

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY DO UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN NĂM 2022

Phan Thị Diệu Ngọc¹, Nguyễn Thị Phương², Lê Thị Diệu Linh¹

TÓM TẮT

Đặt Vấn Đề: Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những loại ung thư (UT) phổ biến nhất trên thế giới. Theo Globocan 2020 UTDD xếp thứ 5 về tỷ lệ mắc (5,6% với 1.089.103 triệu người). UT đường tiêu hoá đã được chứng minh có tỷ lệ SDD cao hơn so với các vị trí khác chiếm 20-85%, trong đó 19-94% bệnh nhân UTDD được chẩn đoán SDD. SDD trước và sau phẫu thuật có tác động đến quyết định phương pháp điều trị, ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của cơ thể gây tăng nguy cơ biến chứng sau mổ như nhiễm trùng vết mổ, giảm đáp ứng và tăng chi phí điều trị, kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong từ đó làm suy giảm chất lượng cuộc sống, đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh. **Mục tiêu:** Xác định tình trạng SDD và phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân sau phẫu thuật dạ dày do ung thư tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành trên 120 bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư dạ dày tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ 01/2022- 05/2022. Thông tin thu thập bằng bộ câu hỏi soạn sẵn, qua phỏng vấn và khám trực tiếp và tra cứu hồ sơ bệnh án. **Kết Quả:** Tỷ lệ SDD sau phẫu thuật theo PG- SGA là 53,3% trong đó SDD nặng chiếm 21,6%, tỷ lệ SDD theo BMI và Albumin lần lượt là 52,2% và 38,3%. Có sự liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân sau phẫu thuật dạ dày với các yếu tố chỉ định mổ, sốt sau phẫu thuật, tình trạng sụt cân trong vòng 1 tháng và tình trạng mất lớp mỡ dưới da, teo cơ, phù ($p < 0,05$). **Kết Luận:** Đánh giá dinh dưỡng toàn diện và các yếu tố liên quan cho bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư dạ dày nên được thực hiện để can thiệp dinh dưỡng kịp thời, thích hợp và tăng đáp ứng và hiệu quả điều trị.

Từ khóa: suy dinh dưỡng, ung thư dạ dày, phẫu thuật, PG- SGA.

SUMMARY

A NUMBER OF FACTORS ASSOCIATED WITH NUTRITIONAL CONDITION AFTER SURGERY IN STOMACH CANCER PATIENTS AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL IN 2022

Background: Stomach cancer (SC) is one of the common cancers all over the world. According to Globocan 2020, SC incidence ranked fifth (5,6% equal

to 1.089.103 cases). Gastrointestinal cancer has been proved to have a higher malnutrition rate (20% – 85%) compared to other types of cancer, in which 19% - 94% of stomach cancer patients were diagnosed with malnutrition. Malnutrition before and after operation can impact decisions on treatment and patients immune system, increase the rate of post-operative complications such as surgical wound infection (5% - 52%), reduce response, increase the treatment costs (to more than 25%), prolong the hospitalization (8 - 60 days), raise the death rate. All of those effects would thus deteriorate patients quality of life, response and prognosis. **Objective:** Identify the malnutrition rate and analysis of some factors related to nutritional after after surgery in stomach cancer patients at Nghe An Oncology Hospital in 2022. **Materials and Methods:** Descriptive cross-sectional study with analysis was conducted on 120 stomach cancer patients at Nghe An Oncology Hospital from January 2022 to May 2022. The information was collected by a set of questionnaire which were used during direct interviews, carrying out medical examination and analyzing medical records. **Results:** The malnutrition rate after operation by PG-SGA was 53.3%, in which the rate of severe malnutrition accounted for 21.6% and the conditions measured according to BMI and Albumin were 52.2% and 38.3% respectively. There was a relationship between the nutritional status of patients after surgery with indications for surgery, postoperative fever, weight loss within 1 month and reduction of subcutaneous fat, muscle atrophy, edema ($p < 0.05$). **Conclusions:** The general assessment for SC cancer after operation must be conducted to timely and rationally solve any problems and increase the effectiveness in treatment.

Keywords: malnutrition, stomach cancer, PG-SGA, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong số các bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo thống kê của Globocan 2020, ung thư dạ dày có tỷ lệ mắc phổ biến thứ 5 trên toàn thế giới với 5,6% tương đương với 1.089.103 triệu người mắc mới, tỷ lệ tử vong đứng thứ 4 ở cả hai giới. Cũng theo báo cáo trên tại Việt Nam năm 2020 ước tính có 17.906 ca mắc mới đứng thứ 4 và chiếm 9,8% trong các loại ung thư [1]. UT đường tiêu hoá đã được chứng minh có tỉ lệ SDD cao hơn so với các vị trí khác chiếm 20 - 85%, trong đó 14-94% bệnh nhân UTDD được chẩn đoán SDD [2-6]. Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của bệnh nhân

¹Trường Đại học Y Khoa Vinh

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Diệu Ngọc

Email: nguyennngoc.vmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 8.3.2023

UT chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố như vị trí và giai đoạn bệnh, triệu chứng tiêu hoá như nôn ói, giảm nhập năng lượng hay giảm hấp thu do điều trị,... Bên cạnh đó phần lớn bệnh nhân UTDD có khẩu phần ăn trước và sau phẫu thuật đều không đạt so với nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, chất sinh năng lượng và các Vitamin cũng như một số chất khoáng. SDD trước và sau mổ có thể tác động đến quyết định phương pháp điều trị, ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của cơ thể gây tăng nguy cơ biến chứng sau mổ như nhiễm trùng (5 – 52%), giảm đáp ứng và tăng chi phí điều trị (hơn 25%), kéo dài thời gian nằm viện (8 – 15 ngày), tăng tỉ lệ tử vong, từ đó làm suy giảm chất lượng cuộc sống, đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh [7-9]. Vì vậy, việc chẩn đoán và can thiệp sớm SDD sau phẫu thuật là vô cùng quan trọng góp phần làm giảm mức độ nặng của bệnh và tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật, chi phí điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Với mục tiêu nghiên cứu là xác định tỉ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành trên 120 bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư đang điều trị tại khoa Ngoại 5 và khoa Nội 3, Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ 01/01/2022 – 31/05/2022.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả các bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư điều trị nội trú tại khoa Ngoại 5 và Nội 3 Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ 01/01/2022 đến 31/05/2022 thỏa mãn mọi tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày.
- Bệnh nhân hậu phẫu cắt dạ dày ngày thứ 6 trở đi.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân hôn mê
- Bệnh nhân không tự đứng được hay quá mệt mỏi.
- Bệnh nhân cảm điếc không có khả năng trả lời các câu hỏi.
- Bệnh nhân có các khuyết tật cụt chi.

Phương pháp thu thập số liệu và đánh giá: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI theo phân loại của Hội đại táo đường Châu Á,

đối với người Châu Á năm 2000:

- Không SDD: khi BMI $\geq 18,5$ kg/m²
- SDD mức độ nhẹ: khi BMI từ 17 đến 18,4 kg/m²
- SDD mức độ vừa: khi BMI từ 16 đến 16,9 kg/m²
- SDD nặng: khi BMI < 16 kg/m²

Đánh giá TTDD của bệnh nhân sử dụng thang đo PG- SGA: PG-SGA là công cụ đánh giá TTDD riêng cho bệnh nhân UT, được cải biên từ phương pháp đánh giá dinh dưỡng chủ quan toàn cầu SGA, được xây dựng và công bố giới thiệu năm 1994 và hoàn thiện năm 2000 [10]. Đánh giá dinh dưỡng theo phương pháp SGA gồm hai phần:

- Phần 1: Kiểm tra bệnh sử (thay đổi cân nặng, thay đổi ăn uống, các triệu chứng tiêu hóa, thay đổi chức năng, các bệnh lý và nhu cầu về dinh dưỡng).

- Phần 2: Khám lâm sàng: Tiến hành khám lâm sàng đánh giá tình trạng mất lớp mỡ dưới da, teo cơ, phù của ĐTNC.

➢ Cách đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân:

- Mức độ A: 7 - 11 điểm: Dinh dưỡng tốt
 - Mức độ B: 12 - 16 điểm: Suy dinh dưỡng nhẹ hoặc trung bình
 - Mức độ C: ≥ 17 điểm: Suy dinh dưỡng nặng.
- Bệnh nhân được xác định suy dinh dưỡng theo PG - SGA khi số điểm > 11.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo albumin huyết thanh

- Bình thường: khi albumin huyết thanh ≥ 35 g/L.
- SDD nhẹ - trung bình: khi albumin huyết thanh từ 21- 34 g/L.
- SDD nặng: khi albumin huyết thanh < 21g/L.

Phương pháp thu thập thông tin. Tiến hành phỏng vấn các bệnh nhân hậu phẫu mổ dạ dày ngày thứ 6 trở đi tại khoa Ngoại 5 và Nội 3 BVUBNA theo bộ câu hỏi cấu trúc đã được thiết kế sẵn, quan sát, khám đánh giá TTDD kết hợp cân đo đối tượng nghiên cứu và kết quả cận lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

- Xử lý và phân tích số liệu
- Toàn bộ phiếu phỏng vấn được kiểm tra, làm sạch và mã hóa trước khi nhập máy bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Áp dụng các phương pháp phân tích mô tả về tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình.

- Phân tích mối liên quan giữa 2 biến thông qua kiểm định Fisher's Exact Test và OR với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

- Mô hình hồi quy Logistic với phương pháp Black ward LR, mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ để kiểm soát yếu tố nhiễu. Kiểm định Hosmer và Lemeshow được sử dụng để xác định mức phù

hợp của mô hình đa biến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

TT	Đặc điểm ĐTNC	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Giới tính	Nam	73	60,8
		Nữ	47	39,2
2	Nhóm tuổi	< 30 tuổi	2	1,7%
		30- 60 tuổi	48	40,0 %
		> 60 tuổi	70	58,3%
Tuổi trung bình 61,77 ± 1,007. Max 91, Min 17				
3	Trình độ học vấn	Không biết chữ	2	1,7
		Tiểu học	24	20,0
		Trung học cơ sở	49	40,8
		Trung học phổ thông	41	34,2
		Cao đẳng, đại học	4	3,3
4	Đặc điểm về chỉ định mổ	Cắt bán phần dạ dày	90	75,0
		Cắt toàn bộ dạ dày	30	25,0
5	Tình trạng nhiễm trùng vết mổ	Vết thương khô, sạch	115	95,8
		Nhiễm trùng da và chân chỉ đỏ	5	4,2
		Các nhiễm trùng khác	0	0,0
7	Sử dụng hóa chất sau phẫu thuật	Có sử dụng	104	86,7
		Không sử dụng	16	13,3

Nhận xét: Bệnh nhân là nam giới chiếm tỷ lệ cao gấp 1,5 lần so với nữ giới (60,8% và 39,2% tương ứng. Tuổi trung bình của ĐTNC là 61,77 ± 1,007. Tuổi mắc cao nhất 91, tuổi thấp nhất là 17 trong đó nhóm người cao tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 58,3%. Có 75% ĐTNC được phẫu thuật cắt bán phần dạ dày và cao gấp 3 lần so với người bệnh được chỉ định cắt toàn bộ dạ dày (25%). Có 104 BN (86,7%) sử dụng hóa chất bổ trợ sau phẫu thuật, 16 BN (13,3%) không sử dụng hóa chất sau phẫu thuật.

3.2. Thông tin về tình trạng dinh dưỡng của ĐTNC

Nhận xét: Kết quả cho thấy có 21,6% ĐTNC có tình trạng suy dinh dưỡng nặng, 31,7% suy dinh dưỡng nhẹ, vừa và 46,7% ĐTNC có tình trạng dinh dưỡng bình thường.

Bảng 3.2: Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo chỉ số BMI và chỉ định mổ

TT	Vị trí mổ	TTDD theo BMI						Tổng	
		Gầy		Bình thường		Thừa cân		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)		
1	Cắt bán phần dạ dày	35	29,2	55	45,8	—	—	90	75,0
2	Cắt toàn bộ dạ dày	28	23,3	2	1,7	—	—	30	25,0
Tổng		63	52,5	57	47,5	—	—	120	100,0

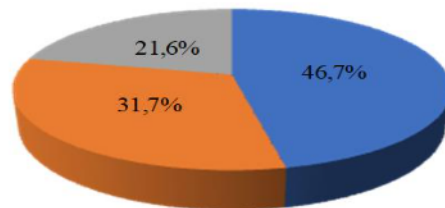
Nhận xét: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số BMI, kết quả cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng chung là 52,5%. Trong đó, tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng do cắt bán phần cao hơn so với người bệnh cắt toàn bộ dạ dày gần 6%

Bảng 3.3: Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo chỉ số Albumin và PG - SGA

TT	TTDD theo PG - SGA	ALBUMIN				Tổng	
		< 35 g/L		≥ 35 g/L		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)		

TTDD theo thang đo PG - SGA

■ Bình thường ■ SDD nhẹ và vừa ■ SDD nặng



Hình 3.1: Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo chỉ số PG- SGA.

1	SDD	33	27,5	31	25,8	64	53,3
2	Bình thường	13	10,8	43	35,8	56	46,7
Tổng		46	38,3	74	61,7	120	100,0

Nhận xét: Kết quả cho thấy có 46 BN (38,3%) có chỉ số Albumin < 35 g/L, trong đó có 33 BN (27,5%) suy dinh dưỡng và 13 BN (10,8%) có TTDD bình thường theo chỉ số PG - SGA. Ngoài ra, có 74 BN (61,7%) có chỉ số Albumin \geq 35g/L.

Bảng 3.4: Thay đổi về cân nặng trong 1 tháng và 6 tháng của ĐTNC

TT	Thay đổi cân nặng	Thời gian	
		1 tháng n (%)	6 tháng n (%)
1	Tăng	25 (20,8)	17(14,2)
2	Không thay đổi	31 (25,8)	71(59,2)
3	Sụt cân	64 (53,3)	32 (26,7)

Nhận xét: Kết quả Bảng 3.10 cho thấy trong 1 tháng gần đây ĐTNC phần lớn sụt cân chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3%), cao gần gấp 2 lần so với 6 tháng qua (26,7%). Ngoài ra có 14,2% đối tượng trong 6 tháng vừa qua có sự tăng cân trở lại.

3.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của ĐTNC

Bảng 3.5: Mô hình hồi quy đa biến giải thích một số yếu tố liên quan đến TTDD của ĐTNC theo PG - SGA

TT	Yếu tố trong mô hình	Hệ số hồi quy β	Sai số chuẩn (S.E)	OR (95%CI)	Mức ý nghĩa (p)
1	Chỉ định mổ Cắt toàn bộ dạ dày Cắt bán phần dạ dày*	1,657	0,644	5,242 (1,484 - 18,519)	0,01
2	Tình trạng sốt Có Không*	1,742	0,541	5,711 (1,976 - 16,503)	0,001
3	Sụt cân trong vòng 1 tháng Có Không*	1,995	0,511	7,353 (2,700 - 20,027)	<0,001
4	Tình trạng mất lớp mỡ dưới da: Có Không*	2,995	1,140	19,900 (2,138 - 186,883)	0,009

Cỡ mẫu phân tích n = 120; (*) = Nhóm so sánh; - = Không áp dụng. Kiểm định tính phù hợp của mô hình thống kê (Hosmer and Lemeshow). OR = 5,454; df = 6; p = 0,487

Nhận xét:

- Về vị trí mổ, BN mổ cắt toàn bộ dạ dày có nguy cơ SDD cao gấp 5,242 lần so với BN cắt bán phần dạ dày (95% CI: 1,484 - 18,519, p = 0,01).

- Về tình trạng sốt sau phẫu thuật, BN có sốt sau phẫu thuật có nguy cơ SDD cao gấp 5,711 lần so với BN không bị sốt (95% CI: 1,976 - 16,503, p = 0,001).

- Về tình trạng sụt cân trong vòng 1 tháng, BN có tình trạng sụt cân trong vòng 1 tháng có nguy cơ SDD cao gấp 7,353 lần so với những BN không có tình trạng sụt cân (95% CI: 2,700 - 20,027, p < 0,001).

- Về tình trạng mất lớp mỡ dưới da /teo cơ/ phù, BN có tình trạng mất lớp mỡ dưới da/ teo cơ/ phù có nguy cơ SDD cao gấp 19,9 lần so với những BN không có tình trạng mất lớp mỡ dưới da/ teo cơ/ phù (95% CI: 2,138 - 186,883, p = 0,09).

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh sau

phẫu thuật cắt dạ dày theo từng phương pháp là: Theo chỉ số BMI là 52,2% (trong đó 20,8% SDD nặng, 10,8% SDD vừa, 20,8% SDD nhẹ). Theo thang đo PG - SGA: 21,6% suy dinh dưỡng nặng, 31,7% suy dinh dưỡng nhẹ, vừa và 46,7% dinh dưỡng bình thường, không có BN nào thừa cân, béo phì. Theo chỉ số Albumin: 38,3% BN có chỉ số Albumin < 35g/L và 61,7% BN có chỉ số Albumin \geq 35g/L.

Có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với chỉ định mổ của bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày có nguy cơ SDD so với những bệnh nhân cắt bán phần dạ dày. Bệnh nhân có sốt sau phẫu thuật có nguy cơ SDD so với BN không bị sốt. Bệnh nhân có tình trạng sụt cân trong vòng 1 tháng so với BN không có tình trạng sụt cân. Bệnh nhân có tình trạng mất lớp mỡ dưới da/ teo cơ/ phù có nguy cơ SDD so với những BN không có tình trạng mất lớp mỡ dưới da/ teo cơ/ phù.

Kiến nghị. Kết quả nghiên cứu cho thấy tình

trạng SDD ở bệnh nhân UTDD chiếm tỉ lệ cao, đặc biệt là theo phương pháp PG-SGA và BMI. Do đó, cần tiến hành đánh giá dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân sau phẫu thuật để phát hiện và can thiệp kịp thời. Cần phải thực hiện điều tra khẩu phần ăn cụ thể, đánh giá tính cân đối của khẩu phần và sự thiếu hụt vi chất để đưa ra lời khuyên dinh dưỡng thích hợp cho bệnh nhân trước khi phẫu thuật và sau khi xuất viện. Đặc biệt là cần quan tâm các bệnh nhân UTDD sau khi phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, có sốt sau phẫu thuật, tình trạng mất lớp mỡ dưới da/ teo cơ/phù và tình trạng sụt cân trong vòng 1 tháng để góp phần tăng đáp ứng điều trị, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IARC** (2020), "World cancer report: Cancer research for cancer prevention. International Agency for Research on Cancer., Lyon, France."
2. **N. V. Pham và các cộng sự.** (2007), "SGA and measures for muscle mass and strength in surgical Vietnamese patients", *Nutrition*. 23(4), tr. 283-91.
3. **Lương Đức Dũng** (2013), Thực trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng đường tiêu hóa tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai 6 tháng đầu năm 2013, Trường Đại học Y Hà Nội, chủ biên.
4. **Trình Hồng Sơn** (2013), "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ ung thư dạ dày tại khoa C1, bệnh viện Việt Đức Hà Nội năm 2013".
5. **Nguyễn Thị Thúy và CS** (2020-2021), "Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư dạ dày trong quá trình điều trị hóa chất tại Bệnh viện K".
6. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2021), "Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm kiểu gen của người bệnh ung thư dạ dày tại 4 bệnh viện ở Hà Nội. Tạp Chí Nghiên cứu Y học", tr. 147(11), 63-71.
7. **Y. Fukuda và các cộng sự.** (2015), "Prevalence of Malnutrition Among Gastric Cancer Patients Undergoing Gastrectomy and Optimal Preoperative Nutritional Support for Preventing Surgical Site Infections", *Ann Surg Oncol*. 22 Suppl 3, tr. S778-85.
8. **I. Deftereos và các cộng sự.** (2020), "A systematic review of the effect of preoperative nutrition support on nutritional status and treatment outcomes in upper gastrointestinal cancer resection", *Eur J Surg Oncol*. 46(8), tr. 1423-1434.
9. **Nguyễn Tuấn Anh** (2014), "Hiệu quả nuôi ăn sớm sau phẫu thuật cắt đoạn dạ dày nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Quân Y 103."
10. **F. D Ottery, McCallum, P. D, và Polisen, C.G** (2000), "Patient generated subjective global assessment", 11-23.

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỬ TRONG ĐÁNH GIÁ XUẤT TINH MÁU

Hoàng Đình Âu¹, Doãn Văn Ngọc^{2,3}

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu mô tả tiến hành trên 42 bệnh nhân xuất tinh máu (XTM) được khám lâm sàng, sau đó được chụp CHT 1.5 Tesla túi tinh tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ 8/2020 đến 8/2022. **Phương pháp:** Các bệnh nhân XTM sau khi khám lâm sàng và chụp CHT sẽ được chia thành 3 nhóm tín hiệu túi tinh: nhóm A tăng tín hiệu trên T1W, giảm tín hiệu trên T2W (tương ứng với máu mới), nhóm B tăng tín hiệu trên cả T1W và T2W (tương đương với máu cũ) và nhóm C đồng tín hiệu trên T1W (không có chảy máu), từ đó tính độ nhạy của cộng hưởng tử trong chẩn đoán chảy máu túi tinh. Các nhóm tín hiệu này sẽ được so sánh với tình trạng của máu trong tinh dịch bệnh nhân XTM. **Kết quả:** tuổi trung bình của BN là 39,8±13, tuổi cao nhất 82, tuổi thấp nhất 21, lứa tuổi hay gặp nhất từ 30 đến 60 tuổi chiếm 62%. Có 15 BN

bị thất lạc phiếu khám nên không đánh giá được tình trạng lâm sàng. Trong số 27 BN còn lại, có 16 BN lần đầu XTM, chiếm 59%, số còn lại XTM nhiều lần (≥2), chiếm 41%. Về tình trạng máu trong tinh dịch, chỉ có 22 bệnh nhân có khai thác rõ trong phiếu khám, trong đó có 9 BN có máu đỏ tươi, chiếm 41%, có 4 BN máu màu hồng, chiếm 18%, có 7 BN máu màu nâu, chiếm 32% và chỉ có 2 BN máu màu đen, chiếm 9%. Về tín hiệu túi tinh trên cộng hưởng tử, có 22 BN tín hiệu nhóm A chiếm 52%, có 8 BN tín hiệu nhóm B chiếm 19% và có 12 BN tín hiệu nhóm C chiếm 29%. Độ nhạy của cộng hưởng tử trong chẩn đoán chảy máu túi tinh là 71%. So sánh giữa tình trạng máu trong tinh dịch với nhóm tín hiệu túi tinh thấy ở nhóm A chủ yếu là máu nâu đỏ nhưng cũng thấy các loại máu khác, còn nhóm B chỉ có 2 loại là máu đỏ tươi và máu nâu đỏ. **Kết luận:** Xuất tinh máu là rối loạn thường gặp ở độ tuổi sinh hoạt tình dục. Tín hiệu của túi tinh trên cộng hưởng tử không phản ánh hoàn toàn tình trạng của máu trong tinh dịch. Tuy nhiên, CHT là phương pháp không xâm lấn có giá trị cao trong phát hiện chảy máu túi tinh ở bệnh nhân XTM.

Từ khóa: chảy máu túi tinh, xuất tinh máu, cộng hưởng tử

SUMMARY

ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE EVALUATION OF HEMATOSPERMIA

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Dược, Đại Học Quốc Gia Hà Nội

³Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2023

Ngày duyệt bài: 27.2.2023