

Tự tử	248	1002	366.433	1.480.503	367.166.356
Khác	96	230	280.171	671.249	64.439.313
Tổng	4100	27393	387.563	1.128.593	4.627.233.071

Kết quả nghiên cứu thể hiện ở bảng 2 mô tả tổng chi phí trực tiếp cho các trường hợp chấn thương tại bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp trong năm 2014 là gần 4.627.233.071 đồng, trong đó chi phí điều trị chấn thương do ngã chiếm nhiều nhất 1.577.689.333 đồng, thấp nhất là 4.273.089 đồng cho điều trị ngộ độc liên quan đến thức ăn. Trung bình mỗi trường hợp chấn thương sẽ phải chi khoảng 1.128.593 đồng, thấp nhất là 565.767 đồng điều trị chấn thương tai nạn giao thông, cao nhất là 2.572.226 đồng điều trị chấn thương máy móc hoặc công cụ lao động, dưới nước/ ngạt với 2.306.045 đồng, tiếp theo do chấn thương vô tình do dao/vật nhọn/sung, chất nổ với 2.282.373 đồng. Nghiên cứu của Hồ Ngọc Thành và chi phí điều trị chấn thương tại bệnh viện đa khoa Đồng Tháp năm 2008-2009 cho thấy chi phí trực tiếp trung bình cho một trường hợp chấn thương là 355.820 đồng, thấp nhất là 140.000 đồng, cao nhất là 2.150.000 đồng, chấn thương do máy móc hoặc công cụ lao động 1.600.000 đồng, đuối nước/ ngạt 500.000 đồng, đánh đập/ tấn công với 1.400.000 đồng [4]. Chi phí điều trị trong bệnh viện nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác có lẽ do việc chênh lệch theo thời giá cũng như các loại dịch vụ ở từng bệnh viện, thời gian nằm viện.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp trên những người bệnh nhập viện do chấn thương trong năm 2014 cho thấy tổng cộng 27393 ngày nằm viện với gần 4.627.233071 đồng chi phí trực tiếp điều trị chấn thương, trung

bình mỗi trường hợp chấn thương sẽ phải chi khoảng 1.128.593 đồng. Chi phí điều trị trung bình cao nhất ở những bệnh nhân nhập viện với chấn thương do máy móc hoặc công cụ lao động (2.572.226 đồng), thấp nhất ở nhóm bị tai nạn giao thông (565.767 đồng).

Kết quả nghiên cứu cho thấy cần tăng cường các biện pháp phòng chống tai nạn thương tích trong cộng đồng đặc biệt là chấn thương do máy móc hoặc công cụ lao động, các vật sắc nhọn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. www.mt.gov.vn/m/tin-tuc/1005/29742/ke-hoach-chong-trug-duong-bo-tai-viet-nam-cua-ngan-va-ke-hoach-trien-khai-giai-doan-2011-2015.aspx
2. Nguyễn Văn Hải (2010), "Thực trạng chấn thương của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa thành phố Hòa Bình - tỉnh Hòa Bình trong 2 năm 2008-2009". Luận văn chuyên khoa Y tế công cộng.
3. Lê Ngọc Quang, Nguyễn Thị Chính (2013), "Thực trạng chấn thương của các trường hợp nhập viện và điều trị bệnh viện Đức Giang năm 2013". Y học thực hành (879) - Số 9/2013
4. Hồ Ngọc Thành (2010), "Mô hình chấn thương của các nạn nhân nhập viện tại bệnh viện Đa khoa Tam Nông, Đồng Tháp từ 01/6/2008 - 31/5/2009". Luận văn chuyên khoa I Y tế công cộng.
5. Lê Vũ Anh - Trần Hữu Bích (2003), "Chấn thương ở Việt Nam và trên thế giới. Một số khái niệm dịch tễ học chấn thương cơ bản". Giáo trình giảng dạy, Trường Đại học Y tế công cộng.
6. "Aleaguc tabl of child deaths by injury in rich nations", innocent report card, UNICEF Innocenti Research centre Forrence, Italy, Issue No. 2 february 2001, pp. 2-17.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG DI CẢN HẠCH CỦA UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Hậu*, Lê Văn Quảng*
Mai Thị Kim Ngân*, Đỗ Thị Thanh Mai*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá tình trạng di

cản hạch của các bệnh nhân ung thư tuyến giáp được chẩn đoán và phẫu thuật tại Khoa Ung bướu và Chẩn sóc giám nhệ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu một chùm bệnh gồm 97 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được chẩn đoán và phẫu thuật tại Khoa Ung bướu và Chăm sóc giám nhệ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/2015 đến 03/2016. **Kết quả:** Tuổi trung bình 44,1; nữ/nam 5,5/1; u trên lâm sàng 91,8%; u 70,1%; hạch trên lâm sàng 17,5%; hạch trên siêu âm 23,7%; TIRADs 4 trên siêu âm 74,3%; chọc hút tế

*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chủ trì trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: hxn86@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2017

Ngày duyệt bài: 23.01.2017

ào dương tính 90,2%; phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ vết hạch 83,5%; di căn hạch sau mổ 58%; ung thư biểu mô thể nhú 96,9%; giai đoạn I 63,9%.
Kết luận: chẩn đoán ung thư tuyến giáp dựa vào lâm sàng, siêu âm và chọc hút tế bào. Tỷ lệ di căn hạch sau mổ ung thư tuyến giáp cao.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp, di căn hạch

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND LYMPH NODE METASTASIS OF THYROID CANCER AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

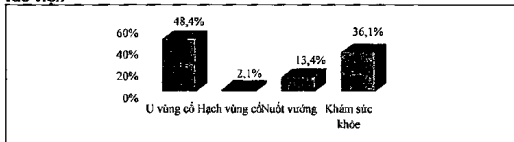
Objects: Commenting some clinical, subclinical features and evaluating lymph node metastasis of patients getting thyroid cancer diagnosed and operated at Oncology and Palliative Care Department, Ha Noi Medical University Hospital. **Method:** Retrospective and prospective disease cluster descriptive study on 97 patients getting thyroid cancer diagnosed and operated at Oncology and Palliative Care Department, Ha Noi Medical University Hospital from 01/2015 to 03/2016. **Results:** Average age 44.1; female/male 6.5/1; Clinical tumor 91.8%; single tumor 70.1%; clinical node 17.5%; nodes on ultrasound 23.7%; TIRADS 4 on ultrasound 74.3%; needle aspiration 90.2% positive; total thyroidectomy and lymphadenectomy 83.5%; lymph node metastasis after surgery 58%; papillary carcinoma 96.9%; stage I 63.9%. **Conclusions:** The diagnosis of thyroid cancer based on clinical, ultrasound and needle aspiration. The rate of lymph node metastasis of thyroid cancer after surgery higher.

Keywords: thyroid cancer, lymph node metastasis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh lý hay gặp nhất trong các bệnh ung thư tuyến nội tiết, chiếm tỷ lệ khoảng 90%. Tại khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, UTGG là một trong những loại ung thư được chẩn đoán,

Lý do vào viện



Biểu đồ 1: Lý do vào viện

Nhận xét: 48,4% BN đến khám vì sờ thấy khối vùng cổ; tỷ lệ bệnh nhân vào viện vì phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe khá cao chiếm 36,1%.

3.2 Đặc điểm u trên lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm u trên lâm sàng

Số lượng u	Số BN	Tỷ lệ %
1 u	68	70,1
> 2 u	21	21,7
Không có u	8	8,2
Tổng	97	100

điều trị phổ biến và hiệu quả bằng phương pháp phẫu thuật và có tỉ lệ cao bệnh nhân phát hiện sớm khi khám sức khỏe. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá tình trạng UTGG được phẫu thuật tại khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 97 bệnh nhân UTGG được chẩn đoán và phẫu thuật tại khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2015 đến 3/2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Chẩn đoán UTGG dựa trên dấu hiệu lâm sàng, siêu âm, chọc tế bào.

- Được phẫu thuật cắt tuyến giáp.
- Giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến giáp.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trên

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

- Các bước tiến hành: Lập bệnh án nghiên cứu và lấy số liệu theo các chỉ tiêu.

- **Nhập và xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi: Tuổi trung bình là 44,1±12,3, trong đó lớn nhất là 72 tuổi và nhỏ nhất là 14 tuổi. Nhóm tuổi từ 46 đến 60 gặp nhiều nhất với tỷ lệ 42,2%.

Giới: Đa số bệnh nhân là nữ, chiếm tỉ lệ 86,6%; tỉ lệ nữ/nam là 6,5/1.

Vị trí u		
U tuyến giáp thùy (P)	38	42,7
U tuyến giáp thùy (T)	30	33,7
U hai thùy tuyến giáp	17	19,1
U eo tuyến giáp	4	4,5
Tổng	89	100
Kích thước u		
< 2 cm	68	76,4
2 - 4 cm	18	20,2
> 4 cm	3	3,4
Tổng	89	100
Mật độ u		
Cứng, chắc	85	95,5
Mềm	4	4,5
Tổng	89	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có 1 u trên lâm sàng chiếm 70,1%. Tỷ lệ gặp ở 1 thùy phải hoặc trái lần lượt là 42,7% và 33,7%, u ở eo tuyến giáp gặp ít nhất với tỷ lệ là 4,5%. Kích thước chủ yếu dưới 2 cm chiếm 76,4%, có 3,4% trường hợp u trên 4 cm. Hầu hết u có mật độ cứng chắc chiếm tỷ lệ 95,5%.

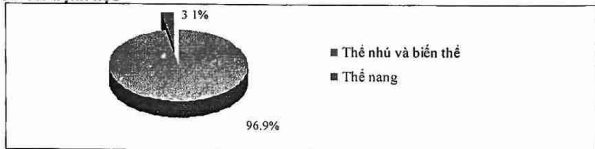
3.3 Đặc điểm u trên siêu âm

Bảng 2: Đặc điểm u trên siêu âm

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
1 u	62	63,9
≥ 2 u	35	36,1
Vị trí u		
U thùy phải	36	37,1
U thùy trái	31	32,0
U hai thùy	28	28,9
U eo tuyến giáp	2	2,0
Kích thước u		
< 2 cm	76	78,3
2 - 4 cm	19	19,6
> 4 cm	2	2,1
TIRADS		
2	1	1,0
3	7	7,2
4	72	74,3
5	17	17,5
Tổng	97	

Nhận xét: 63,9% trường hợp siêu âm chỉ thấy 1 u. Tỷ lệ gặp u ở thùy phải và trái lần lượt là 37,1% và 32%. U kích thước dưới 2 cm chiếm đa số 78,3%, có 2,1% u trên 4 cm. 74,3% trường hợp có phân độ TIRADS 4 trên siêu âm.

3.4 Mô bệnh học



Biểu đồ 2: Thể mô bệnh học

Nhận xét: Thể nhú và biến thể chiếm tỉ lệ rất cao tới 96,9%; 3,1% còn lại là thể nang.

- **Giai đoạn bệnh:** Giai đoạn I chiếm 63,9% là giai đoạn hay gặp nhất.

3.5 Kết quả tế bào học

Bảng 3: Kết quả tế bào học

Tế bào học	Số BN	Tỷ lệ %
Có tế bào ác tính	64	90,2
Nghỉ ngơi	4	5,6
Lành tính	3	4,2
Tổng	71	100

Nhận xét: Tế bào học có độ chính xác cao với độ nhạy lên tới 95,8%.

3.6. Tình trạng di căn hạch

- **Hạch trên lâm sàng:** Tỷ lệ sờ thấy hạch trên lâm sàng thấp, chiếm 17,5%.
- **Đặc điểm hạch trên siêu âm:** Có 23,7% trường hợp phát hiện hạch trên siêu âm.
- **Tình trạng di căn hạch (sau phẫu thuật)**

Bảng 4: Tình trạng di căn hạch

Di căn hạch	Số BN	Tỷ lệ %
Có	47	58,0
Không	34	42,0
Tổng	81	100

Nhận xét: Trong tổng số 81 bệnh nhân được tiến hành vét hạch trong phẫu thuật thì có đến 58% bệnh nhân có di căn hạch

- **Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch và hạch trên lâm sàng:** tỷ lệ di căn hạch ở nhóm sờ thấy và không sờ thấy hạch trên lâm sàng khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p=0,238$.

- **Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch và hạch trên siêu âm:** sự khác biệt tỷ lệ di căn hạch ở nhóm có hạch trên siêu âm và không có hạch trên siêu âm không có ý nghĩa thống kê ($p=0,068$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- **Tuổi và giới:** UTTG có thể gặp ở mọi lứa tuổi từ bệnh nhân trẻ dưới 10 tuổi cho tới những người già trên 70 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là $44,1 \pm 12,3$. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Trần Văn Thông (2014) là $43,3 \pm 14,7$ [1]. Theo Lin, tuổi trung bình $46,8 \pm 15,1$ [2]. Như vậy UTTG tập trung nhiều ở độ tuổi trung niên.

Nhóm tuổi hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là từ 31-60 tuổi với tỷ lệ 77,4%. Theo Chử Quốc Hoàn (2013) nhóm tuổi hay gặp là 31-45 tuổi với tỷ lệ 43,4% [3]. Nghiên cứu của Trần Văn Thông (2014) lứa tuổi hay gặp là 21-60 tuổi (85,7%) với đỉnh cao là 31-40 tuổi (34,3%) [1]. Qua đây ta nhận thấy phạm vi phân bố lứa tuổi mắc UTTG rất rộng tập trung vào khoảng 31-60 tuổi.

Tỷ lệ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 86,6%, tỷ lệ nữ/nam là 6,5/1, tỉ lệ này cao hơn nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2002) tỷ lệ nữ/nam là 2,5/1 [4]. Nghiên cứu của Kluijfhout, UTTG có 80% là nữ, tỷ lệ nữ/nam là 4/1 [5]. Theo Lin, tỷ lệ nữ/nam là 3,1/1 [2]. Như vậy tỷ lệ nữ/nam không tương đương giữa các nghiên cứu với nhau. Nhưng đều chỉ ra UTTG có xu hướng gặp chủ yếu ở nữ giới.

- **Lí do vào viện:** Đa số bệnh nhân đến viện với lý do xuất hiện u giáp đơn thuần chiếm tỷ lệ 48,4%, sau đó đến nhóm vào viện vì tình cờ khám phát hiện bệnh qua khám sức khỏe chiếm tỷ lệ 36,1%, tỷ lệ nuốt vướng gặp 13,4% và chỉ có 2,1% vào viện vì có hạch cổ.

Tỉ lệ vào viện vì khối u giáp qua trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu khác. Theo Lê Văn Quảng (2002) u giáp chiếm 68,5% [4]. Nghiên cứu của Chử Quốc Hoàn (2013) u giáp chiếm 59,9% [3].

- **Đặc điểm u trên lâm sàng:** Về vị trí, tỉ lệ u nằm ở thùy phải là 42,7%, thùy trái là 33,7%, u hai thùy gặp 19,1% và u eo chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,5%. Tỷ lệ này gần giống so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Lăng (2008), u ở thùy phải gặp 33,8% và u ở thùy trái gặp 32,3%, u hai thùy gặp 27,2% [6]. Nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2002), u ở thùy phải là 48,5%, thùy trái là 32% [4]. Theo Trần Văn Thông (2014) u ở thùy phải gặp 44,14%, thùy trái là 43,14% [1]. Như vậy hầu hết các tác giả đều thấy rằng khối u chủ yếu là một thùy, ít gặp u ở eo tuyến giáp.

Về kích thước, nghiên cứu của chúng tôi u có kích thước < 2 cm chiếm 76,4% và u có kích thước 2-4 cm chiếm 20,2%, có 3,4% u có kích thước > 4 cm. Trong đó tỷ lệ u có kích thước < 2 cm lớn hơn và tỷ lệ u > 4 cm nhỏ hơn so với các nghiên cứu khác. Theo Lê Văn Quảng (2002) tỷ lệ u lớn hơn 4 cm là 26,4% [4]. Theo Chử Quốc Hoàn (2013) u dưới 2 cm là 19,3%, 2-4 cm là 37,3%, trên 4 cm là 43,4% [3].

- **Siêu âm tuyến giáp:** Trong nghiên cứu của chúng tôi siêu âm phát hiện được 100% có u tuyến giáp, trong đó tỷ lệ 1 u là 63,9% và ≥ 2 u là 36,1%. Tỷ lệ gặp u ở thùy phải là 37,1%, u ở thùy trái là 32% và u hai thùy là 28,9%, có 2%

là u ở eo tuyến giáp. Theo Lee, có 7,3% khối u ở eo tuyến giáp được phát hiện qua siêu âm [7], trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ gặp nhiều nhất là TIRADS 4 với 74,2% và TIRADS 5 là 17,5%, có 1% là TIRADS 2 trên siêu âm. Tương đương với nghiên cứu của Lê Văn Thông năm 2014 là 71,1% với TIRADS 4 và 17,9% với TIRADS 5 [1].

- **Xét nghiệm tế bào học:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy của tế bào học lên đến 95,8%. Nguyên nhân có thể là do sinh thiết tế bào học tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội được tiến hành thường quy hơn.

- **Mô bệnh học:** Qua nghiên cứu chúng tôi thấy có tới 96,9% là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhũ, nhỏ nang và có 3,1% là thể nang và không có trường hợp nào thể tủy hoặc thể không biệt hóa. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của các tác giả Lê Văn Quang, thể nhũ chiếm tỷ lệ 79,5% và thể nang là 16,5% [4].

4.2. Tình trạng di căn hạch

- **Hạch trên lâm sàng và siêu âm:** Qua nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ hạch được khám phát hiện trên lâm sàng là 17,5% trường hợp. Tỷ lệ phát hiện hạch trên siêu âm cao hơn chiếm tỷ lệ 23,7% chứng tỏ siêu âm nhạy hơn trong việc phát hiện hạch.

- **Di căn hạch:** Tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 58%, cao hơn so với các tác giả khác. Theo Yale và cộng sự (2005) tỷ lệ di căn hạch ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa là 49,7%.

Đối chiếu giữa hạch trên lâm sàng và siêu âm với kết quả giải phẫu bệnh hạch sau mổ nhận thấy: Có 70,6% bệnh nhân khám thấy hạch trên lâm sàng phát hiện di căn hạch và 54,7% bệnh nhân không khám thấy hạch trên lâm sàng có di căn hạch. Theo Chử Quốc Hoàn (2013) có 93,5% hạch trên lâm sàng khẳng định là di căn,

có 10,2% di căn hạch cổ không phát hiện được trên lâm sàng [3]. Với siêu âm ta cũng cho kết quả tương đương với 73,9% hạch phát hiện qua siêu âm có di căn và 51,7% bệnh nhân có di căn hạch tiền âm.

V. KẾT LUẬN

UTTГ gặp nhiều ở nữ trung niên với biểu hiện nổi khối ở vùng cổ.

Siêu âm là phương tiện đơn giản, hiệu quả để phát hiện u tuyến giáp; tế bào học có độ nhạy cao lên đến 95,8% và thể mô bệnh học hay gặp nhất là thể nhũ.

Di căn hạch gặp ở 58% bệnh nhân, nhiều trường hợp có di căn tiềm ẩn, không phát hiện được hạch trên lâm sàng cũng như siêu âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Thông (2014).** *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Lin J, Hsueh C. and Chao C. (2016).** Soft tissue invasion of papillary thyroid carcinoma, *Clin Exp Metastasis*.
3. **Chử Quốc Hoàn (2013).** *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, tỉ lệ các nhóm mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K*, Luận văn Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
4. **Lê Văn Quang (2002).** *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992 - 2000*, Tạp chí Y học. 431, 323-326.
5. **Kluijfhout W. et al (2016).** Frequency of High Risk Characteristics Requiring Total Thyroidectomy for 1-4 cm Well Differentiated Thyroid Cancer, *Thyroid*.
6. **Nguyễn Tiến Lãng (2008).** *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phối hợp với 1131 điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa*, Luận văn tốt nghiệp BS CK II, Đại học Y Hà Nội.
7. **Lee Y., et al(2016)** Clinicopathologic characteristics and pattern of central lymph node metastasis in papillary thyroid cancer located in the isthmus, *Laryngoscope*.

VIÊM TUYẾN TIỀN LIỆT MẠN TÍNH VÀ HỘI CHỨNG ĐAU VÙNG CHẬU HÔNG-TẦNG SINH MÔN MẠN TÍNH

Trần Văn Hình*, Nguyễn Phương Hồng**

Đặt vấn đề: Viêm tuyến tiền liệt mạn tính (VTLL MT) và hội chứng đau vùng chậu hông-tầng sinh môn mạn tính (HC ĐVCH-TSM MT) do nhiều nguyên nhân gây ra. Chẩn đoán và điều trị còn nhiều khó khăn. Mục đích của bài viết là nêu lên cơ sở của việc chẩn đoán, điều trị căn bệnh và hội chứng này. **Phương pháp:** Tham khảo các công trình nghiên cứu về VTLL MT và HC ĐVCH-TSM MT đã được công bố trong những năm gần đây. **Kết quả:** VTLL MT và HC ĐVCH-TSM MT là thường gặp, trong đó VTLL MT do vi khuẩn (loại II) chỉ chiếm từ 5 - 15%, còn lại nguyên nhân

TÓM TẮT

*Học viên Quản Y

** Phòng khám Đa khoa Âu Việt.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hình

Email: hinhhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2016

Ngày phân biện khoa học: 3.01.2017

Ngày duyệt bài: 10.01.2017