

hài lòng sau khi quan hệ tình dục, lần lượt là 47,1% và 32,3% (bảng 3.5). Năm 2005, Lam và cộng sự nghiên cứu trên các đối tượng bạn tình của bệnh nhân RLCXLC cho thấy rằng các đối tác không thỏa mãn tình dục nhiều hơn trong các đợt bệnh của bệnh nhân tỉ lệ đó khi giai đoạn hưng cảm là 29% nữ / 25% nam, khi giai đoạn trầm cảm là 41% nữ/30% nam, so với 12% nữ / 5% nam khi ổn định.⁷ Trong các đợt bệnh, các đối tác nữ giới thường tránh quan hệ tình dục, không hài lòng về tình dục và khó đáp ứng nhu cầu tình dục. Các đối tác nam cho biết các vấn đề gây không thỏa mãn tình dục do viêm âm đạo, khô âm đạo và sự không thỏa mãn tình dục ở nữ. Còn ở nữ giới cho biết các vấn đề gây không thỏa mãn tình dục ở là do tình trạng xuất tinh sớm ở nam.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh hưng cảm có tuổi trung bình là $33,3 \pm 11,2$ tuổi, nữ giới có tỷ lệ cao hơn nam giới và tỉ lệ nữ / nam $\approx 1,3 / 1$. Thường ham muốn quan hệ tình dục 3 – 4 lần/tuần (36,7%). Trong đó, phần lớn nam giới ham muốn 3-4 lần/tuần (61,5%). Còn nữ giới chỉ ham muốn 1-2 lần/ tuần ($p < 0,05$). Người bệnh hưng cảm dễ dàng kích thích tình dục (86,7%) và đã phần đạt được cực khoái khi quan hệ tình dục (75%). Chỉ có khoảng 25% người bệnh không đạt được cực khoái. Sau khi quan hệ tình dục, hầu hết người bệnh hưng cảm đều hài lòng (91,7%).

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn những người bệnh và gia đình tham gia vào

nghiên cứu, cảm ơn Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Vodusek D, Boller F. Chapter 2.** Human sexual response. In: Neurology of Sexual and Bladder Disorders. 1st edition. Elsevier; 2015:11-18.
- Boland R, Verduin M, Pedro R. Chapter 16.** Human Sexuality and Sexual Dysfunctions. In: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Twelfth edition. Wolters Kluwer Health; 2021.
- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al.** Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(5):543-552. doi:10.1001/archpsyc.64.5.543
- Organization WH.** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1st edition. World Health Organization; 1992.
- Rowland TA, Marwaha S.** Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. Ther Adv Psychopharmacol. 2018;8(9):251-269. doi:10.1177/2045125318769235
- Mazza M, Harnic D, Catalano V, et al.** Sexual behavior in women with bipolar disorder. J Affect Disord. 2011;131(1-3):364-367. doi:10.1016/j.jad.2010.11.010
- Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y.** Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. Bipolar Disord. 2005;7(5):431-440. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00240.x
- Najafabady MT, Salmani Z, Abedi P.** Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. Clin Sao Paulo Braz. 2011;66(1):83-86. doi:10.1590/s1807-59322011000100015

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG CHẨN THƯƠNG RUỘT MẠC TREO TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Đình Minh*, Phạm Thị Thùy Linh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm hình ảnh CLVT đa dây trong chẩn đoán chấn thương ruột mạc treo. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 40 BN được chẩn đoán chấn thương ruột mạc treo trên CLVT đa dây và được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 7/2019 đến 6/2020. Kết quả

phẫu thuật có 35 BN tổn thương và 5 trường hợp không có tổn thương ruột mạc treo. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các BN là $32,2 \pm 13,8$ tuổi. Trên CLVT, dịch ổ bụng gặp nhiều nhất với 35/35 (100%) các trường hợp, khí tự do ổ bụng là 27/35 (77,1%). Các dấu hiệu dày thành ruột, bất thường tưới máu và mất liên tục thành ruột có tỉ lệ là 27/35 (77,1%), 17/35 (48,6%) và 7/35 (20%). Dấu hiệu thâm nhiễm mỡ mạc treo là 20/35 (57,1%), tụ máu mạc treo ít gặp hơn với 6/35 (17,1%) và chảy máu mạc treo là 4/35 (11,4%). Về giá trị chẩn đoán, dấu hiệu dày thành ruột và thay đổi tưới máu ruột trên CLVT có độ nhạy cao (77,1% và 80%) trong chẩn đoán chấn thương ruột mạc treo. Khí tự do ổ bụng có độ đặc hiệu (100%) và độ nhạy (77,1%) là rất đáng tin cậy ($p < 0,01$). Khí sau phúc mạc là dấu hiệu âm tính có ý nghĩa trong chấn thương ruột mạc treo ($p < 0,01$). **Kết**

*Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

**Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhdr24@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2022

Ngày duyệt bài: 24.01.2022

luận: Cắt lớp vi tính đa dãy là phương pháp tin cậy trong chẩn đoán chấn thương ruột mạc treo.

Từ khóa: chấn thương ruột, chấn thương mạc treo, cắt lớp vi tính đa dãy,

SUMMARY

MULTIDETECTOR CT IMAGING FEATURES OF INTESTINAL AND MESENTERIC INJURIES IN VIETDUC HOSPITAL

Objectives: Study the features of multidetector CT scan in the diagnosis of intestinal and mesenteric injuries from blunt abdominal trauma. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 40 patients diagnosed with intestinal and mesenteric injuries on multidetector CT scan and operated at Viet Duc hospital from 7/2019 to 6/2020. Surgical results have 35 patients with intestinal and mesenteric injuries and 5 cases with other visceral injuries.

Results: The mean age of the patients was 32.2 ± 13.8 years old. On CT scan, free abdominal fluid was the most common sign with 35/35 (100%) cases, and free abdominal air was 27/35 (77.1%). Intestinal wall thickening, abnormal intestinal wall perfusion and discontinuity were 27/35 (77.1%), 17/35 (48.6%) and 7/35 (20%). Mesenteric fat infiltration were 20/35 (57.1%), mesenteric hematoma was less common with 6/35 (17.1%) and mesenteric extravasation was 4/35 (11.4%). In terms of diagnostic value, intestinal wall thickening and abnormal perfusion have high sensitivity (77.1% and 80%) in diagnosing intestinal and mesenteric injuries. The specificity (100%) and sensitivity (77.1%) of the free abdominal air are highly reliable ($p < 0.01$). Retroperitoneal air was a significant negative sign in diagnosing intestinal and mesenteric injuries ($p < 0.01$). **Conclusion:** Multidetector CT scan are reliable method in diagnosing intestinal and mesenteric injuries.

Keyword: intestinal injuries, mesenteric injuries, multidetector Ctscan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ruột non và mạc treo ruột gặp khoảng 1%-5% trong chấn thương bụng kín. Chẩn đoán muộn chấn thương ruột mạc treo, đặc biệt là sau 8 giờ sẽ gây những biến chứng nặng nề và tăng tỷ lệ tử vong do chảy máu, viêm phúc mạc, nhiễm trùng ổ bụng [1], [2]. Chẩn đoán chấn thương ruột mạc treo đôi khi gặp khó khăn, do triệu chứng lâm sàng ổ bụng thường bị che lấp bởi các dấu hiệu của các tạng khác như sọ não, lồng ngực... Chọc rửa ổ bụng là một thủ thuật kinh điển để chẩn đoán chấn thương ruột mạc treo. Tuy nhiên, đây là một thăm khám xâm lấn có nguy cơ làm tăng tỉ lệ nhiễm trùng và tử vong cho người bệnh [3], [4].

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là thăm khám được sử dụng rộng rãi trong chấn thương bụng kín. Trên thế giới, tính hiệu quả của chụp cắt lớp vi tính (CLVT) trong chẩn đoán chấn thương ruột mạc treo đã được ghi nhận [3]. Các thể hệ máy

chụp CLVT đa dãy đầu thu (64 dãy đến 256 dãy) có thể thực hiện các lớp cắt mỏng, cải thiện đáng kể độ phân giải không gian sẽ làm tăng đáng kể độ chính xác trong chẩn đoán chấn thương ruột mạc treo [1]. Tại Việt nam, chấn thương ruột mạc treo là bệnh lý hay gặp. Tuy nhiên, những nghiên cứu về hình ảnh CLVT loại chấn thương này hiện nay còn hạn chế. Do vậy, chúng tôi tiến hành với mục tiêu là nghiên cứu "đặc điểm hình ảnh CLVT đa dãy trong chẩn đoán chấn thương ruột mạc treo" tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** gồm các bệnh nhân (bn) chấn thương bụng, không phân biệt giới tính, được chụp CLVT đa dãy (16 đến 64 dãy) có tiêm thuốc đối quang tĩnh mạch và được chẩn đoán chấn thương ruột non. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật và biên bản phẫu thuật mô tả đầy đủ thông tin cho nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** không đưa vào nghiên cứu các trường hợp không chấn thương ruột, không được chụp CLVT đa dãy, không đầy đủ thông tin cho nghiên cứu, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 1/7/2019 đến 30/06/2020 tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

2.4. Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp CLVT 16 dãy và 64 dãy (hãng General Electric-Mỹ) tại khoa chẩn đoán hình ảnh – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Hồ sơ bệnh án kèm phim chụp CLVT.

Phương pháp chụp CLVT chấn thương ruột non

- Cắt các lớp cắt không tiêm thuốc từ trên vòm hoành đến bờ dưới khớp mu. Độ dày lớp cắt 5mm, tái tạo mỏng 1,25mm, tái tạo cửa sổ phần mềm ổ bụng và cửa sổ khí.

- Các lớp cắt sau tiêm thuốc đối quang thì động mạch (30-45s) và các lớp cắt sau tiêm thì tĩnh mạch (45-80s) dày 5mm, tái tạo mỏng 1,25mm, trên cửa sổ phần mềm và cửa sổ khí.

- Các lớp cắt thì muộn (sau 5 phút) tập trung khu trú vào vùng tổn thương nếu nghi ngờ có thoát thuốc cản quang ra ngoài lòng mạch trên các lớp cắt thì động mạch.

2.5. Thu thập số liệu: Dữ liệu hình ảnh được chuyển từ máy chụp CLVT sang hệ thống lưu trữ hình ảnh PACS. Xem xét hình ảnh trên các lớp cắt mỏng, tái tạo hình ảnh đa mặt

phẳng, theo hướng coronal và axial. Kết quả chẩn đoán được phân tích, hội chẩn và nhận được đồng thuận của từ 2 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh trở lên.

Các biến số nghiên cứu gồm:

- Thông tin chung về nhóm nghiên cứu: tuổi (năm hiện tại – năm sinh), giới (nam và nữ).

- Dấu hiệu lâm sàng khi vào viện (đau bụng, buồn nôn, toàn thân, bụng chướng, phản ứng thành bụng...)

- Dấu hiệu hình ảnh trên CLVT đa dãy và trên phẫu thuật gồm: vị trí tổn thương, mất liên tục thành ruột, tổn thương mạch mạc treo, tụ máu thành ruột, dày thành ruột, thay đổi tưới máu ruột, dịch ổ bụng, dịch sau phúc mạc, khí tự do ổ bụng.

Các quai ruột non ngấm thuốc bất thường nếu tăng hoặc giảm hơn so với các quai ruột lân cận. Khối máu tụ trong thành sẽ tăng tỉ trọng hơn so với các quai ruột còn lại trên hình ảnh trước tiêm đối quang. Thoát thuốc cản quang khi khối máu tụ ngấm thuốc mạnh sau tiêm tương tự mạch máu. Mạch mạc treo tổn thương khi có thành không đều hoặc bị cắt cụt trên thì động mạch. Thành ruột dày khi đo được >3mm [1]

2.6. Phân tích và xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

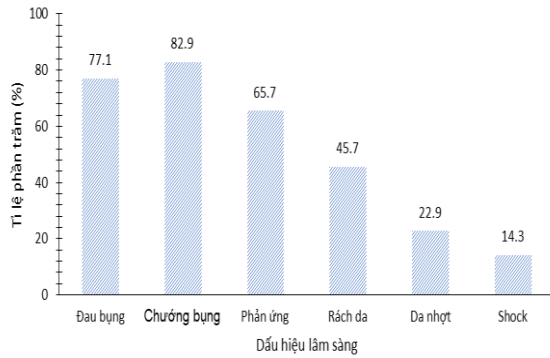
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả có 40 BN thỏa mãn điều kiện nghiên cứu, trong đó 35 trường hợp có tổn thương ruột mạc treo trên phẫu thuật, có 5 BN được chẩn đoán chấn thương ruột mạc treo trên CLVT nhưng không thấy tổn thương trên phẫu thuật. Phân tích đặc điểm bệnh sẽ dựa trên 35 BN có tổn thương trên phẫu thuật. Tính giá trị các dấu hiệu sẽ dựa trên 40 BN có trong nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung. Trong số 35 BN có tổn thương ruột mạc treo trên phẫu thuật, có 31 nam và 4 nữ, tỷ lệ nam: nữ là 7,6:1. Tuổi trung bình của các BN là 32,2 ± 13,8 tuổi (từ 7 đến 66 tuổi). Tuổi trung bình của nam giới là 32,3 ± 13,6 tuổi và của nữ là 31 ± 16,8 tuổi, không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa hai nhóm (p = 0,86).

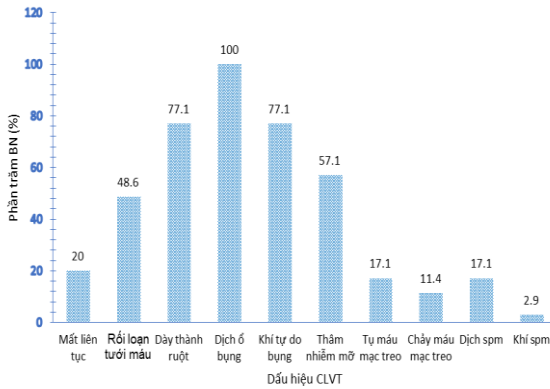
Thời gian trung vị từ khi bị tai nạn đến khi vào viện là 9 giờ (IQR: 5-17,5) (từ 1 đến 57 giờ). Thời gian trung vị từ khi bị tai nạn đến khi BN được phẫu thuật là 21 giờ (IQR:13–39) (từ 7 đến 89 giờ). Thời gian từ khi được chụp CLVT đến khi phẫu thuật là 4 giờ (IQR:2-7), sớm nhất là 1 giờ và muộn nhất là 73 giờ.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và CLVT: Có 35 bn có tổn thương ruột mạc treo trên phẫu thuật được phân tích.



Biểu đồ 1. Dấu hiệu lâm sàng trong chấn thương ruột mạc treo (n=35)

Trên lâm sàng, các dấu hiệu thành bụng là hay gặp như chướng bụng, đau bụng và phản ứng thành bụng chiếm tỉ lệ tương ứng là 27/35 (77,1%), 29/35 (82,9%) và 23/35 (65,7%). Dấu hiệu như xây xát da vùng bụng gặp 16/35 (45,7%). Các dấu hiệu da niêm mạc nhợt và sốc ít gặp là 8/35 (22,9%) và 5/35 (14,3%).



Biểu đồ 2. Dấu hiệu bất thường trên cắt lớp vi tính (n=35)

Trên CLVT, dấu hiệu dịch ổ bụng là gặp nhiều nhất với 35/35 (100%) các trường hợp, khí tự do ổ bụng là 27/35 (77,1%). Các dấu hiệu tại thành ruột như dày thành ruột, bất thường tưới máu và mất liên tục thành ruột có tỉ lệ là 27/35 (77,1%), 17/35 (48,6%) và 7/35 (20%). Các dấu hiệu mạc treo như thâm nhiễm mỡ là hay gặp với tỷ lệ 20/35 (57,1%), tụ máu mạc treo ít gặp hơn với 6/35 (17,1%) và chảy máu mạc treo là 4/35 (11,4%). Dịch sau phúc mạc là 6/35 (17,1%) và 1 trường hợp khí sau phúc mạc (2,9%).

3.3. Giá trị chẩn đoán của các dấu hiệu lâm sàng và CLVT. Tổng số 40 bn được chẩn đoán tổn thương ruột mạc treo được lựa chọn vào nghiên cứu.

Bảng 1. Giá trị chẩn đoán của các dấu hiệu lâm sàng và CLVT (n=40)

Dấu hiệu		Sn (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	p	OR	95%CI
Lâm sàng	-Đau bụng	77,1	20	87,1	11,1	1	0,8	0,1-8,7
	-Niêm mạc nhợt	22,9	60%	80%	10	0,58	0,4	0,1-3,1
	-Sốt	14,3	80	83,3	11,8	1	0,7	0,1-7,3
	-Xây xát da	45,7	60	88,9	13,6	1	1,2	0,2-8,5
	-Bụng chướng	82,9	80	96,7	40	0,01	19,3	1,8-205
	-Phản ứng bụng	65,7	20	85,2	7,7	1	0,5	0,1-4,8
CLVT:	-Mất liên tục	20	60	77,8	9,7	0,31	0,37	0,1-2,7
	-Dày thành	77,1	20	87,1	11,1	1	0,8	0,1-8,7
	-Tưới máu bất thường	48,6	80	94,4	18,2	0,35	3,7	0,4-37,3
	-Thâm nhiễm mỡ	57,1	60	90	16,7	0,64	2	0,3-13,5
	-Khí ổ bụng	77,1	100	100	38,5	<0,01	1,63	1,1-2,5
	- Khí SPM	2,9	40	25	5,6	<0,01	0,02	0 - 0,3

Chú thích: Sn: độ nhạy; Sp: độ đặc hiệu; PPV: giá trị dự báo dương tính; NPV: giá trị dự báo âm tính; OR: tỷ suất chênh; 95%CI: khoảng tin cậy.

- Trong các dấu hiệu lâm sàng, chướng bụng là dấu hiệu có độ nhạy và độ đặc hiệu là rất cao (82,9% và 80%), trong đó nhóm có tổn thương ruột mạc treo có nguy cơ chướng bụng cao gấp 19,3 lần nhóm không tổn thương (95%CI: 1,8-205) với $p=0,01$.

- Dấu hiệu dày thành ruột có độ nhạy khá cao (77,1%) nhưng độ đặc hiệu còn thấp (20%) trong chẩn thương ruột mạc treo. Trong khi dấu hiệu bất thường tưới máu ruột có độ đặc hiệu là 80% nhưng độ nhạy chỉ là 48,6%.

- Khí tự do ổ bụng là tương đối đặc hiệu trong chẩn đoán chẩn thương ruột mạc treo với độ đặc hiệu và giá trị dự báo dương tính là 100%. Các bn có khí tự do ổ bụng sẽ có nguy cơ chẩn thương ruột mạc treo cao hơn 1,63 (95%CI: 1,1-2,5) với $p<0,01$.

- Khí sau phúc mạc là các dấu hiệu CLVT ít gặp trong chẩn thương ruột mạc treo, các trường hợp chẩn thương ruột mạc treo có nguy cơ gặp khí sau phúc mạc thấp hơn nhóm không có chẩn thương, sự khác nhau là có ý nghĩa thống kê ($p<0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Chẩn thương ruột non thường gặp là tổn thương kết hợp trong chẩn thương bụng kín. Các dấu hiệu trên lâm sàng và CLVT đa dãy góp phần phát hiện tổn thương ruột mạc treo từ đó giúp chỉ định phẫu thuật sớm các trường hợp có tổn thương, mặt khác, nhằm hạn chế các phẫu thuật thăm dò không cần thiết. Tổn thương hay gặp nhất ở ruột non là đoạn đầu gần với tá tràng và đoạn cuối nối với manh tràng. Sự cố định của hai đầu ruột này khiến cho lực giằng xé dễ làm tổn thương các quai ruột di động [2].

Theo nghiên cứu của Wanding và cs [5], tuổi trung bình của các BN chẩn thương ruột mạc treo là $43,8 \pm 17,4$ tuổi. Trong nghiên cứu của Shi và cs [6], tuổi trung bình các BN là 53 tuổi. Các BN của chúng tôi có tuổi trung bình là $32,2 \pm 13,8$ tuổi, nhỏ nhất là 7 tuổi và cao tuổi nhất là 66. Các BN trong nghiên cứu này có tuổi thấp hơn các nghiên cứu trước đây. Đây là lứa tuổi có tỉ lệ tử vong cao nhất ở Mỹ do không phát hiện chẩn thương kịp thời [7]. Đây cũng là lứa tuổi trong độ tuổi lao động nên có tỉ lệ chẩn thương cao hơn các lứa tuổi khác. Mặt khác, phần lớn các BN trong nghiên cứu là nam giới với tỷ lệ nam : nữ là 7,6:1. Nghiên cứu của McNutt và cs [3] cũng có tỉ lệ nam giới là 79%. Nghiên cứu của Wanding và cs[5] có tỉ lệ nam giới là 68,4%. Điều này có thể do nam giới thường phải tham gia hoạt động nặng và di chuyển nhiều nên có nguy cơ chẩn thương cao hơn.

Trong chẩn thương ruột, đau bụng và khó chịu là những dấu hiệu hay gặp trên lâm sàng. Tuy nhiên, đôi khi các dấu hiệu này xuất hiện muộn và bị che phủ bởi các dấu hiệu nặng của các cơ quan khác trong đa chẩn thương [1]. Trong nghiên cứu, chúng tôi gặp 100% các BN có dịch tự do ổ bụng. Bên cạnh đó, các dấu hiệu thành bụng như chướng bụng (77,1%), đau bụng (82,9%) hay cảm ứng thành bụng (65,7%) cũng rất hay gặp. Trong đó, dấu hiệu chướng bụng có độ nhạy và độ đặc hiệu là 82,9% và 80%, đồng thời, nhóm có chẩn thương ruột mạc treo có nguy cơ bị chướng bụng cao gấp hơn 19 lần nhóm không tổn thương ($p<0,01$).

Dấu hiệu như xây xát da vùng bụng có thể gợi ý thương tổn trong chẩn thương bụng kín. Chúng tôi gặp 45,7% trường hợp có xây xát thành bụng trên lâm sàng. Tuy nhiên, theo Iaselli và cs [8] thì các dấu hiệu lâm sàng trong chẩn thương bụng kín đôi khi không rõ ràng do

các triệu chứng bị che phủ bởi tình trạng đa chấn thương như chấn thương sọ não, lồng ngực. Do vậy, phát hiện xây xát da thành bụng có thể là dấu hiệu gợi ý để tìm kiếm các tổn thương ruột mạc treo.

Dịch tự do ổ bụng trong chấn thương ruột mạc treo có độ nhạy là 90-100% và độ đặc hiệu tương ứng là 15%-25%. Đây là dấu hiệu có độ nhạy cao cho chẩn đoán chấn thương ruột, đặc biệt là khi dịch tự do ổ bụng tăng tỉ trọng [7]. Chúng tôi gặp 100% các trường hợp có dịch tự do ổ bụng. Vị trí thường gặp của dịch trong chấn thương ruột mạc treo là quanh các quai ruột hay quanh gốc mạc treo. Tuy nhiên dấu hiệu này có độ đặc hiệu thấp. Các dấu hiệu đặc hiệu thường xuất hiện muộn hơn, do đó, cần theo dõi BN chấn thương bụng kín có dịch tự do ổ bụng sau 6-8 h và chụp lại CLVT nếu tình trạng lâm sàng thay đổi [8].

Khí tự do ổ bụng là dấu hiệu có thể thấy trong chấn thương ruột mạc treo [8]. Theo Bates và cs [7], khí tự do ổ bụng là dấu hiệu tương đối tin cậy trong chấn thương ruột, với độ nhạy 30%-60% và độ đặc hiệu vào khoảng 95%. Khí tự do ổ bụng cùng với các dấu hiệu như dịch tự do ổ bụng, dày thành ruột, dấu hiệu đai an toàn, bất thường ngấm thuốc thành ruột, thâm nhiễm mỡ mạc treo là những dấu hiệu dự đoán nguy cơ cao trong chấn thương ruột [7], [8]. Tuy nhiên, khí tự do ổ bụng cũng có thể gặp trong tràn dịch màng phổi, đặt dẫn lưu màng phổi, rách cơ hoành. Bóng khí cạnh các quai ruột có giá trị chẩn đoán chấn thương ruột cao hơn là khí tự do ổ bụng. Khí tự do sau phúc mạc thường gặp trong chấn thương tá tràng D2 và D4. Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp tỉ lệ khí tự do ổ bụng là 77,1% với độ đặc nhạy là 77,1% và độ đặc hiệu là 100%. Đây là tỉ lệ khá cao do tất cả các BN của chúng tôi đều được phẫu thuật. Mặt khác các trường hợp có khí tự do ổ bụng sẽ có nguy cơ chấn thương ruột mạc treo gấp 1,6 lần các trường hợp không có khí tự do ($p < 0,01$).

Chúng tôi gặp dấu hiệu mất liên tục thành ruột là 20%. Đây là dấu hiệu quan trọng nhằm đưa ra quyết định cho phẫu thuật. Theo các nghiên cứu trước đây, hình ảnh mất liên tục thành ruột trên CLVT đa dãy có độ đặc hiệu 100% trong chẩn đoán chấn thương ruột mạc treo. Tuy nhiên, dấu hiệu này có độ nhạy là thấp (5%-10%) vì phần lớn các tổn thương là rất nhỏ và không gây rách hoàn toàn nên rất khó phát hiện trên CLVT mà chỉ thấy được khi phẫu thuật [7], [8].

Dày thành ruột khu trú $> 3\text{mm}$ là dấu hiệu gợi ý của chấn thương ruột. Mặc dù độ đặc hiệu của

dấu hiệu này là tương đối cao (90%), độ nhạy của dấu hiệu là tương đối thấp (55%-75%). Do ruột có nhu động và tùy theo mức độ chứa dịch mà có độ dày mỏng khác nhau nên đôi khi bị nhầm. Chúng tôi gặp 77,1% BN có dày thành ruột khu trú với độ nhạy của dấu hiệu là 77,1%.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp dấu hiệu thành ruột ngấm thuốc bất thường là 48,5% BN với độ đặc hiệu của dấu hiệu này là 80%. Ngấm thuốc bất thường thành ruột hay gặp trong chấn thương ruột mạc treo, thường kết hợp với tụ dịch khu trú mạc treo lân cận và dịch tự do ổ bụng. Thành ruột ngấm thuốc không đều có thể do rách hoàn toàn các lớp cơ. Bên cạnh đó, giảm ngấm thuốc hoặc không ngấm là dấu hiệu thiếu máu ruột do tổn thương mạch mạc treo. Tăng ngấm thuốc ở thì sớm do tăng thẩm thấu thuốc cản quang do tổn thương nội mạc thành mạch [8].

Chấn thương mạc treo thường đơn độc và ít khi kết hợp với tổn thương ống tiêu hóa hay tạng đặc. Chấn thương nặng là khi có chảy máu hoạt động có thoát thuốc cản quang. Trường hợp đứt gốc mạc treo gây thiếu máu ruột cần phải phẫu thuật cấp. Chấn thương nhẹ bao gồm đưng dập mạch treo, tụ máu, thường được điều trị bảo tồn [8].

Trên CLVT, thâm nhiễm mỡ mạc treo là dấu hiệu đáng tin cậy trong chẩn đoán chấn thương ruột mạc treo với độ nhạy là 70%-77% và độ đặc hiệu là 40%-90% [7]. Thâm nhiễm mỡ khi thấy mạc treo tăng đậm độ và có hình như sưng khó, gợi ý tụ máu hay đưng dập mạc treo. Dấu hiệu thoát thuốc cản quang ngoài mạch máu gợi ý có tổn thương động mạch mạc treo và cần được can thiệp phẫu thuật hoặc nút mạch. Theo McNutt và cs [3], các dấu hiệu đưng dập hay tụ máu mạc treo kết hợp với dày thành ruột hay tụ dịch giữa các quai ruột, hoặc là chảy máu hoạt động, thoát dịch cản quang tiêu hóa vào trong ổ bụng hay khí ổ bụng là các dấu hiệu tăng điểm nguy cơ phải phẫu thuật. Chúng tôi thấy thâm nhiễm mỡ mạc treo là dấu hiệu hay gặp (57,1%) có định hướng chấn thương mạc treo, tụ máu mạc treo (17,1%) và chảy máu mạc treo (11,4%) là ít gặp hơn.

V. KẾT LUẬN

Dấu hiệu lâm sàng và CLVT đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán tổn thương ruột mạc treo trong chấn thương bụng kín. Bụng chướng trên khám lâm sàng và khí tự do ổ bụng trên CLVT là những dấu hiệu có giá trị trong chẩn đoán chấn thương ruột mạc treo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. Atri, J. M. Hanson, L. Grinblat et al. (2008). Surgically important bowel and/or mesenteric injury in blunt trauma: accuracy of multidetector CT for evaluation. *Radiology*, **249(2)**, 524-33.
2. C. A. LeBedis, S. W. Anderson and J. A. Soto. (2012). CT imaging of blunt traumatic bowel and mesenteric injuries. *Radiol Clin North Am*, **50(1)**, 123-36.
3. M. K. McNutt, N. R. Chinapuvvula, N. M. Beckmann et al. (2015). Early surgical intervention for blunt bowel injury: the Bowel Injury Prediction Score (BIPS). *J Trauma Acute Care Surg*, **78(1)**, 105-11.
4. N. Chereau, M. Wagner, C. Tresallet et al. (2016). CT scan and Diagnostic Peritoneal Lavage: towards a better diagnosis in the area of nonoperative management of blunt abdominal trauma. *Injury*, **47(9)**, 2006-11.
5. M. Wandling, J. Cuschieri, R. Kozar et al. (2021). Multi-center validation of the Bowel Injury Predictive Score (BIPS) for the early identification of need to operate in blunt bowel and mesenteric injuries. *Injury*.
6. Y. B. Shi, J. M. Hao, C. N. Hu et al. (2015). Diagnosis of bowel and mesenteric blunt trauma with multidetector CT. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, **19(9)**, 1589-94.
7. D. D. Bates, M. Wasserman, A. Malek et al. (2017). Multidetector CT of Surgically Proven Blunt Bowel and Mesenteric Injury. *Radiographics*, **37(2)**, 613-625.
8. F. Iaselli, M. A. Mazzei, C. Firetto et al. (2015). Bowel and mesenteric injuries from blunt abdominal trauma: a review. *Radiol Med*, **120(1)**, 21-32.

NGHIÊN CỨU BÀO CHẾ VIÊN NANG CHỨA DƯỢC LIỆU KINH GIỚI

Nguyễn Thu Quỳnh*, Nguyễn Duy Thu*,
Nguyễn Khắc Tùng*, Bùi Thị Luyện*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bào chế viên nang từ dược liệu kinh giới (*Elsholtzia ciliata* (Thunb) Hyland) để chuẩn hóa liều dùng và tiện lợi khi sử dụng. **Nguyên liệu và phương pháp:** Dược liệu kinh giới được chiết xuất bằng phương pháp Soxhlet, cô đặc dịch chiết bằng phương pháp cô quay chân không và sấy tĩnh ở nhiệt độ 40°C. Công thức viên nang cứng được xây dựng và chọn lựa dựa vào chỉ tiêu độ ẩm, tỷ trọng biểu kiến và khả năng trơn chảy của khối hạt đóng nang. **Kết quả:** Đã bào chế được viên nang kinh giới với liều dùng quy đổi là 2 viên/lần, ngày uống 3 lần. Kết quả định tính viên nang kinh giới bằng sắc ký lớp mỏng cho các vết trên sắc ký đồ dung dịch thử có cùng giá trị R_f và cùng màu sắc với các vết trên sắc ký đồ của dung dịch đối chiếu; hàm lượng phenolic tổng và flavonoid tổng trong viên nang tương ứng là 0,31% và 0,105%. Thêm vào đó, viên nang đạt yêu cầu về độ đồng đều khối lượng, độ rã, độ ẩm theo tiêu chuẩn viên nang của Dược điển Việt Nam V.

Từ khóa: *Elsholtzia ciliata*, viên nang, phenolic, flavonoid, Dược điển Việt Nam V.

SUMMARY

**PREPARATION OF HERBAL CAPSULE
CONTAINING ELSHOLTZIA CILIATA
(THUNB) HYLAND**

Objectives: To prepare *Elsholtzia Ciliata* herb in capsule form to standardize dosage and be convenient

*Trường Đại học Y- Dược, Đại học Thái Nguyên.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Quỳnh

Email: quynhhdtd@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022

Ngày duyệt bài: 21.01.2022

to use. **Materials and methods:** The herb was extracted by the Soxhlet method, the extract was concentrated by the vacuum rotary evaporation method, and then dried at 40°C. The moisture, density, and smoothness of the powder were analyzed to select hard capsule formulations. **Results:** *Elsholtzia Ciliata* herb capsules were prepared with an equivalent dose of 2 capsules/time, 3 times a day. On the chromatogram, there were traces of the same R_f value and the same color as those on the chromatogram of reference medicinal herb. *Elsholtzia Ciliata* herb capsule contains 0.31% total phenolics and 0.105% total flavonoids. In addition, it meets the requirements of mass uniformity, disintegration, and moisture content according to the capsule standard of Vietnam Pharmacopoeia V.

Keywords: *Elsholtzia ciliata* herb, capsule, phenolic, flavonoid, Vietnam Pharmacopoeia V.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam nằm trong vùng nhiệt đới cho nên có những điều kiện khí hậu như nhiệt độ, lượng mưa, ánh sáng,... và hơn hết điều kiện thổ nhưỡng đặc trưng thích hợp cho nhiều loài thực vật phát triển. Đó là nguồn tài nguyên sinh học vô cùng quý giá. Từ thời xa xưa cho đến xã hội hiện nay con người đều khai thác nguồn tài nguyên này để làm thực phẩm, thuốc chữa bệnh, các vật liệu cũng như nhiên liệu cho cuộc sống thường ngày.

Kinh giới là một loài cây thân thảo được trồng rất nhiều nơi, từ khu vực đồi núi đến bờ sông, bờ suối, đặc biệt là ở các khu vực có nhiều nắng. Trong kinh nghiệm truyền thống, nhân dân ta vẫn sử dụng kinh giới như một loại rau thơm, gia