và các yếu tố liên quan.

**Phương pháp:** Mô tả hàng loạt trường hợp bệnh nhân người lớn > 18 tuổi bị lao màng não điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11 năm 2017 đến tháng 12 năm 2019.

**Kết quả:** Có 107 bệnh nhân, nam giới chiếm 64,5%, nữ giới hiếm 35,5%; tuổi trung bình là 44,2 ± 14,3 tuổi. Vào thời điểm nhập viện, có 54,2% BN ở giai đoạn I, 20,6% BN ở giai đoạn II và 25,2% BN ở giai đoạn III. Tỷ lệ tử vong là 11,1%. Có 72% bệnh nhân có tổn thương trên CHT, trong đó u lao (14,3%), tăng sinh bề đáy (77,9%) và nhồi máu (22,1%) não úng thủy (11,7%). Đa số là đa tổn thương (64,5%). Có sự liên quan giữa giai đoạn bệnh lao, số lượng bạch cầu đa nhân trung tính máu với tổn thương trên CHT.

**Kết luận:** Kết hợp CHT và lâm sàng, xét nghiệm dịch não tủy giúp chẩn đoán sớm bệnh lao màng não.

**Từ khóa:** Cộng hưởng từ, lao màng não.

### SUMMARY

CHARACTERISTIC OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN TUBERCULOUS MENINGITIS PATIENTS AT HOSPITAL OF TROPICAL DISEASE

Chịu trách nhiệm: Vương Trường Giang

Email: vtgiang71@gmail.com

Ngày nhận: 04/10/2021

Ngày phản biện: 26/10/2021

Ngày duyệt bài: 22/11/2021

**Objective:** Characterization of magnetic resonance imaging (MRI) in adult patients tuberculous meningitis.

**Methods:** Description retrospective case series study at Hospital of Tropical Diseases in Ho Chi Minh City, from 11/2017 to 12/2019.

**Results:** 107 patients, including 64.5% men and 35.5% women, with the mean age of 44.2 ± 14.3 years. On admission, 54.2% of patients were in stages I; 20.6% stages II and 25.2% stages III. The mortality was 11.1%. Imaging features on MRI: tuberculoma (14.3%), basilar cistern enhancement (77.9%) and infarction (22.1%), and hydrocephalus (11.7%). The majority of cases had multiple tuberculomas (64.5%). There was correlation between presence MRI abnormality, stage of disease and blood neutrophil count.

**Conclusions:** Combination between clinical manifestations, cerebrospinal fluid examination and MRI could give early diagnosis of meningitis tuberculous.

**Keywords:** Magnetic resonance imaging, meningitis tuberculous.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao màng não là thể bệnh nặng nhất của lao ngoài phổi, có nhiều biến chứng và tử vong cao. Lâm sàng của lao màng não thường diễn tiến âm thầm, tương đồng với các bệnh viêm màng não khác, gây khó khăn trong chẩn đoán, dẫn đến chẩn đoán và điều trị chậm trễ, làm ảnh hưởng xấu đến tiên lượng của bệnh nhân. Chẩn đoán sớm lao màng não rất quan trọng vì giúp cải thiện tiên lượng; tuy nhiên, việc soi tìm vi trùng kháng acid - cồn trong dịch não tủy và cấy