

cảm xúc khác.

- Tăng hoạt động chiếm 91,94%, cân thiệp xung quanh (54,84%).

- Điểm hưng cảm theo thang YMRS lần 1 là $X=32,05 \pm 7,48$; lần 2 là $X=11,23 \pm 6,30$.

- Nồng độ dopamin huyết tương lần xét nghiệm 1 là $X=31,18 \pm 7,40$ ng/ml, lần 2 là $X=16,05 \pm 5,95$ ng/ml.

- Khi so sánh sự khác biệt giữa hai thời điểm T1 và T2, tất cả các triệu chứng lâm sàng, thang YMRS và nồng độ dopamine huyết tương đều giảm có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Tiến Đức, Bùi Quang Huy, Ngô Ngọc Tàn (2016), *Giáo trình Bệnh học Tâm thần*, NXB Quân

đội nhân dân, Hà Nội, tr. 319-355.

2. Trần Như Minh Hằng (2006), *Đặc điểm lâm sàng giai đoạn hưng cảm và rối loạn cảm xúc lưỡng cực - giai đoạn hưng cảm*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 32-47.
3. American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, Washington, DC, pp. 123-154, 155-188.
4. Kaplan H. I., Sadock B. J., Grebb J. A. (2015), "Mood Disorders", *Synopsis of psychiatry*, Eleventh edition, pp. 457-486
5. Kazhungli F., Mohandas E. (2016), "Management of obsessive-compulsive disorder comorbid with bipolar disorder", *Indian J Psychiatry*, 58(3), pp. 259-269.
6. Ledonne A., Mercuri N. B. (2017), "Current Concepts on the Physiopathological Relevance of Dopaminergic Receptors", *Front Cell Neurosci*, 11.

KHẢO SÁT SỰ BIẾN ĐỔI MỘT SỐ HORMON Ở BỆNH NHÂN U TUYẾN YÊN

Nguyễn Thị Minh Phương*, Mai Trọng Khoa**, Đoàn Văn Đệ***

TÓM TẮT

U tuyến yên chiếm khoảng 10-15% trong các u nội sọ, đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị rất phong phú và phức tạp, phụ thuộc nhiều vào những biến đổi trong quá trình tổng hợp và bài tiết các hormon. **Mục tiêu:** Khảo sát những biến đổi nồng độ một số hormon ở bệnh nhân u tuyến yên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, 73 bệnh nhân u tuyến yên được điều trị tại Trung tâm y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình $42,5 \pm 13,2$ tuổi, gặp nhiều nhất nhóm 31-45 tuổi, tỷ lệ nữ/nam = 2,3. U tiết Prolactin chiếm tỷ lệ cao nhất sau đó đến u tiết hai hormon và tiết GH, tỷ lệ tương ứng là: 20,5%, 13,7% và 4,1%. Nồng độ hormon Prolactin, GH tăng cao, trung bình tương ứng là 67,19ng/ml và 8,36ng/ml. Nồng độ hormon ACTH, TSH, FSH, LH không tăng hoặc tăng ít. **Kết luận:** Một số hormon tuyến yên tăng cao trong bệnh nhân u tuyến yên

Từ khóa: U tuyến yên, biến đổi hormon

SUMMARY

CHANGES OF SELECTED HORMONES PRODUCTION IN PATIENTS WITH PITUITARY TUMOR

Pituitary tumor accounts for about 8-15% of all brain tumors, its clinical features and treatment results are very diversified and complicated, depended on changes in the synthesis and secretion of hormones.

*Bệnh viện 19.8

**Bệnh viện Bạch Mai

***Bệnh viện Quân y 103,

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Phương

Email: drminhphuong198@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/2/2018

Ngày phản biện khoa học: 27/2/2018

Ngày duyệt bài: 15/3/2018

Objective: To examine the changes in hormone concentrations in pituitary tumor patients. **Patients and method:** Cross sectional descriptive study, 73 patients with pituitary tumor who were treated at the Nuclear Medicine and Oncology Center - Bach Mai Hospital. **Results:** Average age $42,5 \pm 13,2$ years old, a majority of the patients aged in between 31-45 years old, female/male ratio = 2,3. Pituitary Prolactinoma was the most common tumor (20,5%). Increased Prolactin, GH concentrations were observed with mean of 67,19ng/ml and 8,36 ng/ml, respectively. ACTH, TSH, FSH, LH did not increase or just slightly increased. **Conclusion:** Selected pituitary tumor hormones concentration increased significantly in pituitary tumor patients.

Keyword: Pituitary tumor, changes of hormones

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến yên là tuyến nội tiết, nằm trong hộp sọ tiết ra các hormon tác động lên một số tuyến khác như tuyến giáp, tuyến thượng thận, tuyến sinh dục.... Tuyến yên tiết ra hormon tác dụng lên hầu hết các mô trong cơ thể như GH, hoặc một số hormon chỉ có tác dụng đặc hiệu lên một mô hoặc cơ quan nào đó như: ACTH, TSH, FSH, LH, Prolactin... U tuyến yên là u phát triển từ tế bào thụ trước tuyến yên, thường gặp nhất trong các loại u vùng hố yên, tần suất gặp u tuyến yên 10-15% trong u nội sọ, đứng hàng thứ 3 sau u thần kinh đệm và u màng não [4] [5].

U tuyến yên được chia làm hai loại: u có hoạt tính nội tiết và u không hoạt tính nội tiết do đó đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị của u tuyến yên rất phong phú và phức tạp, phụ thuộc vào tính chất, vị trí, kích thước khối u, đặc biệt những biến đổi trong quá trình tổng hợp và bài

tiết các hormon [6]. Ngày nay trên thế giới đã có rất nhiều các đề tài nghiên cứu về biến đổi nồng độ một số hormon ở bệnh nhân u tuyến yên. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về lĩnh vực này do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Khảo sát sự biến đổi một số hormon ở bệnh nhân u tuyến yên*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Gồm 73 bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán xác định u tuyến yên dựa trên MRI số não và được điều trị tại trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Bệnh nhân mắc các bệnh nội tiết khác như bệnh Basedow, u tuyến thượng thận...
- + Bệnh nhân dùng corticoid kéo dài, phụ nữ có thai, phụ nữ đang cho con bú.
- + Bệnh nhân < 18 tuổi

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3 Các bước tiến hành: Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án in sẵn.

Lâm sàng: Tuổi, giới, lý do đi khám bệnh, tiền sử điều trị...

Cần lâm sàng: Các xét nghiệm thường quy:

*BN được tiến hành định lượng hormon tuyến yên bằng lấy máu TM buổi sáng (sau khi đã nhìn ăn)

*Xét nghiệm nồng độ hormon TSH, FSH, PRL, ACTH, LH, GH... theo phương pháp miễn dịch định hóa phát quang trên máy Elecsys 2010.

2.4. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2011 đến tháng 1/2016.

2.5 Phân tích và xử lý số liệu: Các thông tin thu thập được mã hoá và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1 Đặc điểm tuổi, giới

Thông số		(n = 73)
Tuổi (năm) (min-max)		42,5 ± 13,2 (18-78)
Tỷ lệ Nữ/Nam		2,3

Nhận xét: Tuổi trung bình 42,5±13,2, tuổi thấp nhất 18, cao nhất 78 tuổi. Tỷ lệ nam ít hơn nữ/nam =2,3.

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới

Nhóm tuổi	Giới	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
18-30	Nam	1	1,4
	Nữ	11	15,1
31-45	Nam	9	12,3
	Nữ	22	30,1
46-60	Nam	7	9,6
	Nữ	14	19,2
>60	Nam	5	6,8
	Nữ	4	5,5
Tổng		73	100

Nhận xét: Bệnh nhân gặp nhiều ở nhóm nữ, 31-45 tuổi, tuổi trung bình 42,4±13,3, thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 78 tuổi.

Bảng 3.3: Phân loại u tuyến yên theo thể bệnh

Thể bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	
U không HTNT	41	56,2	
U có HTNT	32	43,8	
	Tiết PRL	15	20,5
	Tiết GH	3	4,1
	Tiết ACTH	1	1,4
	Tiết LH	1	1,4
	Tiết FSH	1	1,4
Tiết hỗn hợp	11	15,0	
Tổng	73	100	

Nhận xét: U không hoạt tính nội tiết tỷ lệ nhiều hơn chiếm 56,2% so với u có hoạt tính nội tiết chiếm 43,8%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. U tiết PRL chiếm tỷ lệ cao 20,5%, u tiết hỗn hợp chiếm 15,0%.

3.2. Nồng độ các hormon nhóm nghiên cứu

Bảng 3.4: Nồng độ các hormon

Hormon - Đơn vị	Nam(n=22)	Nữ(n=51)	Tổng(n=73)	p	
PRL (ng/ml)	Trung bình	34,54	81,28	67,19	<0,01
	SD	97,95	134,15	125,55	
	Trung vị	9,29	19,86	14,75	<0,01
	Min-max	4,37-470,00	3,44-470,00	3,44-470,00	
LH (mU/ml)	Trung bình	5,14	10,74	9,05	<0,05
	SD	2,31	18,19	15,43	
	Trung vị	5,05	6,43	5,47	>0,05

	Min-max	0,52-11,78	0,11-85,98	0,11-85,98	
FSH (mU/l)	Trung bình	6,24	13,73	11,47	<0,05
	SD	3,18	25,04	21,22	
	Trung vị	6,02	6,65	6,24	>0,05
	Min-max	1,60-15,51	1,45-151,20	1,45-151,20	
ACTH (pg/ml)	Trung bình	30,31	23,99	25,89	>0,05
	SD	20,69	14,44	16,68	
	Trung vị	23,37	20,10	20,92	>0,05
	Min-max	10,82-98,62	1,00-88,06	1,00-98,62	
TSH (μ U/l)	Trung bình	1,38	3,66	2,97	>0,05
	SD	0,73	13,79	11,55	
	Trung vị	1,28	1,59	1,52	>0,05
	Min-max	0,23-3,41	0,06-100,00	0,06-100,00	
GH (ng/ml)	Trung bình	4,84	9,87	8,36	<0,05
	SD	8,62	23,37	20,15	
	Trung vị	2,52	2,31	2,38	>0,05
	Min-max	0,13-37,00	0,37-103,90	0,13-103,90	

Nhận xét: Giá trị trung bình nồng độ hormon PRL, LH, FSH, GH ở nhóm bệnh nhân nữ cao hơn nam sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Giá trị trung bình nồng độ hormon ACTH, TSH ở hai giới tương đương nhau.

- Sử dụng sử dụng Wilcoxon-Mann-Whitney test để so sánh giá trị trung vị nồng độ hormon PRL nhóm nữ cao hơn nhóm nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Giá trị trung vị hormon LH, TSH, FSH, ACTH, GH ở hai giới tương đương nhau.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 73 bệnh nhân u tuyến yên ≥ 18 tuổi được điều trị tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai chúng tôi nhận thấy tuổi thấp nhất là 18, tuổi cao nhất 78, trung bình $42,5 \pm 13,2$ tuổi và gặp nhiều ở nhóm 31-45 tuổi, tỉ lệ nam ít hơn nữ, nam chiếm 30,1% ; nữ chiếm 69,9%. Nghiên cứu của Heng Wan (2007) tuổi trung bình là 43,7 tuổi và tỷ lệ gặp ở nữ cũng cao hơn nam [3]. Trong nghiên cứu có 43,8% bệnh nhân u có hoạt tính nội tiết và 56,2% u không hoạt tính nội tiết. Trong số 32 bệnh nhân u tuyến yên có hoạt tính nội tiết chúng tôi nhận thấy tỷ lệ gặp nhiều nhất là u tiết prolactin (20,5%), sau đó đến u tiết hỗn hợp (15,0%), tăng tiết GH (4,1%), u tiết các hormon khác chiếm tỷ lệ ít. Ironside (2003) tỷ lệ tăng tiết PRL là 30%, GH là 15% tăng tiết TSH chỉ chiếm 1% [5]. Theo tác giả Zbigniew Petrovich (2003) nghiên cứu trên 78 bệnh nhân u tuyến yên được điều trị xạ phẫu sau khi thất bại với phẫu thuật có 72% u không tiết và 28% u tăng tiết trong đó có 15,4% u tăng tiết PRL, 7,7% bệnh nhân tăng tiết GH, 5,1% bệnh nhân tăng tiết ACTH, không gặp bệnh nhân nào tiết FSH, LH, TSH [2].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị

trung bình nồng độ hormon PRL, LH, FSH, GH ở nhóm bệnh nhân nữ cao hơn nam sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trung bình hormon Prolactin, GH tăng cao, các hormon khác như ACTH, TSH, FSH, LH tăng ít hoặc không tăng có lẽ do bệnh nhân tiết PRL và GH chiếm tỷ lệ cao ngược lại ít gặp bệnh nhân u tiết các hormon khác. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thanh Huyền [1].

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình $42,5 \pm 13,2$ tuổi, gặp nhiều nhất nhóm nữ, 31-45 tuổi

- Tỷ lệ nam/nữ = 2,3

- Tỷ lệ u tuyến yên có hoạt tính nội tiết chiếm 43,8%, u không hoạt tính nội tiết chiếm 56,2%.

- U tiết Prolactin chiếm tỷ lệ cao nhất sau đó đến u tiết hỗn hợp, u tiết GH, tỷ lệ tương ứng là: 20,5%, 15,0% và 4,1%.

- Giá trị trung bình hormon PRL, LH, FSH, GH ở nhóm bệnh nhân nữ cao hơn nam sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Giá trị trung bình hormon Prolactin, GH cao, trung bình tương ứng là 67,19 ng/ml và 8,36ng/ml. Nồng độ hormon ACTH, TSH, FSH, LH không tăng hoặc tăng ít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thanh Huyền (2015). "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến yên trước và sau phẫu thuật", Luận văn bác sĩ nội trú chuyên ngành nội tiết, trường Đại học Y HN.
2. Zbigniew Petrovic (2003). "Gamma Knife Radiosurgery For Pituitary Adenoma: Early Results", *Neurosurgery*, 53: 51-61.
3. Heng Wan: "Gamma knife radiosurgery for secretory pituitary adenomas: experience in 347 consecutive cases". 2007 Jun;106(6):980-7.
4. Faglia G.: *Genesis of pituitary adenomas, in Landolt A. Vance ML, Reilly PL. "Pituitary*

adenoma". New York, Churchill Livingstone, 1996, pp.

5. **Ironside J.W. (2003):** "Pituitary gland pathology" J Clin Pathol 2003;56:561-568
 6. **Mahdi Sharif-Alhoseini1, Edward R. Laws2**

and Vafa Rahimi-Movaghar3,4 "Functioning Pituitary Adenoma" Sina Trauma and Surgery, Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran.

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG QUI TRÌNH KỸ THUẬT NẮN CHỈNH VÀ ĐÓNG ĐINH METAIZEAU KHÔNG MỞ Ổ GÃY DƯỚI MÀN TĂNG SÁNG ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI TRẺ EM

Nguyễn Thế Điệp*, Nguyễn Thái Sơn**

TÓM TẮT

Nghiên cứu y văn đã tham khảo trong và ngoài nước về các công trình nghiên cứu kỹ thuật nắn chỉnh, đóng đinh, kinh nghiệm và kết quả đóng đinh Metaizeau không mở ổ gãy có hỗ trợ của màn tăng sáng để xây dựng qui trình kỹ thuật điều trị gãy kín thân xương đùi cho trẻ em Việt Nam. Từ tháng 10-2010 đến tháng 1 năm 2015, chúng tôi đã áp dụng quy trình này vào điều trị cho 47 bệnh nhân từ 6 đến 15 tuổi bị gãy kín thân xương đùi tại bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, bệnh viện CTCH Thành Phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy qui trình điều trị này thu được kết quả tốt khi thực hiện kỹ thuật, không xảy ra tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật. Kết quả điều trị đạt mức tốt 83,7%, trung bình 16,3%, không có kết quả kém.

Từ khóa: Đinh Metaizeau, đinh dần hồi, gãy xương đùi trẻ em

SUMMARY

STUDY ON THE CONSTRUCTION OF TECHNICAL PROCEDURE TO ADJUST AND USE METAIZEAU NAILS WITHOUT OPENING FRACTURE UNDER THE SUPPORT OF C-ARM TO TREAT CLOSED FEMORAL FRACTURES AMONG CHILDREN

Literature study has been referred to domestic and abroad researches on adjusting technique, nailing, experience and results of Metaizeau nailing without opening fracture with the support of C- ARM to build up the procedures and technique to treat femoral fracture for children in Vietnam. From October 2010 to January 2015, we applied this procedure to treat 47 paediatric patients aged from 6-15 years old with closed femoral shaft fractures at Saint-Paul hospital in Ha Noi, Trauma and Orthopedic hospital in Ho Chi Minh City, and Thai Binh medical university hospital. This study showed that the procedure had good result during technical procedure, no side effects, no complications during and after surgery. The treatments were 83.7% as good results; average

results as of 16.3%, and having no bad results.

Keyword: Metaizeau nails, Flexible intramedullary nailing, Elastic stable intramedullary nailing, Femoral fracture in children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín thân xương đùi ở trẻ em là một tổn thương nặng thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau nhưng chủ yếu do tai nạn giao thông (TNGT). Điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em hiện nay chủ yếu vẫn là kéo nắn bó bột chấu lưng chân. Điều trị phẫu thuật kết xương nẹp vít được chỉ định đối với những trường hợp điều trị bảo tồn thất bại, gãy xương ở trẻ lớn di lệch nhiều khó nắn chỉnh bó bột. Tuy nhiên, phương pháp này có nhiều nhược điểm như: nhiễm khuẩn, chậm liền xương, khớp giả... Kết hợp xương kín bằng đinh Metaizeau để điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em đã và đang được ứng dụng ở nhiều nước trên thế giới. Tại Việt Nam, phương pháp này đã được ứng dụng trong nhiều năm trở lại đây đã mang lại kết quả tốt trên các mặt liền xương và phục hồi chức năng. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu nào về qui trình kỹ thuật điều trị loại tổn thương này. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu sau:

1. Xây dựng qui trình kỹ thuật nắn chỉnh và kết xương kín điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em bằng đinh Metaizeau.
2. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi ở trẻ em bằng đinh Metaizeau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 47 bệnh nhân gãy kín thân xương đùi do chấn thương, từ 6 - 15 tuổi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương kín bằng đinh Metaizeau dưới màn tăng sáng tại khoa chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, khoa chỉnh hình nhi - Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh, khoa chấn thương - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 10/2010 đến tháng 1/2015.

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

**Bệnh viện Đức Giang, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyenthetyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/2/2018

Ngày phân biện khoa học: 28/2/2018

Ngày duyệt bài: 12/3/2018