

HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG TRÊN BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO NHỒI MÁU NÃO GIAI ĐOẠN CẤP BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN

Phạm Văn Thúc¹, Nguyễn Mạnh Việt², Phạm Thị Huyền²,
Vũ Thị Thanh Huyền², Nguyễn Bá Phước²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hiệu quả phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não giai đoạn cấp bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán liệt nửa người do nhồi máu não giai đoạn cấp, tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng năm 2022-2023. Đánh giá thay đổi mức độ liệt sau điều trị theo chỉ số Barthel; thang điểm Orgogozo, và thang điểm FIM. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $71,18 \pm 9,45$ tuổi. Tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới (54,5% so với 45,5%). Thời gian mắc bệnh trung bình từ 1 - 3 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (75,8%). Thời gian mắc bệnh trung bình là $2,85 \pm 1,23$ ngày. Tỷ lệ bệnh nhân liệt bên phải và bên trái lần lượt là 42,4% và 57,6%. Điểm đột quỵ NIHSS trung bình của bệnh nhân là $8,21 \pm 4,95$ điểm. Sau 14 ngày điều trị, điểm Orgogozo trung bình của bệnh nhân tăng từ $44,09 \pm 21,3$ lên $70,45 \pm 19,17$ điểm; điểm Barthel trung bình tăng từ $36,06 \pm 21,13$ lên $60,09 \pm 22,8$ điểm; điểm FIM tăng từ $68,55 \pm 19,83$ lên $89,36 \pm 21,27$ điểm. **Kết luận:**

Điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt có tác dụng điều trị phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não giai đoạn cấp.

Từ khóa: Điện châm, xoa bóp bấm huyệt, nhồi máu não, Bệnh viện Kiến An.

SUMMARY

EFFECTIVE REHABILITATION OF MOTOR FUNCTION IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE HEMIPARESIS USING ELECTROACUPUNCTURE COMBINED WITH ACUPRESSURE MASSAGE AT KIEN AN HOSPITAL

Objective: Describe the effectiveness of electroacupuncture combined with acupressure massage in motor function recovery for acute ischemic stroke hemiplegic patients at Kien An Hospital. **Subjects and Methods:** A study was conducted on 33 patients diagnosed with hemiplegia due to acute ischemic stroke at Kien An Hospital, Hai Phong, in 2022-2023. The assessment of changes in the degree of hemiplegia after treatment was done using the Barthel index, Orgogozo score, and FIM score. **Results:** The mean age of the patients was 71.18 ± 9.45 years. The percentage of females was higher than males (54.5% compared to 45.5%). Most patients had a disease duration of 1-3 days (75.8%). The average disease duration was 2.85 ± 1.23 days. The proportion of patients with right

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Phước

Email: nguyenbatuankiet@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 6/3/2024

Ngày duyệt bài: 11/4/2024

and left hemiplegia was 42.4% and 57.6%, respectively. The average NIHSS score of the patients was 8.21 ± 4.95 . After 14 days of treatment, the average Orgogozo score increased from 44.09 ± 21.3 to 70.45 ± 19.17 ; the average Barthel score increased from 36.06 ± 21.13 to 60.09 ± 22.8 ; the average FIM score increased from 68.55 ± 19.83 to 89.36 ± 21.27 .

Conclusion: Combined electrical stimulation and acupuncture have a therapeutic effect on motor function recovery for acute ischemic stroke hemiplegic patients.

Keywords: Electroacupuncture; acupressure massage; ischemic stroke hemiparesis; Kien An hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật phổ biến chiếm vị trí hàng đầu trong các bệnh lý của hệ thần kinh trung ương, tỷ lệ xảy ra ngày càng tăng ở các nước đang phát triển [1]. Tai biến máu não hay đột quỵ là nguyên nhân chính gây tử vong ở Việt Nam với tỷ lệ mắc và tỷ lệ hiện mắc được báo cáo lần lượt là 161 và 415 trên 100.000 người [2].

Đột quỵ gây ra những khuyết tật phức tạp trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe, đồng thời làm tăng đáng kể gánh nặng kinh tế xã hội cho những người sống sót sau đột quỵ, gia đình và hệ thống chăm sóc sức khỏe [3-4]. Vì vậy, việc điều trị phục hồi chức năng vận động là vô cùng quan trọng bên cạnh việc dự phòng tái phát. Bên cạnh đóng góp của y học hiện đại trong phục hồi chức năng cho bệnh nhân, y học cổ truyền cũng có đóng góp tích cực trong điều trị di chứng tai biến mạch máu não nói chung, nhồi máu não nói riêng bằng các phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc (châm

cứu, xoa bóp bấm huyệt, dưỡng sinh...). Điều trị bằng phương pháp châm cứu đã cho tác dụng tốt trong việc phục hồi chức năng vận động, phục hồi rối loạn ngôn ngữ và một vài rối loạn khác trên bệnh nhân tai biến mạch máu não nói chung và nhồi máu não nói riêng. Ngoài ra phương pháp xoa bóp bấm huyệt có tác dụng lưu thông khí huyết, thông kinh hoạt lạc cũng góp phần nâng cao hiệu quả trong việc phục hồi chức năng vận động. Chính vì vậy, để có những cơ sở khoa học khách quan và chính xác hơn về kết quả điều trị này, chúng tôi đã tiến hành đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu: mô tả hiệu quả phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não giai đoạn cấp bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt tại Bệnh viện Kiến An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định nhồi máu não giai đoạn cấp, được khám và điều trị tại khoa Tim Mạch của Bệnh viện Kiến An từ năm 2022 - 2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là liệt nửa người do nhồi máu não giai đoạn cấp, có thời gian mắc bệnh dưới một tuần, có hình ảnh tổn thương trên phim CT, bệnh nhân nhồi máu não lần đầu và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân hôn mê, co giật, kích thích, hoảng loạn, can thiệp thở máy, đặt nội khí quản. Bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não giai đoạn cấp có kèm các bệnh: Ung thư, HIV/AIDS, lao, rối loạn tâm thần, nằm trong chống chỉ định của thuốc. Bệnh nhân không tuân thủ điều trị như bỏ điều trị từ 2 ngày trở

lên, tự ý sử dụng các phương pháp khác không theo chỉ định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị, không có nhóm đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Chúng tôi chọn được tổng số 33 bệnh nhân tại khoa Tim Mạch của Bệnh viện Kiến An thỏa mãn tiêu chí lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

Phương tiện nghiên cứu: Kim châm cứu loại GT-100 xuất xứ từ Trung Quốc, máy điện châm Đông Á SDZ II (6 sọc, 12 kim). Bông cotton y tế, pank, khay quả đậu, hộp chống shock, máy đo huyết áp.

Công thức huyết: Huyết ở tay bao gồm: Bát tà, Kiên ngưng, Tý nhu, Kiên tĩnh, Hợp cốc, Khúc trì, Nội quan. Huyết ở chân gồm có: Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Âm lăng tuyền, Túc tam lý, Huyết hải, Phong long, Giải khê, Tam âm giao, Thái xung, Hành gian, Bát phong. Huyết ở vùng đầu mặt cổ bao gồm: Giáp xa, Bách hội, Hạ quan, Địa thương, Thượng liên tuyền, Thiên đột.

Chỉ số theo dõi và đánh giá: Thông tin chung của bệnh nhân (tuổi, giới, cân nặng (kg), chiều cao (cm), thời gian mắc bệnh, hoàn cảnh xuất hiện bệnh, vị trí bên liệt), thang điểm đột quỵ NIHSS, đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày qua chỉ số Barthel, đánh giá mức độ liệt của bệnh nhân theo thang điểm Orgogozo, đánh giá mức độ độc lập qua thang điểm FIM. Bệnh nhân được đánh giá kết quả điều trị sau 14 ngày điều trị liên tục.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel, xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến số định lượng, tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Các biến số định tính, tính tần số, tỷ lệ %. Sử dụng Paired-Samples T-Test để so sánh giá trị trung bình của biến định lượng trước và sau điều trị. Các số liệu được trình bày dưới dạng bảng.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện và khoa Tim mạch Bệnh viện Kiến An. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu. Mọi thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân (n = 33)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	50 – 59 tuổi	4	12,1
	60 – 69 tuổi	9	27,3
	≥ 70 tuổi	20	60,6
	Mean ± SD	71,18 ± 9,45 tuổi	
Giới tính	Nam	15	45,5
	Nữ	18	54,5
BMI (kg/m ²)	< 18,5	5	15,2
	18,5 - 22,9	17	51,5
	23,0 - 24,9	7	21,2
	≥ 25	4	12,1

Thời gian mắc bệnh	1 – 3 ngày	25	75,8
	4 – 5 ngày	7	21,2
	6 – 7 ngày	1	3
	Mean $\pm$ SD (ngày)	2,85 $\pm$ 1,23	
Hoàn cảnh xuất hiện bệnh	Đột ngột	27	81,8
	Từ từ	6	18,2
Vị trí bên liệt	Bên phải	14	42,4
	Bên trái	19	57,6
Phân loại liệt (liệt mềm)		33	100

Nhận xét: Bệnh nhân ≥ 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (60,6%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là $71,18 \pm 9,45$ tuổi. Tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới (54,5% so với 45,5%). Thời gian mắc bệnh trung bình từ 1 – 3 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (75,8%). Thời gian mắc bệnh trung bình là $2,85 \pm 1,23$ ngày. 81,8% bệnh xuất hiện đột ngột. Tỷ lệ bệnh nhân liệt bên phải và bên trái lần lượt là 42,4% và 57,6%. 100% bệnh nhân liệt mềm.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo thang điểm đột quy NIHSS (n = 33)

Điểm NIHSS	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 – 4 điểm	10	30,4
5 – 15 điểm	21	63,6
16 – 20 điểm	1	3,0
21 – 42 điểm	1	3,0
Mean $\pm$ SD	8,21 $\pm$ 4,95	
Tổng	33	100

Nhận xét: Bệnh nhân có điểm NIHSS từ 5 – 15 điểm chiếm đa số (63,6%). Điểm đột quy NIHSS trung bình của bệnh nhân là $8,21 \pm 4,95$ điểm.

Bảng 3. Sự thay đổi bậc cơ lực sau điều trị (n = 33)

Bậc cơ lực	Trước điều trị (D0)		Sau điều trị (D14)	
	n	%	n	%
Bậc 0	0	0	0	0
Bậc 1	6	18,2	0	0
Bậc 2	8	24,2	1	3
Bậc 3	9	27,3	9	27,3
Bậc 4	10	30,3	12	36,4
Bậc 5	0	0	11	33,3

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị đã có sự thay đổi bậc cơ lực. Trước điều trị, không có bệnh nhân nào có cơ lực bậc 5, sau điều trị 33,3% bệnh nhân có cơ lực bậc 5, bệnh nhân đã có thể co cơ bình thường, thắng được lực cản mạnh từ bên ngoài.

Bảng 4. Sự thay đổi thang điểm Barthel, Orgogozo và FIM sau điều trị (n = 33)

Thang điểm	Điểm trung bình (Mean $\pm$ SD)			P
	D0	D14	Mức chênh	
Thang điểm Barthel	36,06 $\pm$ 21,13	60,09 $\pm$ 22,8	24,03 $\pm$ 1,67	< 0,05
Thang điểm FIM	68,55 $\pm$ 19,83	89,36 $\pm$ 21,27	20,81 $\pm$ 1,44	< 0,05
Thang điểm Orgogozo	44,09 $\pm$ 21,3	70,45 $\pm$ 19,17	26,36 $\pm$ 2,13	< 0,05

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, điểm trung bình thang điểm Barthel, Orgogozo và FIM đều tăng. Sự thay đổi điểm trung bình của các thang điểm này sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Mức chuyển độ liệt thang điểm Barthel, Orgogozo và FIM sau điều trị (n = 33)

Thang điểm	Chuyển ≥ 2 độ	Chuyển 1 độ	Không thay đổi
Thang điểm Barthel (n,%)	5 (15,2)	26 (78,8)	2 (6,1)
Thang điểm FIM (n,%)	7 (21,2)	15 (45,5)	11 (33,3)
Thang điểm Orgogozo (n,%)	6 (18,1)	22 (66,7)	5 (15,2)

Nhận xét: Theo thang điểm Barthel, về mức chuyển độ độc lập có 15,2% bệnh nhân chuyển 2 độ hoặc về độ 1, 78,8% bệnh nhân chuyển 1 độ, mức không chuyển độ là 6,1%. Thang điểm FIM, có 21,2% chuyển 2 độ hoặc về độ 1, 45,5% chuyển 1 độ, còn 33,3% không chuyển độ. Thang điểm Orgogozo, 18,1% bệnh nhân chuyển biến 2 độ hoặc về độ 1, 66,7% bệnh nhân chuyển biến 1 độ và 15,2% không có chuyển biến.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán là liệt nửa người do nhồi máu não trong giai đoạn cấp, bệnh nhân được điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt cùng với phác đồ nền tại khoa Tim mạch tại Bệnh viện Kiến An. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 71,18 $\pm$ 9,45 tuổi. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Chu Văn Vinh trên 42 bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Khoa Nội - Hồi sức Thần Kinh - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, độ tuổi trung bình là 61,76 $\pm$ 12,89 [5]; và nghiên cứu của tác giả Phạm Phước Sung

trên 99 bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Bạch Mai, tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,79 $\pm$ 9,75 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới (54,5% so với 45,5%), trong khi đó kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Minh tại Bệnh viện Châm cứu Trung Ương lại cho thấy tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới [6], theo nghiên cứu của tác giả Phùng Đức Lâm tỷ lệ nam cao hơn nữ, nam/nữ = 2,45/1 [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hoàn cảnh xuất hiện bệnh đột ngột chiếm 81,8%. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thị Phương Minh tỷ lệ xuất hiện đột ngột chiếm 89,3%, tỷ lệ xảy ra từ từ là 10,7% [8].

Sau 14 ngày điều trị, có 3% bệnh nhân tăng 3 bậc, 27,3% bệnh nhân tăng 2 bậc, 66,7% bệnh nhân tăng 1 bậc và 3% bệnh nhân không tăng bậc. Khi bệnh nhân được điều trị kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt sẽ kích thích và điều khiển sự vận hành của khí huyết trong cơ thể, sự hoạt động các cơ, các dây thần kinh, các tổ chức làm tăng sự dinh dưỡng của các tổ chức. Như vậy sẽ làm tăng sự phục hồi cơ lực cũng như

thần kinh. So với nghiên cứu tác giả Nguyễn Đức Minh, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tăng 2 bậc trở lên thấp hơn. Sự khác nhau này có thể do thời gian đánh giá kết quả của chúng tôi ngắn hơn so với nghiên cứu trên và nhóm nghiên cứu chúng tôi có mức độ tổn thương cao hơn [6].

Thang điểm Orgogozo với mười tiêu chí đánh giá trạng thái chức năng thần kinh của BN đột quy não trên cơ sở lượng giá điểm của từng triệu chứng. Điểm Orgogozo trung bình trước điều trị là $44,09 \pm 21,3$, sau điều trị là $70,45 \pm 19,17$ điểm, chênh lệch trước sau điều trị là $26,36 \pm 2,13$ điểm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Về mức độ chuyển biến độ liệt theo thang điểm Orgogozo cho thấy có 18,1% bệnh nhân chuyển biến 2 độ hoặc về độ 1, 66,7% bệnh nhân chuyển biến 1 độ và 15,2% không có chuyển biến. Qua đây có thể cho thấy rằng, sau 14 ngày bệnh nhân đều có sự chuyển biến tốt về mức độ liệt. Sự tiến triển mức độ liệt có thể giải thích rằng khi kết hợp điện châm cùng với xoa bóp bấm huyệt ngay sau khi bệnh nhân ổn định sẽ kích thích vào các khối cơ, dây thần kinh trong cơ thể đồng thời tăng sự nuôi dưỡng đến các mô, cơ quan bị tổn thương. Điều này sẽ giúp cho các cơ và dây thần kinh phục hồi nhanh hơn làm tăng bậc cơ lực.

Thang điểm Barthel nhằm đánh giá mức độ độc lập về mặt chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân đột quy não. Sau quá trình 14 ngày điều trị, điểm trung bình và mức chuyển độ liệt đều tăng lên. Điểm Barthel trung bình trước điều trị là $36,06 \pm 21,13$ điểm, sau điều trị là $60,09 \pm 22,8$ điểm. Sự thay đổi điểm trung bình có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,05$. Độ độc lập trước điều trị ở độ I, độ II và độ III với tỷ lệ 0%, 15,1% và 36,4%, sau điều trị tăng lên độ I là 12,1%, độ II là 39,4%, độ III là 45,45%, còn độ IV giảm từ 48,5% xuống còn 3%. Về mức chuyển độ độc lập có 15,2% bệnh nhân chuyển 2 độ hoặc về độ 1, 78,8% bệnh nhân chuyển 1 độ, mức không chuyển độ là 6,1%. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Minh, điểm Barthel trung bình đã tăng từ $39,30 \pm 9,22$ trước điều trị lên $72,70 \pm 7,27$ sau điều trị, số bệnh nhân chuyển được 2 độ liệt chiếm tỷ lệ 53,33% [6].

Sự thay đổi thang điểm FIM sau khi điều trị, điểm trung bình trước điều trị là $68,55 \pm 19,83$ điểm, sau điều trị là $89,36 \pm 21,27$ điểm, mức tăng điểm trước sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Độ độc lập trước điều trị ở độ I, độ II với tỷ lệ 0%, 39,4%, sau điều trị tăng lên độ I là 21,2%, độ II là 63,6%, còn độ III là 54,5%, độ IV là 6,1% giảm xuống lần lượt là 12,1% và 3%. Độ độc lập trước và sau điều trị, có 21,2% chuyển 2 độ hoặc về độ 1, 45,5% chuyển 1 độ, còn 33,3% không chuyển độ và không có bệnh nhân nặng lên.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán liệt nửa người do nhồi máu não sau giai đoạn cấp, tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng năm 2022-2023. Kết quả cho thấy sau 14 ngày điều trị, điểm Orgogozo, điểm Barthel và điểm FIM trung bình đều tăng. Điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt có tác dụng điều trị phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân liệt nửa người giai đoạn cấp do nhồi máu não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Campbell BCV, De Silva DA, Macleod MR, et al.** Ischaemic stroke. Nat Rev Dis Primer (2019),5(1): p70.
2. **Duy Ton Mai, Xuan Co Dao, Ngoc Khue Luong, et al.** Current State of Stroke Care in Vietnam. Stroke Vasc Interv Neurol (2022),2.
<https://doi.org/10.1161/SVIN.121.000331>.
3. **Donkor ES.** Stroke in the 21(st) century: a snapshot of the burden, epidemiology, and quality of life. Stroke Res. Treat (2018), 2018: p3238165.
4. **GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators.** Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet (2018),392: p1789-1858.
5. **Chu Văn Vinh, Nguyễn Anh Tuấn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực tế áp dụng tiêu chuẩn chất lượng về xử trí đột quỵ não ở Việt Nam trên bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tại Bệnh viện Việt Đức. Hội Thần Kinh Học Việt Nam.
6. **Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc.** Đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não bằng điện châm kết hợp phương pháp tập Bobath. Tạp chí Y học Việt Nam (2021),499: p5-10.
7. **Phùng Đức Lâm.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương hệ động mạch cảnh trong ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não. Luận án Tiến sĩ. Học viện Quân Y. 2017.
8. **Huỳnh Thị Phương Minh, Ngô Văn Truyền.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhồi máu não cấp tại Bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang. Hội Thần kinh học Việt Nam, Hội thảo Khoa học. 2015.

THỰC TRẠNG KHẨU PHẦN ĂN CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỦY NGUYÊN NĂM 2022

Nguyễn Thị Thắm¹, Cáp Minh Đức¹,
Nguyễn Bá Phước², Đặng Thị Ngọc Ánh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô thực trạng khẩu phần ăn của phụ nữ có thai tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 120 phụ nữ có thai trong thời gian từ 01/02/2022 đến tháng 30/03/2022. Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp và điều tra khẩu phần ăn 24h. **Kết quả:** Năng lượng đáp ứng 74,8% so với nhu cầu khuyến nghị. Các chất sinh năng lượng là protein, lipid, glucid lần lượt đáp ứng 94,1%, 58,7% và 4,5% so với nhu cầu khuyến nghị. Các chất khoáng (Ca, Fe, Iod, Zn) không đạt so với nhu cầu khuyến nghị. Vitamin A, PP, C, B2 không đạt so với nhu cầu khuyến nghị. Tỷ lệ P: L: G; B1/1000kcal; B2/1000kcal; PP/1000 kcal không cân đối so với nhu cầu khuyến nghị. **Kết luận:** Khẩu phần ăn của phụ nữ có thai không đáp ứng theo nhu cầu khuyến nghị và không cân đối. **Khuyến nghị:** Phụ nữ có thai cần cải thiện chế độ ăn và bổ sung thêm các sản phẩm chứa chất dinh dưỡng cần thiết.

Từ khóa: Phụ nữ có thai; khẩu phần ăn; Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên.

SUMMARY

THE PREVALENCE OF DIET INTAKE AMONG PREGNANT WOMEN COMING FOR EXAMINATION AT THUY NGUYEN GENERAL HOSPITAL IN 2022

Objective: The study aims to analyze the prevalence of dietary intake among pregnant women at Thuy Nguyen General Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 120 pregnant women from February 1, 2022, to March 30, 2022. Data were collected using direct interviews and 24-hour dietary survey methods. **Results:** Energy intake met 74.8% of the recommended needs. Energy-generating substances such as protein, lipids, and glucose met 94.1%, 58.7%, and 4.5% of the recommended needs, respectively. Minerals (Ca, Fe, Iod, Zn) did not meet the recommended needs. Vitamins A, PP, C, and B2 did not meet the recommended needs. The P: L: G ratio, B1/1000kcal, B2/1000kcal, and PP/1000kcal were not balanced compared to the recommended needs. **Conclusion:** The dietary intake of pregnant women does not meet the recommended needs and is unbalanced. **Recommendation:** Pregnant women should improve their diet and consider supplementing with products containing the necessary nutrients.

Keywords: Pregnant women, diet intake, Thuy Nguyen General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng trong thời kỳ mang thai là một trong những yếu tố quyết định đến sự

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Kiến An

³Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Cáp Minh Đức

Email: cmduc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 10/3/2024

Ngày duyệt bài: 16/4/2024

phát triển của bào thai, sức khỏe của mẹ trong và sau sinh, sự tạo sữa trong thời kỳ cho con bú và sự lớn lên của trẻ sau này [1]. Nếu người mẹ được ăn uống tốt, đủ các chất dinh dưỡng thì sẽ lên cân tốt. Tăng cân tốt, người mẹ sẽ tích lũy mỡ là nguồn dự trữ để tạo sữa sau khi sinh. Người mẹ bị thiếu ăn hoặc ăn kiêng không hợp lý sẽ gây nên tình trạng suy dinh dưỡng trong bào thai, trẻ đẻ ra có cân nặng dưới 2500 gram [2].

Khẩu phần ăn (KPA) là yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của PNCT và thai nhi [3-4]. Nghiên cứu trong nước và quốc tế đều cho thấy KPA của PNCT là không cân đối so với nhu cầu khuyến nghị (NCKN) như nghiên cứu của tác giả Motadi SA và cộng sự (2020) tại Nam Phi cho thấy năng lượng trung bình và lượng carbohydrate lần lượt là 2248kcal và 372,1gram đáp ứng so với NCKN nhưng các vi chất dinh dưỡng như kẽm, sắt, magiê, canxi, vitamin A, B1 và B2 đều không đáp ứng so với NCKN [5]. Nghiên cứu tiến hành tại 6 bệnh viện của 3 thành phố trực thuộc Trung ương là Hà Nội, Hải Phòng và Thành phố Hồ Chí Minh trên 1944 PNCT trong giai đoạn đầu của thai kỳ cho thấy trên 50% PNCT không đáp ứng đủ nhu cầu về năng lượng, các vi chất dinh dưỡng thiết yếu như folate, canxi, sắt và kẽm [6].

Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên là bệnh viện hạng II nằm trên địa bàn huyện Thủy Nguyên, một huyện đông dân cư nhất tại thành phố Hải Phòng. Tuy nhiên, theo tìm hiểu của chúng tôi số liệu về đặc điểm KPA của PNCT vẫn còn hạn chế. Câu hỏi đặt ra là thực trạng KPA của PNCT đến khám thai tại đây như thế nào? Để trả lời cho câu hỏi đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả thực trạng khẩu phần ăn của phụ nữ có thai đến khám tại khoa Sản, Bệnh

viện Đa khoa Thủy Nguyên, Hải Phòng năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

PNCT đến khám tại khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên, Hải Phòng. Loại trừ PNCT mắc các bệnh lý về rối loạn tâm thần không trả lời được câu hỏi phỏng vấn; PNCT mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ, đa thai ảnh hưởng đến chế độ ăn.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022 tại Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên, Hải Phòng, thời gian lấy số liệu từ 01/02/2022 đến tháng 30/03/2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một giá trị trung bình:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{s^2}{(X \cdot \varepsilon)^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; X , s: Lần lượt là giá trị năng lượng trung bình của khẩu phần và độ lệch chuẩn lấy từ nghiên cứu trước [7], $X \pm s = 2126,1 \pm 539,8$; ε : Mức sai số tương đối chấp nhận, lấy $\varepsilon = 0,05$; $Z_{1-\alpha/2}$: Là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê. Lấy mức ý nghĩa thống kê = 5%, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Tính được cỡ mẫu tối thiểu $n = 100$ PNCT, thực tế triển khai đánh giá KPA trên 120 PNCT.

Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn mỗi quý thai 40 PNCT. Phỏng vấn trực tiếp tất cả PNCT đến khám tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

Biến số nghiên cứu: Tuổi, địa dư, học vấn, nghề nghiệp, thu nhập, giá trị dinh dưỡng của KPA 24h, mức đáp ứng của KPA (năng lượng, chất sinh năng lượng, chất không sinh năng lượng, chất khoáng, vitamin) so với NCKN, tính cân đối của khẩu phần.

Tiêu chuẩn đánh giá:

- Tính tuổi thai: Theo Hướng dẫn Quốc gia về dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, tuổi thai tính theo tuần từ ngày kinh cuối đến ngày phỏng vấn [8].

- Nhu cầu năng lượng, các chất sinh năng lượng (protein, lipid, glucid), các chất không sinh năng lượng (chất xơ, vitamin, chất khoáng) và tính cân đối của khẩu phần theo NCKN của Viện Dinh dưỡng Quốc gia năm 2016 [9].

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn và phiếu điều tra KPA 24 giờ qua. Địa điểm phỏng vấn tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên. Điều tra viên là

sinh viên ngành Y học dự phòng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Các phiếu điều tra được làm sạch trước khi nhập liệu và xử lý. Sử dụng hệ số sống chín quy đổi khẩu phần ăn 24h của bệnh nhân ra thực phẩm sống sạch [10], sau đó nhập vào phần mềm Việt Nam Eiyokun để tính giá trị dinh dưỡng của KPA [11] và phân tích bằng phần mềm Stata 14.2. Biến số định lượng tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn; biến số định tính tính giá trị tần số, tỷ lệ %.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên, Hải Phòng. Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên tổng số 120 PNCT, tuổi trung bình là 28,3 tuổi, tuổi thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 45 tuổi, đa số PNCT có trình độ THPT (74.5%).

Bảng 1. Cơ cấu khẩu phần ăn các chất sinh năng lượng theo tuổi thai

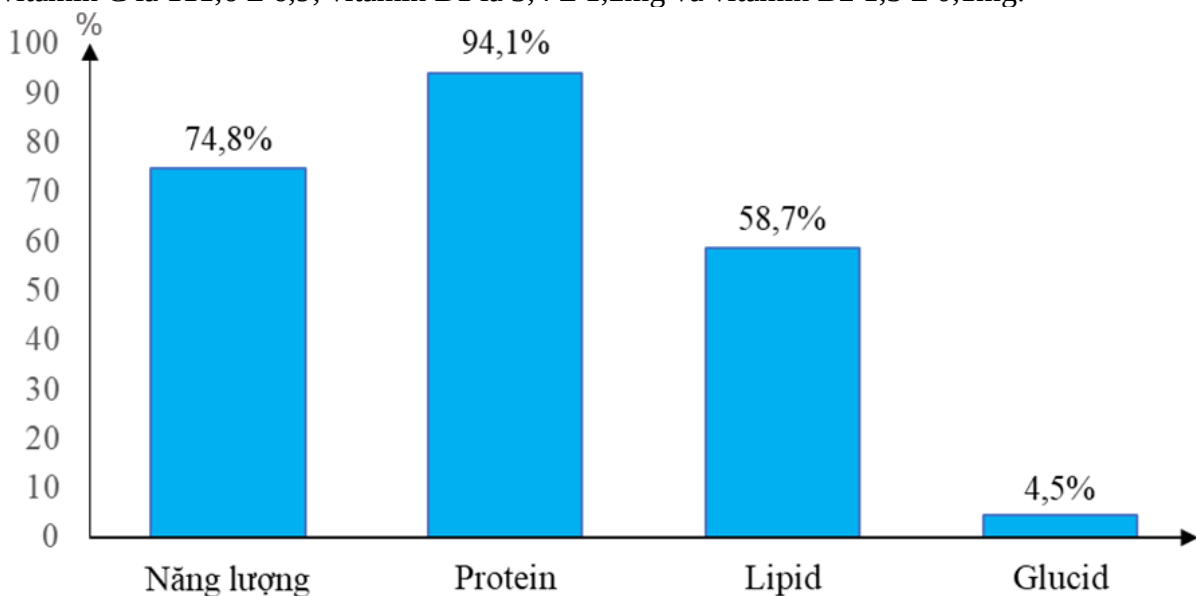
Chỉ số dinh dưỡng		3 tháng đầu (n = 40)	3 tháng giữa (n = 40)	3 tháng cuối (n = 40)	Chung (n = 120)
Năng lượng	kcal/ngày	2042,0 ± 68,8	2061,3 ± 69,4	2146,5 ± 78,1	2083,6 ± 41,6
	kcal/kg/ngày	38,1 ± 1,3	34,7 ± 1,2	33,6 ± 1,2	34,7 ± 0,7
Protein	Tổng số (g)	100,0 ± 4,2	105,2 ± 4,1	108,3 ± 4,6	104,5 ± 2,5
	Thực vật (g)	34,9 ± 1,5	34,7 ± 1,6	36,7 ± 1,9	35,4 ± 0,9
	Động vật(g)	65,1 ± 3,6	70,3 ± 3,8	71,3 ± 4,3	68,9 ± 2,2
	Tổng số (g/kg/ngày)	1,9 ± 0,1	1,2 ± 0,1	1,1 ± 0,1	1,2 ± 0,1
Lipid	Tổng số (g)	54,3 ± 4,3	57,6 ± 3,1	51,7 ± 3,0	54,5 ± 2,0
	Thực vật (g)	19,6 ± 1,6	19,9 ± 1,5	19,0 ± 1,3	19,5 ± 0,8
	Động vật (g)	34,7 ± 4,3	37,4 ± 2,9	32,5 ± 2,7	34,9 ± 1,9
Glucid (g)		289,2 ± 10,5	281,4 ± 9,7	312,9 ± 11,9	294, 5 ± 6,3

Nhận xét: Năng lượng trung bình trong khẩu phần 24 giờ của PNCT là $2083,6 \pm 41,6$ kcal. Lượng protein, lipid, glucid trong khẩu phần là $104,5 \pm 2,5$ g; $19,5 \pm 0,8$ g và $294,5 \pm 6,3$ g. Sự khác nhau về năng lượng, protein tổng số, protein động vật, lipid tổng số, lipid động vật và glucid giữa các tuổi thai là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Cơ cấu khẩu phần ăn các chất không sinh năng lượng theo tuổi thai

Chỉ số dinh dưỡng	3 tháng đầu (n = 40)	3 tháng giữa (n = 40)	3 tháng cuối (n = 40)	Chung (n = 120)
Chất xơ (g)	$5,8 \pm 0,6$	$6,9 \pm 0,6$	$6,4 \pm 0,6$	$6,4 \pm 0,3$
Chất khoáng	Ca (mg)	$1462,9 \pm 257,5$	$1115,8 \pm 173,9$	$1452,8 \pm 212,9$
	Fe (mg)	$16,4 \pm 1,3$	$16,7 \pm 1,6$	$16,6 \pm 1,4$
	Iod(mg)	$11,1 \pm 2,1$	$13,5 \pm 3,8$	$13,5 \pm 3,2$
	Zn (mg)	$7,9 \pm 0,4$	$8,9 \pm 0,4$	$8,8 \pm 0,4$
Vitamin	A (mcg)	$426,6 \pm 71,4$	$446,8 \pm 96,2$	$470,6 \pm 82,5$
	PP (mg)	$15,9 \pm 0,9$	$20,4 \pm 1,5$	$19,0 \pm 1,2$
	C (mg)	$106,2 \pm 11,1$	$115,3 \pm 12,6$	$113,1 \pm 12,7$
	B1 (mg)	$6,6 \pm 3,6$	$1,8 \pm 0,1$	$1,7 \pm 0,1$
	B2 (mg)	$1,3 \pm 0,1$	$1,2 \pm 0,1$	$1,3 \pm 0,1$

Nhận xét: Chất xơ trung bình trong khẩu phần ăn là $6,4 \pm 0,3$ g. Lượng chất khoáng trung bình trong khẩu phần: Canxi là $1.342,9 \pm 124,9$ mg; sắt là $16,6 \pm 0,8$ mg; iod là $12,7 \pm 1,8$ mg; kẽm là $8,5 \pm 0,2$ mg. Các vitamin: vitamin A $448,2 \pm 48,2\mu$ g; vitamin PP là $18,5 \pm 0,7$ mg; vitamin C là $111,6 \pm 6,9$; vitamin B1 là $3,4 \pm 1,2$ mg và vitamin B2 $1,3 \pm 0,1$ mg.



Hình 1. Mức đáp ứng của năng lượng, chất sinh năng lượng so với nhu cầu khuyến nghị

Nhận xét: Năng lượng đáp ứng 74,8% so với NCKN. Các chất sinh năng lượng là protein, lipid, glucid lần lượt đáp ứng 94,1%, 58,7% và 4,5% so với NCKN.

Bảng 3. Tỷ lệ đáp ứng của các chất sinh năng lượng so với nhu cầu khuyến nghị

Chất dinh dưỡng	Tỷ lệ đáp ứng nhu cầu khuyến nghị			
	< 80% n (%)	80 - < 100% n (%)	100 - 120% n (%)	> 120% n (%)
Năng lượng	37 (30,8)	59 (49,2)	18 (15,0)	6 (5,0)
Glucid	51 (42,5)	37 (30,8)	19 (15,8)	13 (10,8)
Protein	23 (19,2)	38 (31,7)	54 (45,0)	5 (4,2)
Lipid	61 (50,8)	29 (24,2)	11 (9,2)	19 (15,8)

Nhận xét: Tỷ lệ PNCT đáp ứng nhu cầu về năng lượng ở mức 80 - < 100% cao nhất (49,2%), glucid và lipid ở mức < 80% cao nhất lần lượt là 42,5% và 50,8%, protein ở mức 100 - 120% cao nhất (45,0%).

Bảng 4. Mức đáp ứng của các chất không sinh năng lượng so với nhu cầu khuyến nghị

Chất dinh dưỡng		Kết quả tính toán	Nhu cầu khuyến nghị	Mức đáp ứng nhu cầu (%)
Chất khoáng	Ca (mg)	1342,9	1200	36,1
	Fe (mg)	16,6	60	2,1
	Iod (mg)	12,7	22	21,0
	Zn (mg)	8,5	20	85,7
Vitamin	A (mcg)	448,1	650 (6 tháng đầu) 730 (3 tháng cuối)	24,4
	PP (mg)	18,5	18	45,4
	C (mg)	111,6	110	40,4
	B1 (mg)	3,3	(15-19 tuổi: 1,4) 20-29 tuổi: 1,3; 30-39 tuổi: 1,2)	100
	B2 (mg)	1,3	(15-19 tuổi: 1,7) 20-39 tuổi: 1,5)	35,3

Nhận xét: Các chất khoáng đều không đạt so với NCKN. Lượng vitamin B1 đạt so với NCKN, các vitamin A, PP, C, B2 đều không đạt so với NCKN.

Bảng 5. Tỷ lệ đáp ứng của các chất không sinh năng lượng so với nhu cầu khuyến nghị

Chất dinh dưỡng	Mức đáp ứng nhu cầu khuyến nghị			
	< 80% n (%)	80 - < 100% n (%)	100 - 120% n (%)	> 120% n (%)
Chất khoáng	Ca (mg)	78 (65,0)	28 (23,3)	12 (10,0)
	Fe (mg)	99 (82,5)	12 (10,0)	5 (4,2)
	Iod (mg)	86 (71,7)	21 (17,5)	13 (10,8)
	Zn (mg)	23 (19,2)	82 (68,3)	4 (3,3)

Vitamin	A (mcg)	77 (64,2)	39 (32,5)	4 (3,3)	0 (0)
	C (mg)	55 (45,8)	46 (38,3)	12 (10,0)	7 (5,8)
	PP (mg)	59 (49,2)	36 (30,0)	18 (15,0)	7 (5,8)
	B1 (mg)	61 (50,83)	47 (39,17)	9 (7,5)	3 (2,5)
	B2 (mg)	66 (55,0)	38 (31,2)	12 (10,0)	4 (3,8)

Nhận xét: Trên 80% PNCT không đáp ứng đủ các chất khoáng và vitamin so với nhu cầu khuyến nghị.

Bảng 6. Tính cân đối của khẩu phần ăn 24h

Chỉ số	Kết quả tính toán	Nhu cầu khuyến nghị	Đánh giá tính cân đối
P : L : G	26,1 : 13,6 : 73,6	P: 13 - 20%; L: 25 - 30%; G: 55 - 65%	Không
Pđv/Pts	65,9	≥ 35	Có
Ltv/Lts	35,8	≤ 60	Có
Ca/P	0,9	0,8 - 1	Có
B1/1000 kcal	0,1	0,5	Không
B2/1000 kcal	0,1	0,6	Không
PP/1000 kcal	0,3	0,8	Không

Nhận xét: Tỷ lệ P: L: G, B1/1000kcal, B2/1000kcal, PP/1000 kcal không cân đối so với NCKN. Tỷ lệ Pđv/Pts, Ltv/Lts và Ca/P cân đối so với NCKN.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy năng lượng khẩu phần trung bình của PNCT là 2083,6 kcal/người/ngày, năng lượng khẩu phần đạt 74,8% so với khuyến nghị. Mức năng lượng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu tại 3 thành phố lớn của Việt Nam (2004 kcal/ngày) [6] và tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Xiang M và cộng sự (2019) tại Trung Quốc, năng lượng trung bình trong KPA của PNCT là 2008 kcal/ngày [12]. Tuy nhiên, mức năng lượng nạp vào thấp hơn so với PNCT ở một số nước phương Tây như Hoa Kỳ (2201 kcal/ngày), châu Âu (2197 kcal/ngày), Úc và New Zealand (2212 kcal/ngày) [13]. Sự khác nhau có thể là do thói quen, chế độ ăn, mức

độ hoạt động thể lực khác nhau giữa các châu lục.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các chất khoáng (Ca, Fe, Iod, Zn) và các vitamin (A, PP, C, B2) không đáp ứng đủ so với NCKN. Nghiên cứu tại 6 bệnh viện thuộc 3 thành phố trực thuộc Trung ương của Việt Nam cho thấy lượng tiêu thụ trung bình của một số vi chất dinh dưỡng, bao gồm vitamin A, vitamin B6, axit folic, canxi, magiê và selen thấp hơn NCKN [6]. Điều này càng chứng tỏ ăn vào không đủ ở nhóm PNCT này. Tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng thường thấy ở các nước đang phát triển [14-15].

Về tính cân đối của khẩu phần, theo NCKN của Viện Dinh dưỡng năm 2016, các chất sinh năng lượng có tỷ lệ cân đối khi protein 13 - 20%, lipid 25 - 25% và glucid 55 - 65% [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi lượng protein, lipid, glucid lần lượt là 104,5 gram; 54,5 gram; 294,5 gram; tỷ lệ các chất sinh năng lượng lần lượt là 26,1%; 13,6% và

73,6%. Như vậy, cơ cấu các chất sinh năng lượng của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là không cân đối. Tương đồng với kết quả nghiên cứu tại 3 thành phố lớn của Việt Nam [6], và kết quả nghiên cứu trên PNCT tại Trung Quốc [16]. Cần cải thiện hơn nữa về sự đa dạng trong chế độ ăn uống để cân bằng lượng chất dinh dưỡng đa lượng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ Pđv/Pts là 65,9%, tỷ lệ này đạt so với NCKN của Viện Dinh dưỡng quốc gia năm 2016 ($\geq 35\%$) [9]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Song Tú và cộng sự (2016) tại huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên [17] và kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thúy Nga và cộng sự (2017) cũng tại một số xã, tỉnh Thái Nguyên cũng cho thấy tỷ lệ Pđv/Pts của PNCT đạt so với NCKN [18]. Tỷ lệ Ltv/Lts trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,8%, đạt so với NCKN của Viện Dinh dưỡng quốc gia năm 2016 (không vượt quá 60%) [9]. Kết quả này tương đồng với kết quả 02 kết quả nghiên cứu tiến hành tại Thái Nguyên [17-18].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ Ca/P trong KPA của đối tượng nghiên cứu là 0,9; tỷ lệ này ở cả 3 nhóm tuổi thai đều đạt so với NCKN (0,8 -1). Ca/P có vai trò quan trọng trong việc hấp thu canxi vào cơ thể. Vì vậy, tỷ lệ Ca/P cân đối và hợp lý theo NCKN thì lượng canxi sẽ được hấp thu vào cơ thể tốt hơn. Theo NCKN của Viện Dinh dưỡng quốc gia năm 2016 về tính cân đối của khẩu phần, cứ 1000 kcal của khẩu phần cần có 0,5 mg B1, 0,6 mg B2 và 0,8 mg PP [9], kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lượng vitamin B1/1000kcal, B2/1000kcal, PP/1000kcal tương ứng là 0,1

mg; 0,1 mg và 0,3 mg. Như vậy, tỷ lệ vitamin B1/1000kcal, B2/1000kcal và PP/1000kcal trong nghiên cứu của chúng tôi đều không đạt so với NCKN.

V. KẾT LUẬN

Khẩu phần ăn của phụ nữ có thai không đáp ứng nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, các chất sinh năng lượng và không sinh năng lượng. Phụ nữ có thai cần cải thiện chế độ ăn và bổ sung thêm các sản phẩm chứa chất dinh dưỡng cần thiết như vitamin A, sắt, kẽm... Nhân viên y tế cần tư vấn cho phụ nữ có thai thay đổi chế độ ăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn quốc gia dinh dưỡng cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2017.
2. **Viện Dinh dưỡng.** Chăm sóc người mẹ trong thời kỳ có thai và nuôi con bú, truy cập ngày 13/05/2022, tại trang web <http://viendinhduong.vn/vi/dinh-duong-ba-me/cham-soc-nguoi-me-trong-thoi-ky-co-thai-va-nuoi-con-bu.html>. 2017.
3. **FAO, IFAD, UNICEF, et al.** The State of Food Security and Nutrition in the World (SOFI), Rome, Italy. 2021.
4. **Desyibelew HD, Dadi AF.** Burden and determinants of malnutrition among pregnant women in Africa: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE (2019), **14**(9):p134.
5. **Motadi SA, Matsea Z, Mogane PH, et al.** Assessment of Nutritional Status and Dietary Intake of Pregnant Women in Rural Areas of Vhembe District, Limpopo Province. Ecol Food Nutr (2020), **59**(3): p229-242.

6. **Nguyen CL, Hoang DV, Nguyen PTH, et al.** Malnutrition in pregnant women in rural Vietnam. *Nutrients* (2018),**10**(8): p1025.
7. **Huỳnh Nam Phương, Phạm Thị Thúy Hòa** (2009). Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của phụ nữ có thai dân tộc Mường tại huyện Tân Lạc - Hòa Bình. *Tạp chí Y tế Công cộng* (2009),**13**(13): tr9.
8. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, chủ biên, Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Hà Nội. 2018.
9. **Viện Dinh dưỡng.** Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2016.
10. **Viện Dinh Dưỡng.** Hệ số sống chín và bảng chuyển đổi thực phẩm Nhà xuất bản Y học, Hà Nội (2017): p10-23.
11. **Trung tâm Dinh dưỡng thành phố Hồ Chí Minh, Trường Đại học Shikoku, Trường Đại học Phụ nữ, cộng sự.** Phần mềm tính toán khẩu phần dinh dưỡng cho người Việt Nam - Vietnam Eiyokun, chủ biên, Nhà xuất bản thành phố Hồ Chí Minh. 2004.
12. **Xiang M, Zhang J, Liang H, et al.** Physical activity and dietary intake among Chinese pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2019),**19**(3): p295.
13. **Blumfield ML, Hure AJ, Macdonald-Wicks L, et al.** Systematic review and meta-analysis of energy and macronutrient intakes during pregnancy in developed countries. *Nutr. Rev* (2012),**70**: p322-333.
14. **Lee SE, Talegawkar SA, Merialdi M, et al.** Dietary intakes of women during pregnancy in low- and middle-income countries. *Public Health Nutr* (2013),**16**: p1340-1353.
15. **Darnton-Hill I, Mkparu UC.** Micronutrients in pregnancy in low- and middle-income countries. *Nutrients* (2015),**7**: p1744-1768.
16. **Liu FL, Zhang YM, Parés GV, et al.** Nutrient Intakes of Pregnant Women and their Associated Factors in Eight Cities of China: A Cross-sectional Study. *Chin Med J (Engl)* (2015),**128**(13): p1778-1786.
17. **Nguyễn Song Tú, Trần Thúy Nga, Lê Danh Tuyên, cộng sự.** Thực trạng khẩu phần ăn và mức tiêu thụ lương thực thực phẩm của phụ nữ có thai tại huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam* (2016),**2**: tr129-133.
18. **Trần Thúy Nga, Lê Danh Tuyên, Nguyễn Quang Dũng.** Thực trạng khẩu phần ăn và mức tiêu thụ lương thực thực phẩm của phụ nữ có thai tại một số xã thuộc tỉnh Thái Nguyên. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm* (2017),**6**(2): tr1.

TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI TĂNG HUYẾT ÁP CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG NUÔI TRỒNG THỦY SẢN KHU VỰC VEN BIỂN HẢI PHÒNG

Nguyễn Văn Tâm^{1,2}, Trần Thị Quỳnh Chi^{2,1}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan tới tăng huyết áp của người lao động nuôi trồng thủy sản khu vực ven biển Hải Phòng năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện thông qua khám lâm sàng, đo mạch, huyết áp, chiều cao, cân nặng, vòng hông, vòng eo kết hợp với phỏng vấn trực tiếp 1220 người lao động nuôi trồng thủy sản tại 5 quận, huyện khu vực ven biển Hải Phòng. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng huyết áp của người lao động nuôi trồng thủy sản là 24,9% trong đó THA độ 1 là 19,1%; THA độ 2 là 5,8%. Một số yếu tố liên quan tới THA bao gồm: tuổi đời từ 40-59 (OR=1,46; 95%CI: 1,10-1,93; $p = 0,008$), tuổi đời ≥ 60 (OR=2,24; 95%CI: 1,43-3,53; $p < 0,001$) so với dưới 40 tuổi; thừa cân, béo phì (OR=2,79; 95%CI: 2,14 - 3,65; $p < 0,001$); béo bụng (OR=3,16; 95%CI: 2,42 - 4,14; $p < 0,001$); hút thuốc lá (OR=1,4; 95%CI: 1,11 - 1,86; $p = 0,007$); lạm dụng rượu (OR=1,54; 95%CI: 1,15 - 2,05; $p = 0,003$), uống rượu mức độ có lợi làm giảm nguy cơ THA (OR=0,62; 95%CI: 0,33 - 0,97; $p = 0,041$); có triệu chứng lo âu (OR=3,22; 95%CI: 2,45 - 4,24; $p < 0,001$). **Kết luận:** THA là vấn đề sức khỏe của người lao động nuôi trồng

thủy sản Hải Phòng, cứ 4 người thì có 1 người bị THA. Một số yếu tố liên quan tới tăng huyết áp bao gồm: tuổi đời càng cao, thừa cân, béo phì, béo bụng, hút thuốc lá, lạm dụng rượu, có triệu chứng lo âu.

Từ khóa: Tăng huyết áp (THA), yếu tố liên quan, lao động nuôi trồng thủy sản, Hải Phòng.

SUMMARY

PREVALENCE AND SOME FACTORS RELATED TO HYPERTENSION AMONG AQUACULTURE WORKERS IN THE REGION HAI PHONG COASTAL

Objective: Determine the prevalence and some factors related to hypertension among aquaculture workers in the region Hai Phong coastal in 2023. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted through clinical examination, measuring pulse, blood pressure, height, weight, buttock circumference, waist circumference combined with direct interviews of 1220 aquaculture workers in 5 districts of Hai Phong coastal region. **Results:** The prevalence of hypertension among aquaculture workers was 24.9%, of which grade 1 hypertension was 19.1%; Grade 2 hypertension was 5.8%. Some factors related to hypertension include: age 40-59 (OR=1.46; 95%CI: 1.10-1.93; $p = 0.008$), age ≥ 60 (OR=2.24; 95%CI: 1.43-3.53; $p < 0.001$) versus under 40 years old; overweight, obesity (OR=2.79; 95%CI: 2.14 - 3.65; $p < 0.001$); abdominal obesity (OR=3.16; 95%CI: 2.42 - 4.14; $p < 0.001$); smoking (OR=1.47; 95%CI: 1.11 - 1.86; $p = 0.007$); alcohol abuse (OR=1.54;

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

²Viện Y học biển Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tâm

Email: nvtam@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 4/3/2024

Ngày duyệt bài: 20/4/2024

95%CI: 1.15 – 2.05; $p = 0.003$), drinking alcohol at a beneficial level reduces the risk of hypertension (OR=0.62; 95%CI: 0.33 – 0.97; $p = 0.041$); have anxiety symptoms (OR=3.22; 95%CI: 2.45 – 4.24; $p < 0.001$). **Conclusion:** Hypertension is a health problem for Hai Phong aquaculture workers, 1 in 4 people has hypertension. Some factors related to hypertension include: Older age, overweight, obesity, abdominal obesity, smoking, alcohol abuse, have anxiety symptoms.

Keywords: Hypertension, related factors, aquaculture workers, Hai Phong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong những nguyên nhân hàng đầu của gánh nặng bệnh tật và tử vong trên toàn cầu. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), năm 2000 trên thế giới có khoảng 972 triệu người bị THA và 7,5 triệu người tử vong do THA. Dự báo đến năm 2025 có khoảng 1,56 triệu người bị tăng huyết áp trên toàn cầu. THA là một yếu tố nguy cơ chính dẫn đến các biến cố tim mạch nặng nề như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim, suy thận và mù lòa [1].

Tại Việt Nam, tỷ lệ THA có xu hướng gia tăng ở người trưởng thành. Theo thống kê, năm 1960, tỷ lệ THA ở người trưởng thành phía bắc Việt Nam chỉ là 1% và hơn 30 năm sau (1992) theo điều tra trên toàn quốc của Viện Tim mạch thì tỷ lệ này đã 11,2%, tăng lên hơn 11 lần [2]. Theo Tổng điều tra toàn quốc về yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam năm 2015, có 18,9% người trưởng thành trong độ tuổi 18-69 tuổi bị THA, trong đó có 23,1% nam giới và 14,9% nữ giới. Như vậy là cứ 5 người trưởng thành 25-64 tuổi thì có 1 người bị THA [3].

Lao động trong lĩnh vực nuôi trồng thủy sản là lao động nặng nhọc và mang tính đặc thù cao, hầu hết là lao động tự do, thường xuyên tiếp xúc với môi trường nước và bị ảnh hưởng bởi điều kiện thời tiết khắc nghiệt, điều kiện vệ sinh an toàn lao động chưa đảm bảo, do vậy tiềm ẩn nhiều nguy cơ gây bệnh cho người lao động. Hiện nay, tại Việt Nam công tác chăm sóc sức khỏe cho lao động nuôi trồng thủy sản chưa được quan tâm đúng mức, còn rất ít nghiên cứu về thực trạng sức khỏe của đối tượng lao động này, trong đó có bệnh THA. Do vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: *Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan tới tăng huyết áp của người lao động nuôi trồng thủy sản khu vực ven biển Hải Phòng năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người lao động nuôi trồng thủy sản khu vực ven biển, hải đảo thành phố Hải Phòng

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người lao động ≥ 18 tuổi và có tuổi nghề từ 2 năm trở lên; đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khu vực ven biển, hải đảo thành phố Hải Phòng bao gồm: huyện đảo Cát Hải; huyện Kiến Thụy; huyện Tiên Lãng, quận Dương Kinh; quận Đồ Sơn.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 05/2022 đến tháng 03/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. *Thiết kế nghiên cứu:* nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{(d)^2}$$

Trong đó: n : cỡ mẫu nghiên cứu; $Z_{1-\alpha/2}^2$: hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. p là tỷ lệ THA theo nghiên cứu trước, Ha T P Do khảo sát 17199 đối tượng trong độ tuổi 25-64, tỷ lệ tăng huyết áp là 20,7% [4]. d là sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,03$. Thay vào công thức ta tính được $n = 701$. Để tăng độ tin cậy chúng tôi nhân n với hệ số 1,5 được cỡ mẫu là 1052. Trên thực tế chúng tôi nghiên cứu trên cỡ mẫu $n = 1220$ người.

- Phương pháp chọn mẫu: Theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên, phân tầng.

2.3. Nội dung, biến số nghiên cứu

- Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: giới tính, tuổi đời, tuổi nghề, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn.

- Đặc điểm BMI, vòng bụng/vòng hông của đối tượng nghiên cứu.

- Tỷ lệ tăng huyết áp và phân độ tăng huyết áp.

- Một số yếu tố liên quan tới tăng huyết áp: tuổi đời, trình độ học vấn; thừa cân, béo phì; béo bụng; hút thuốc lá; uống bia rượu; triệu chứng lo âu.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Khám lâm sàng: do bác sỹ chuyên khoa của Viện Y học biển thực hiện (đo chiều cao, cân nặng, vòng eo, vòng hông, đo mạch, huyết áp).

- Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu để tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến THA của người lao động nuôi trồng thủy sản.

2.5. Một số phương pháp đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

- Đánh giá tình trạng THA: dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại của Hội tim mạch Việt Nam năm 2021 (THA khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg hoặc đang điều trị thuốc chống tăng huyết áp).

- Tiêu chuẩn chẩn đoán thừa cân, béo phì: theo tiêu chuẩn của WHO sử dụng cho người Châu Á – 2006: Thừa cân, béo phì khi BMI > 23 .

- Tiêu chuẩn đánh giá béo bụng theo WHO áp dụng cho khu vực châu Á - Thái Bình Dương (2000): Béo bụng khi: Vòng eo nam ≥ 90 cm. Vòng eo nữ ≥ 80 cm.

- Uống bia rượu ở mức độ có hại: Tiêu thụ trung bình ≥ 60 g cồn/ ngày ở nam và ≥ 40 g cồn/ ngày đối với nữ; Uống bia rượu ở mức độ có nguy cơ cao: Tiêu thụ trung bình khoảng 40 – 59,9g cồn/ ngày ở nam và 20 – 39,9g cồn/ ngày ở nữ; Uống bia rượu ở mức độ cho phép: Nếu không thỏa mãn hai tiêu chuẩn trên.

- Đánh giá triệu chứng lo âu dựa vào thang điểm DASS 21 (Depression-Anxiety-Stress Scale-21). Có triệu chứng lo âu khi số điểm ≥ 8 .

2.6. Xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y - sinh học dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức Y sinh học Viện Y học biển

- Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	537	44,0
	Nữ	683	56,0
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	173	14,2
	Có gia đình	1024	83,9
	Ly thân/ly hôn	23	1,9
Tuổi đời	$X \pm SD$; Min - Max	41,8 $\pm$ 11,7; 20 - 65	
	<30	228	18,7
	30-39	298	24,4
	40-49	363	29,8
	50-59	229	18,8
	≥ 60	102	8,3
Tuổi nghề	$X \pm SD$; Min - Max	16,3 $\pm$ 8,9; 2 - 41	
	<10	328	26,9
	10-19	488	40,0
	20-29	267	21,9
	≥ 30	137	11,2
Trình độ học vấn	Chưa tốt nghiệp tiểu học	7	0,6
	Tốt nghiệp tiểu học	194	15,9
	Tốt nghiệp THCS	668	54,8
	Tốt nghiệp THPT	323	26,5
	Tốt nghiệp TC, CD, ĐH	28	2,2

Tỷ lệ lao động nuôi trồng thủy sản là nữ chiếm đa số (56,0%), nam giới (44,0%); Tuổi đời trung bình là 41,8 $\pm$ 11,7 tuổi, trong đó tuổi đời thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 65 tuổi. Tuổi nghề trung bình là 16,3 $\pm$ 8,9 tuổi; tuổi nghề thấp nhất là 2 năm. Trình độ

học vấn của lao động nuôi trồng thủy sản khá thấp, đa số là trung học cơ sở (54,8%), trung học phổ thông (26,5%), tiểu học (15,9%), cao đẳng/đại học (2,2%), có 7 lao động không biết chữ (0,6%).

Bảng 2. Đặc điểm BMI, vòng bụng/vòng mông của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
BMI	Gầy	61	5,0
	Bình thường	742	60,8
	Thừa cân	281	23,0
	Béo phì	136	11,1
Vòng eo/vòng mông (WHR)	Tăng	506	41,5
	Bình thường	714	58,5

Tỷ lệ lao động nuôi trồng thủy sản thừa cân, béo phì là 34,1% trong đó thừa cân (23,0%), béo phì (11,1%). Tỷ lệ béo bụng là 41,5%.

Bảng 3. Tỷ lệ tăng huyết áp và phân độ tăng huyết áp

	Biến số	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	Có	304	24,9
	Không	916	75,1
Phân độ tăng huyết áp	HA bình thường	643	52,7
	Tiền tăng HA	273	22,4
	Tăng HA độ 1	233	19,1
	Tăng HA độ 2	71	5,8
	Tăng HA độ 3	0	0

Tỷ lệ THA của lao động nuôi trồng thủy sản là 24,9% trong đó THA độ 1 là 19,1%; THA độ 2 là 5,8%; không có lao động nào bị THA độ 3.

Bảng 4. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến tăng huyết áp

Yếu tố		Tăng huyết áp						
		n	Có (n = 304)		Không (n = 916)		AOR (95%CI)	p
			SL	(%)	SL	(%)		
Tuổi đời (năm)	<40	526	106	20,2	420	79,8	1	
	40-59	592	163	27,5	429	72,5	1,46 (1,10-1,93)	0,008
	≥60	102	35	34,3	67	65,7	2,24 (1,43-3,53)	<0,001
Học vấn	<THPT	869	219	25,2	650	74,8	1,03	0,831
	≥THPT	351	85	24,2	266	75,8	(0,77 - 1,38)	
WHR	Tăng	506	193	38,1	313	61,9	3,16	<0,001
	Bình thường	714	111	15,6	603	84,4	(2,42 - 4,14)	
BMI	≥ 23	417	161	38,6	256	61,4	2,79	<0,001
	< 23	803	143	17,8	660	82,2	(2,14 - 3,65)	
Hút thuốc	Có	497	155	31,2	342	68,8	1,43	0,007
	Không	723	149	20,6	574	79,4	(1,11 - 1,86)	
Uống rượu	Không	704	153	21,7	551	78,3	1	
	Uống mức có lợi	124	16	12,9	108	87,1	0,62 (0,33 - 0,97)	0,041
	Lạm dụng	392	135	34,4	257	65,6	1,54 (1,15 - 2,05)	0,003
	Có	798	189	23,7	609	76,3		
Lo âu	Có	350	148	42,3	202	57,7	3,22	<0,001
	Không	870	156	17,9	714	82,1	(2,45 - 4,24)	

Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến THA của lao động nuôi trồng thủy sản, kết quả cho thấy: tuổi đời từ 40-59 và ≥ 60 tuổi có nguy cơ bị THA cao gấp 1,46 lần và 2,24 lần tuổi đời dưới 40 tuổi ($p < 0,05$). Thừa cân, béo phì có nguy cơ bị THA cao gấp 2,79 lần so với không thừa cân, béo phì ($p < 0,001$). Béo bụng có nguy cơ bị THA cao gấp 3,16 lần không béo bụng ($p < 0,001$). Lao động nuôi trồng thủy sản hút thuốc lá nguy cơ bị THA cao gấp 1,43 lần không hút thuốc ($p = 0,007$). Uống rượu mức độ có lợi làm giảm nguy cơ THA ($OR = 0,62$; 95%CI: 0,33 - 0,97; $p = 0,041$); lạm dụng rượu làm tăng nguy cơ THA cao gấp 1,54 lần so với không uống rượu ($p = 0,003$). Lao động nuôi trồng thủy sản có triệu chứng lo âu có nguy cơ bị THA cao gấp 3,22 lần so với nhóm không có triệu chứng lo âu ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 1220 người lao động nuôi trồng thủy sản khu vực ven biển, hải đảo thành phố Hải Phòng, kết quả bảng 3 cho thấy tỷ lệ THA của đối tượng nghiên cứu là 24,9% trong đó THA độ 1 là 19,1%; THA độ 2 là 5,8%. Tỷ lệ THA có sự khác biệt giữa các ngành nghề, quốc gia, khu vực địa lý. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu trên người trưởng thành tại Việt Nam.

Lana Meiqari và cộng sự tổng hợp 10 nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 21,1% [5]. Ha T P Do và cộng sự khảo sát 17199 đối tượng trong độ tuổi 25-64, tỷ lệ tăng huyết áp là 20,7% [4]. Hoàng Văn Minh, Trần Quốc Bảo khảo sát đại diện

trên toàn quốc trên năm 2015 trên 3856 người có tuổi đời từ 18-69 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 18,9% [3].

Giải thích điều này chúng tôi cho rằng lao động nuôi trồng thủy sản là lao động nặng nhọc, họ thường xuyên phải làm việc ngoài trời, dưới nước, hay phải làm việc về đêm như cho hải sản ăn...họ thường xuyên phải lo lắng khi hải sản bị bệnh hoặc khâu tiêu thụ sản phẩm khi không được giá, các yếu tố đó là yếu tố nguy cơ của cường thần kinh giao cảm dẫn tới co mạch và THA. Mặt khác các nghiên cứu trên hầu hết cách đây 5 năm, do vậy tỷ lệ THA thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi cũng hoàn toàn dễ hiểu.

Tỷ lệ THA của lao động nuôi trồng thủy sản thấp hơn so với đối tượng thuyền viên vận tải viễn dương. Nghiên cứu của Nguyễn Bảo Nam trên đối tượng thuyền viên vận tải viễn dương cho thấy tỷ lệ THA của thuyền viên trước hành trình là 45,5%; sau hành trình tỷ lệ này tăng lên 58,26% [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tâm và cộng sự trên 708 thuyền viên Việt Nam, cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 32,9% [7].

Liên quan giữa thừa cân, béo phì, béo bụng và tình trạng tăng huyết áp của lao động nuôi trồng thủy sản: Kết quả nghiên cứu bảng 2 cho thấy tỷ lệ lao động nuôi trồng thủy sản thừa cân, béo phì là 34,1%, béo bụng là 41,5%. Thừa cân, béo phì có nguy cơ bị THA cao gấp 2,79 lần so với không thừa cân, béo phì; béo bụng có nguy cơ bị THA cao gấp 3,16 lần không béo bụng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Tâm, Trần Quốc Cường. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tâm và cộng sự trên đối tượng thuyền viên

cho thấy thừa cân, béo phì có nguy cơ bị tăng huyết áp cao hơn thuyền viên có cân nặng bình thường (OR=3,34; 95%CI: 2,15-5,63) [7]. Trần Quốc Cường nghiên cứu trên đối tượng người dân trên 18 tuổi cho thấy thừa cân, béo phì, béo bụng liên quan tới tăng huyết áp (OR= 1,64; p = 0,005) và (OR= 2,07; p < 0,001) [8].

Theo tổ chức y tế thế giới thừa cân, béo phì là yếu tố nguy cơ của xơ vữa động mạch và bệnh tim mạch như THA, rối loạn dung nạp đường, cholesterol tăng cao, tăng triglycerid, giảm HDL – C và tăng fibrinogen trong huyết tương.

Liên quan giữa hút thuốc lá, lạm dụng bia rượu và tăng huyết áp của lao động nuôi trồng thủy sản: Kết quả nghiên cứu bảng 4 cho thấy hút thuốc lá nguy cơ bị THA cao gấp 1,43 lần không hút thuốc (p=0,007); lạm dụng rượu làm tăng nguy cơ THA cao gấp 1,54 lần so với không uống rượu (p=0,003). Tuy nhiên, uống rượu mức độ có lợi làm giảm nguy cơ THA (OR = 0,62; 95%CI: 0,33 - 0,97; p =0,041). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Tam Nguyen Van, lạm dụng bia, rượu và hút thuốc lá làm tăng nguy cơ tăng huyết áp cho thuyền viên: OR = 2.10; 95%CI: 1,42-3,26; p<0,001 và OR = 1,32; 95%CI: 1,02-1,99; p=0,041 [7]. Trần Quốc Cường nghiên cứu trên đối tượng người dân Việt Nam cũng cho thấy hút thuốc lá, uống rượu làm tăng nguy cơ bị tăng huyết áp: OR = 1.78; 95% (1.40–2.25), p< 0,001 và OR = 1.40; 95% (1.12–1.75), p=0,003 [8]. Một nghiên cứu của Won-Young Lee và cộng sự cho thấy người hút thuốc lá có nguy cơ tăng huyết áp cao hơn người không hút thuốc lá: OR= 1.9

(95% CI 1.1-3.7); Uống rượu mức độ ít giúp giảm nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa, tuy nhiên lạm dụng rượu làm tăng nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa, trong đó có tăng huyết áp [9].

Theo WHO thuốc lá, thuốc Lào có nhiều chất kích thích đặc biệt có chất nicotin kích thích hệ thần kinh giao cảm làm co mạch và gây tăng huyết áp. Hút thuốc lá trên 10 điếu/ngày liên tục trong 3 năm là nguy cơ gây tăng huyết áp. Hút thuốc làm tổn thương các mạch máu và tăng tốc độ xơ cứng động mạch. Hơn nữa, hút thuốc là một nguy cơ chính gây bệnh tim mạch, THA và đột quỵ

Lao động nuôi trồng thủy sản có triệu chứng lo âu có nguy cơ bị THA cao gấp 3,22 lần so với nhóm không có triệu chứng lo âu (p<0,001). Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tâm và cộng sự trên đối tượng thuyền viên cũng cho kết quả tương tự; thuyền viên có rối loạn lo âu làm tăng nguy cơ của tăng huyết áp (OR= 1,56; 95%CI: 1,08-2,27).

Cơ chế gây THA trong trường hợp này là do căng thẳng thần kinh tâm lý, stress sẽ dẫn tới cường thần kinh giao cảm, tăng nhịp tim. Mặt khác, dưới tác động của stress kích thích tủy thượng thận tăng tiết các chất trung gian hóa học là Adrenalin, noradrenalin làm co thắt động mạch dẫn đến tăng huyết áp, kích thích vỏ thượng thận tăng tiết cortisol dẫn tới THA và tăng đường máu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng huyết áp của người lao động nuôi trồng thủy sản là 24,9% trong đó THA độ 1 là 19,1%; THA độ 2 là 5,8%. Tỷ lệ thừa cân, béo phì là 34,1%; tỷ lệ béo bụng là 41,5%.

Một số yếu tố liên quan tới THA của người lao động nuôi trồng thủy sản bao gồm: tuổi đời từ 40-59 (OR=1,46; 95%CI: 1,10-1,93; $p = 0,008$), tuổi đời ≥ 60 (OR=2,24; 95%CI: 1,43-3,53; $p < 0,001$) so với dưới 40 tuổi; thừa cân, béo phì (OR=2,79; 95%CI: 2,14 - 3,65; $p < 0,001$); béo bụng (OR=3,16; 95%CI: 2,42 - 4,14; $p < 0,001$); hút thuốc lá (OR=1,4; 95%CI: 1,11 - 1,86; $p = 0,007$); lạm dụng rượu (OR=1,54; 95%CI: 1,15 - 2,05; $p = 0,003$), uống rượu mức độ có lợi làm giảm nguy cơ THA (OR=0,62; 95%CI: 0,33 - 0,97; $p = 0,041$); có triệu chứng lo âu (OR=3,22; 95%CI: 2,45 - 4,24; $p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO.** Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 28]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>.
2. **Vietnam Ministry of Health.** National Strategy on Prevention and Control of NCDs, 2015–2025. 2015.
3. **Hoang VM, Tran QB, Vu THL, Nguyen TKN, et al.** Patterns of Raised Blood Pressure in Vietnam: Findings from the WHO STEPS Survey 2015, *Int J Hypertens* (2019), 2019:1219783.
4. **Do HTP, Geleijnse JM, Le MB, Kok FJ.** National prevalence and associated risk factors of hypertension and prehypertension among Vietnamese adults, *Am J Hypertens* (2015), **28**:89–97.
5. **Meiqari L, Essink D, Wright P, Scheele F.** Prevalence of Hypertension in Vietnam: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Asia Pac J Public Health* (2019), **31**:101–12.
6. **Nguyễn Bảo Nam.** Nghiên cứu điều kiện lao động, chế độ dinh dưỡng, một số bệnh có tính chất nghề nghiệp và giải pháp can thiệp cho các thuyền viên vận tải viễn dương, Luận án tiến sĩ Y học (2019), Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
7. **Tam Nguyen Van, Nam Nguyen Bao et al.** Prevalence of arterial hypertension in Vietnamese seafarers aboard merchant vessels: a cross-sectional study, *Int Marit Health* (2023), **74**(3):153-160.
8. **Quoc Cuong T, Van Bao L, Anh Tuan N, et al.** Associated Factors of Hypertension in Women and Men in Vietnam: A Cross-Sectional Study, *Int J Environ Res Public Health* (2019), **16**:4714.
9. **Lee WY, Jung CH, Park JS, et al.** Effects of smoking, alcohol, exercise, education, and family history on the metabolic syndrome as defined by the ATP III, *Diabetes Res Clin Pract* (2005), **67**(1): 70–77.

THỰC TRẠNG VI KHUẨN KHÁNG KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2023

Trần Thị Ngân^{1,2}, Ngô Thị Quỳnh Mai¹, Nguyễn Thị Thu Phương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả thực trạng vi khuẩn kháng kháng sinh tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang với 1773 mẫu bệnh phẩm vi khuẩn dương tính tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ 01/01/2023 đến 31/12/2023. **Kết quả:** vi khuẩn gây bệnh phổ biến nhất là: *E.coli* (42,1%), *S.aureus* (17,2%), *K.pneumoniae* (8,6%), *Streptococcus spp.* (6,0%) và *P.aeruginosa* (5,6%). Các chủng *E.coli* có tỉ lệ kháng thuốc cao với 46,7% chủng sinh ESBL, 76,0% chủng đa kháng thuốc. *K.pneumonia* có tỉ lệ sinh ESBL thấp hơn (23,7%) nhưng lại có tỉ lệ vi khuẩn đa kháng và kháng toàn bộ kháng sinh cao với tỉ lệ lần lượt là 36,2% và 13,8%. Chủng *A.baumannii* và *P.aeruginosa* có tỉ lệ vi khuẩn đa kháng (80,0% và 32,6%) và toàn kháng cao nhất (52,0% và 23,3%). 83,9% các chủng *S.aureus* phân lập được là chủng đa kháng thuốc trong đó 82,3% là chủng MRSA. **Kết luận và đề xuất:** các chủng vi khuẩn đa kháng thuốc, kháng toàn bộ kháng sinh đang ngày càng gia tăng, đặc biệt là các chủng *K.pneumonia*, *A.baumannii* và *P.aeruginosa*. Vì vậy bệnh viện cần xây dựng các chương trình quản lý sử dụng kháng sinh và

hướng dẫn điều trị kháng sinh cập nhật phù hợp với tình hình vi sinh theo từng năm.

Từ khóa: kháng kháng sinh; đa kháng thuốc; toàn kháng.

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF ANTIBIOTIC RESISTANT BACTERIA AT HAIPHONG INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2023

Objective: describe the current situation of antibiotic-resistant bacteria at HaiPhong International Hospital in 2023. **Materials and Methods:** a cross-sectional descriptive study with 1773 positive bacterial specimens at HaiPhong International Hospital from January 1, 2023 to December 31, 2023. **Results:** the most common pathogenic bacteria were *E.coli* (42.1%), *S.aureus* (17.2%), *K.pneumoniae* (8.6%), *Streptococcus spp.* (6.0%) and *P.aeruginosa* (5.6%). *E.coli* strains had a high rate of drug resistance with 46.7% ESBL-producing strains, and 76.0% multidrug-resistant strains. *K.pneumonia* had a lower rate of ESBL production (23.7%), but it had a high rate of multidrug-resistant and pandrug-resistant bacteria at 36.2% and 13.8%, respectively. *A.baumannii* and *P.aeruginosa* strains had the highest rate of multidrug-resistant bacteria (80.0% and 32.6%) and pandrug-resistant bacteria (52.0% and 23.3%). 83.9% of isolated *S.aureus* strains were multidrug-resistant strains, of which 82.3% were MRSA strains. **Conclusions and Recommendations:** Multidrug-resistant and pandrug-resistant

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngân

Email: ttngan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 4/3/2024

Ngày duyệt bài: 12/4/2024

bacteria are increasing, especially strains of *K.pneumonia*, *A.baumannii* and *P.aeruginosa*. Therefore, it needs to develop an antimicrobial stewardships and antibiotic treatment guideline in accordance with the microbiological situation each year.

Keywords: antibiotic resistant; multidrug-resistant; pandrug-resistant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng kháng sinh (KKS) hiện đang là một trong những thách thức của ngành y tế ở hầu hết các quốc gia trên toàn thế giới. Các chủng vi khuẩn KKS cũng là nguyên nhân chính gây nên tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện vì trong môi trường bệnh viện, chúng có thể lan truyền nhanh chóng, gây khó khăn cho điều trị và làm gia tăng tỉ lệ tử vong cho các bệnh nhân nặng. Theo dự đoán của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), đến năm 2050 sẽ có khoảng 10.000.000 ca tử vong do vi khuẩn kháng kháng sinh (1). Tại Việt Nam, tình trạng kháng kháng sinh đang ngày càng gia tăng do thực trạng lạm dụng kháng sinh ở trong cả cộng đồng và bệnh viện, thêm vào đó các phòng xét nghiệm vi sinh của nhiều cơ sở khám chữa bệnh còn hạn chế về năng lực phát hiện, giám sát các vi khuẩn kháng kháng sinh. Vì vậy, trong hướng dẫn quản lý sử dụng kháng sinh tại cơ sở khám chữa bệnh, Bộ Y tế đã khuyến cáo các bệnh viện cần thực hiện báo cáo đánh giá tình trạng kháng kháng sinh hàng năm làm cơ sở để xây dựng và điều chỉnh chương trình quản lý sử dụng kháng sinh nội viện (2). Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả thực trạng vi khuẩn kháng kháng sinh tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng từ tháng 01/01/2023 đến 31/12/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: kết quả xét nghiệm vi sinh các mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ ngày 01/01/2023 đến ngày 31/12/2023. Tiêu chuẩn lựa chọn: kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính. Tiêu chuẩn loại trừ: kết quả mẫu bệnh phẩm không có ghi đầy đủ thông tin, kết quả nuôi cấy nấm.

Địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Thời gian nghiên cứu: nghiên cứu tiến hành từ ngày 01/08/2023 đến ngày 02/02/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: toàn bộ 1773 kết quả mẫu bệnh phẩm của bệnh viện đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu. Phương pháp chọn mẫu là lấy mẫu toàn bộ.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin trong nghiên cứu được thu thập dựa vào bệnh án điện tử trên phần mềm quản lý bệnh viện Ehospital, được lưu trữ tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Toàn bộ dữ liệu được phân tích trên phần mềm Microsoft Excel 2016 và R.4.0.0. Số liệu kết quả tình trạng KKS được trình bày theo tần số và tỷ lệ %. Vi khuẩn đa kháng thuốc (multidrug-resistant) được định nghĩa là vi khuẩn kháng ít nhất 1 loại kháng sinh của ít nhất 3 phân nhóm kháng sinh khác nhau trở lên, vi khuẩn kháng toàn bộ kháng sinh (pandrug-resistant) được định nghĩa là vi khuẩn kháng toàn bộ kháng sinh trong các

nhóm kháng sinh được sử dụng để đánh giá mức độ đề kháng (3).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Vi khuẩn gây bệnh phổ biến nhất

54 chủng vi khuẩn đã được phân lập từ 1773 mẫu bệnh phẩm có kết quả định danh vi khuẩn dương tính. Mười vi khuẩn gây bệnh phổ biến nhất được liệt kê trong bảng 1.

E.coli là vi khuẩn được phân lập nhiều nhất với 42,1% các vi khuẩn phân lập được, trong đó chủ yếu được phân lập từ mẫu nước tiểu (69,6%). Tiếp theo là chủng vi khuẩn Gram dương *Staphylococcus aureus* chiếm 17,2% tổng các vi khuẩn phân lập được, trong đó chủ yếu được phân lập từ mẫu bệnh phẩm là mủ từ các ổ nhiễm khuẩn da, mô mềm (59,1%).

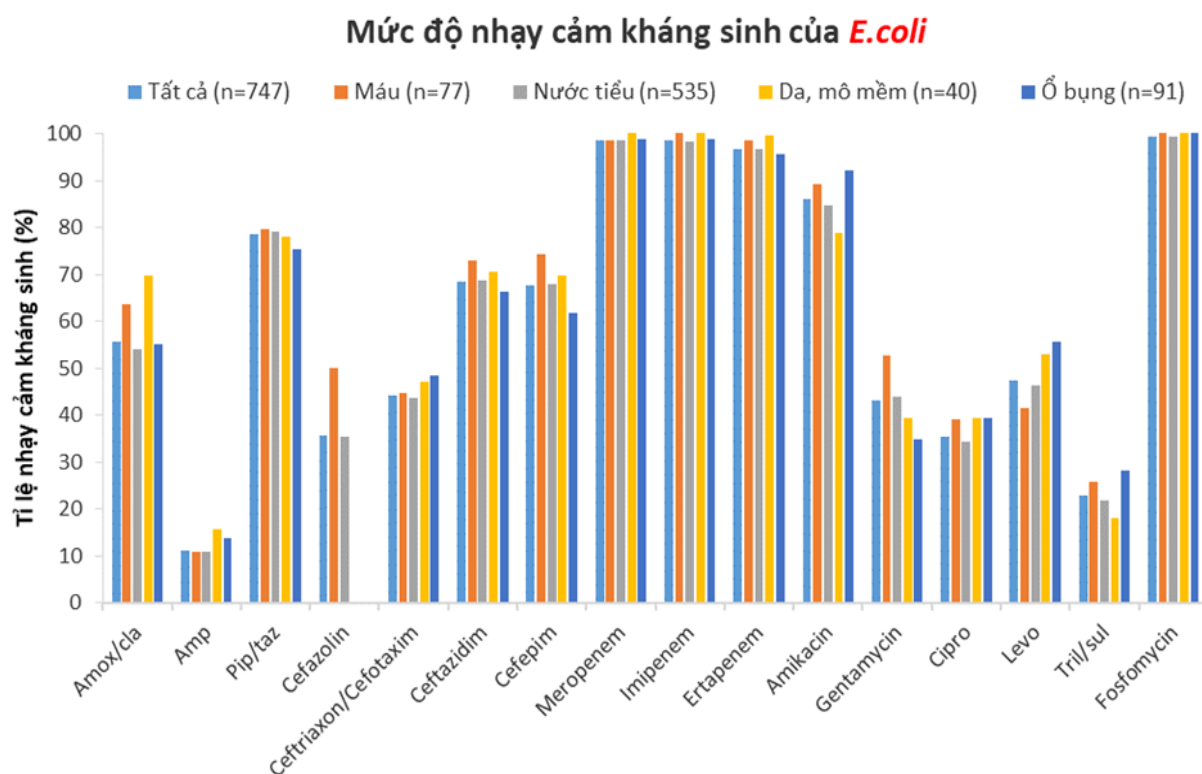
Bảng 1. Mười vi khuẩn gây bệnh phổ biến nhất tại HIH năm 2023

Vi khuẩn	Số lượng mẫu dương tính (tỉ lệ %)					
	Tổng	Máu	Nước tiểu	Da, mô mềm	Ổ bụng	Hô hấp
<i>Escherichia coli</i>	747 (42,1)	77 (53,1)	535 (69,6)	40 (9)	91 (50,8)	5 (3,2)
<i>Staphylococcus aureus</i>	305 (17,2)	17 (11,7)	2 (0,3)	263 (59,1)	3 (1,7)	21 (13,3)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	152 (8,6)	19 (13,1)	56 (7,3)	26 (5,8)	36 (20,1)	26 (16,5)
<i>Streptococcus spp.</i>	106 (6)	10 (6,9)	33 (4,3)	46 (10,3)	6 (3,4)	10 (6,3)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	99 (5,6)	2 (1,4)	29 (3,8)	12 (2,7)	15 (8,4)	36 (22,8)
<i>Enterococcus spp.</i>	91 (5,1)	9 (6,2)	44 (5,7)	14 (3,1)	19 (10,6)	0 (0)
<i>Enterobacter spp.</i>	35 (2)	3 (2,1)	14 (1,8)	14 (3,1)	4 (2,2)	4 (2,5)
<i>Proteus mirabilis</i>	34 (1,9)	2 (1,4)	19 (2,5)	8 (1,8)	2 (1,1)	5 (3,2)
<i>Haemophilus influenzae</i>	33 (1,9)	0 (0)	0 (0)	12 (2,7)	0 (0)	24 (15,2)
<i>Salmonella spp.</i>	33 (1,9)	2 (1,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Khác	138 (7,8)	4 (2,8)	37 (4,8)	10 (2,2)	3 (1,7)	27 (17,1)
Tổng	1773 (100)	145 (100)	769 (100)	445 (100)	179 (100)	158 (100)

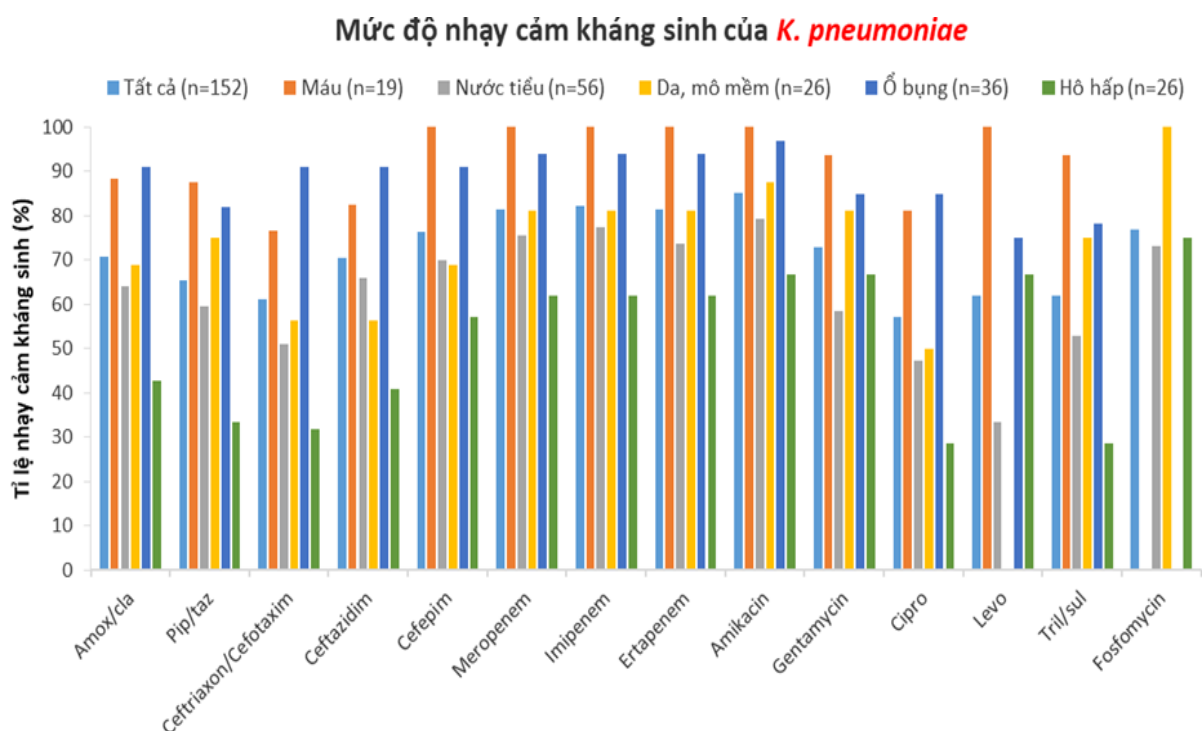
3.2. Mức độ nhạy cảm của một số vi khuẩn gây bệnh phổ biến

Mức độ nhạy cảm kháng sinh của *E.coli*, *K.pneumoniae*, *P.aeruginosa* và *S.aureus* được thể hiện chi tiết trong hình 1, 2, 3, 4. Các chủng *E.coli* có tỉ lệ kháng kháng sinh nhóm quinolon, co-trimoxazol tương đối cao với tỉ lệ nhạy cảm chỉ còn 35,3% với ciprofloxacin, 47,2% với levofloxacin và 22,7% với co-trimoxazol (hình 1). Các chủng *K.pneumoniae* phân lập từ mẫu bệnh phẩm đường hô hấp có tỉ lệ nhạy cảm kháng sinh thấp hơn các chủng phân lập từ các nguồn

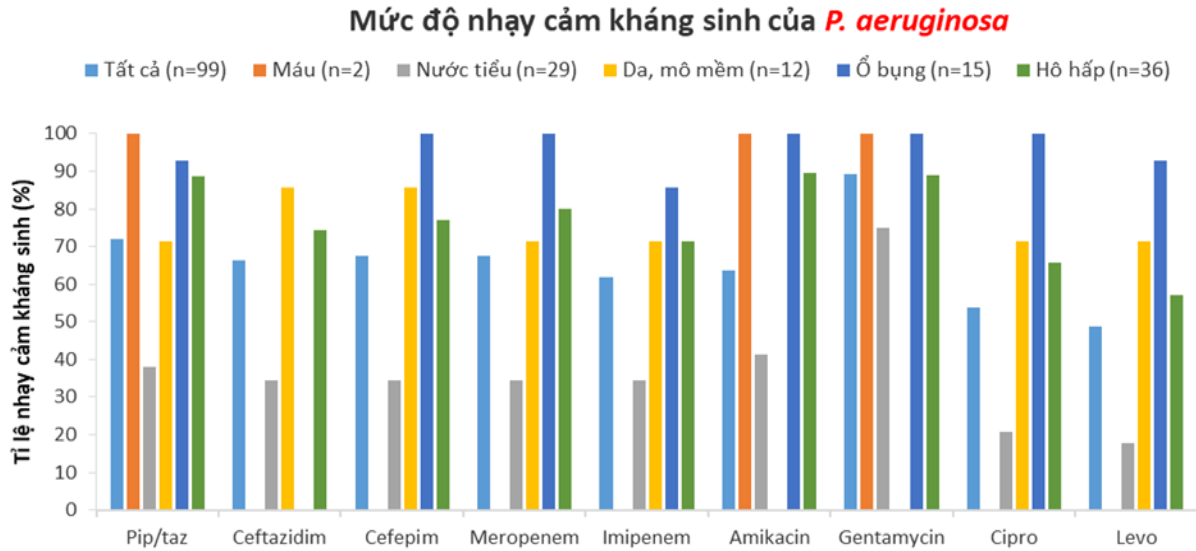
khác, đặc biệt là giảm độ nhạy cảm với kháng sinh cephalosporin thế hệ thứ 3 như cefotaxim/ ceftriaxon (31,8%), piperacilin/ tazobactam (33,3%) (hình 2). Các chủng *P.aeruginosa* phân lập từ mẫu bệnh phẩm nước tiểu có tỉ lệ nhạy cảm kháng sinh thấp hơn nhiều so với các nguồn bệnh phẩm khác ở tất cả các kháng sinh (hình 3). Các chủng *S.aureus* có tỉ lệ nhạy cảm với Clindamycin rất thấp (10,0%), trong khi đó tỉ lệ nhạy cảm với co-trimoxazol, Vancomycin còn tương đối tốt (74,9% và 99,3%) (hình 4).



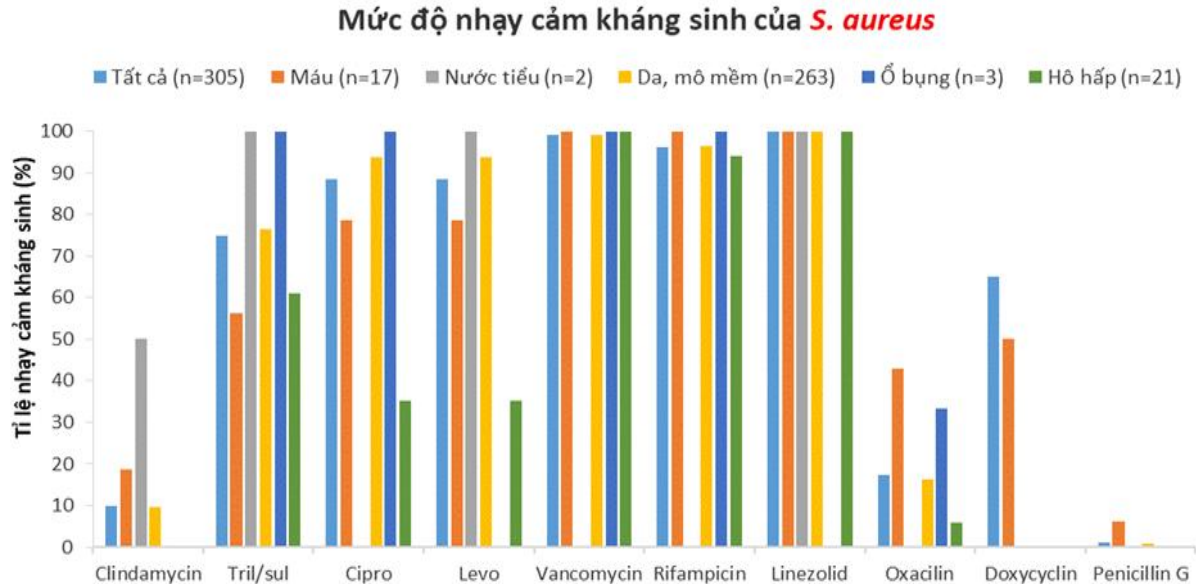
Hình 1. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của *E.coli* phân lập tại HIH năm 2023



Hình 2. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của *K.pneumoniae* phân lập tại HIH năm 2023



Hình 3. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của *P.aeruginosa* phân lập tại HIH năm 2023



Hình 4. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của *S.aureus* phân lập tại HIH năm 2023

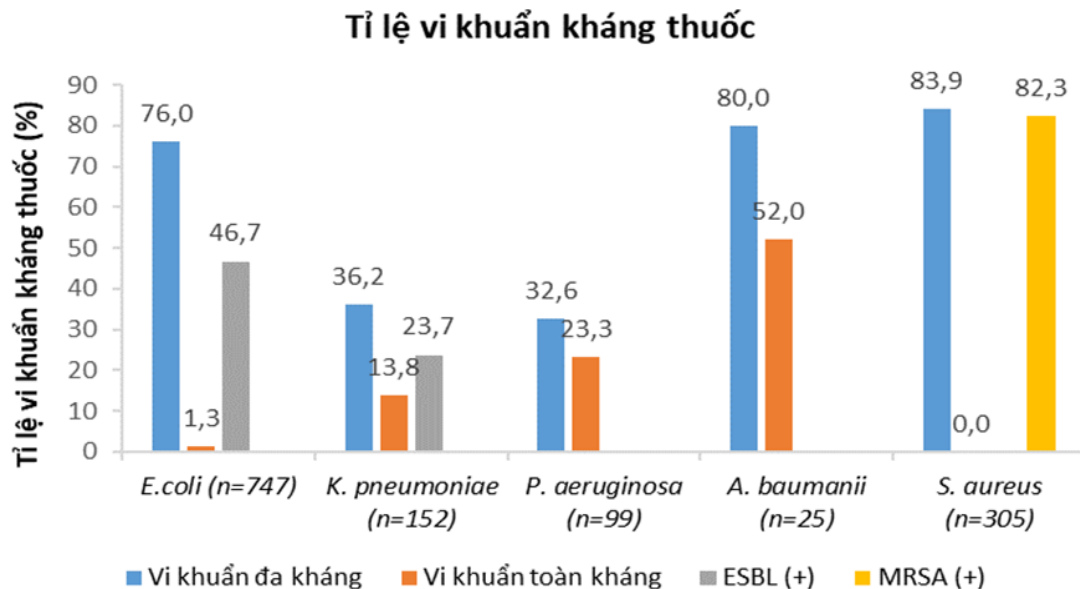
3.3. Thực trạng vi khuẩn đa kháng thuốc

Tỉ lệ vi khuẩn đa kháng thuốc (multidrug-resistant), kháng toàn bộ kháng sinh (pandrug-resistant) của một số chủng vi khuẩn phổ biến, vi khuẩn kháng thuốc sinh men ESBL, chủng tụ cầu vàng kháng methicillin (MRSA) được mô tả chi tiết trong hình 5. Thêm vào đó, giá trị MIC của một số vi khuẩn với các chủng kháng thuốc được thể hiện trong bảng 2. Chủng

A.baumannii là chủng có tỉ lệ đa kháng và kháng toàn bộ kháng sinh cao nhất với 80,0% và 52,0%. Với giá trị MIC của meropenem với *A.baumannii* đều trên 32 µg/ml, còn của Colistin là 1 µg/ml. Chủng *P.aeruginosa* có tỉ lệ đa kháng không cao (32,6%) nhưng có đến 23,3% các chủng là toàn kháng. MIC trung bình của colistin với *P.aeruginosa* cũng đã lên tới 1,8 µg/ml. Tương tự chủng *K.pneumoniae* tỉ lệ đa kháng là 36,2% và toàn kháng là 13,8%, với MIC

trung bình của colistin rất cao (2,3 µg/ml). Riêng chủng *E.coli* mặc dù có tỉ lệ đa kháng cao (76,0%) nhưng tỉ lệ các chủng kháng toàn bộ kháng sinh thấp (1,3%). Chủng *S.aureus* đa kháng thuốc chiếm đa số với

83,9% vi khuẩn phân lập được là các chủng đa kháng trong đó có 82,3% là các chủng MRSA. Các chủng MRSA có MIC với vancomycin trung bình là 1,6 µg/ml.



Hình 5. Tỉ lệ vi khuẩn kháng thuốc phân lập tại HIH năm 2023

Bảng 2. Giá trị MIC của kháng sinh với một số vi khuẩn tại HIH năm 2023

Kháng sinh	Vi khuẩn	MIC (µg/ml)*	Số lượng (%) (n=52)
Colistin	<i>Acinetobacter baumannii</i>	1	3 (5,8)
	<i>E.coli</i>	1,5	1 (1,9)
	<i>K.pneumoniae</i>	2,3 (1-4)	3 (5,8)
	<i>P.aeruginosa</i>	1,8 (1-2)	5 (9,6)
Meropenem	<i>Acinetobacter baumannii</i>	>32	1 (1,9)
	<i>E.coli</i>	>32	2 (3,8)
	<i>K.pneumoniae</i>	>32	1 (1,9)
	<i>P.aeruginosa</i>	>32	5 (9,6)
Amikacin	<i>E.coli</i>	4,4 (1,5-16)	17 (32,7)
	<i>K.pneumoniae</i>	1,8 (1,5-2)	2 (3,8)
	<i>P.aeruginosa</i>	8 (4-12)	2 (3,8)
	<i>E.aerogenes</i>	8	1 (1,9)
Vancomycin	<i>S.aureus</i>	1,6 (1-2)	8 (15,4)
Ceftriaxon	<i>Streptococcus spp.</i>	0,5	1 (1,9)

*MIC: Minimum Inhibitory Concentration-nồng độ ức chế tối thiểu (Giá trị hiển thị là giá trị trung bình (khoảng dao động))

IV. BÀN LUẬN

Mười vi khuẩn gây bệnh được phân lập nhiều nhất là *E.coli*, *S.aureus*, *K.pneumoniae*, *Streptococcus* spp., *P.aeruginosa*, *Enterococcus* spp., *Enterobacter* spp., *Proteus mirabilis*, *Haemophilus influenzae* và *Salmonella* spp. Kết quả này có chút khác biệt với các báo cáo tổng hợp của 16 bệnh viện ở Việt Nam năm 2020, bổ sung thêm vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* (4). Sự khác biệt này có thể lý giải do sự khác nhau về mẫu nghiên cứu, nghiên cứu này thực hiện ở một bệnh viện hạng 3, trong khi báo cáo của Bộ Y tế thực hiện ở các bệnh viện hạng 1, hạng đặc biệt là những bệnh viện lớn có nhiều bệnh nhân nặng, nguy kịch, vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* thường gắn liền với môi trường ở các khoa Hồi sức tích cực.

Các chủng *E.coli* là chủng vi khuẩn gây bệnh phổ biến nhất và được phân lập nhiều nhất từ mẫu nước tiểu. Những kháng sinh đường uống được chỉ định đầu tay trong điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu ngoại trừ là Ciprofloxacin và Co-trimoxazol đã giảm tỉ lệ nhạy cảm rất nhiều, tỉ lệ nhạy cảm lần lượt là 34,3% và 21,8%. Tỉ lệ nhạy cảm này có xu hướng giảm nhanh, khi số liệu vi sinh tại bệnh viện năm 2021 có tới 54,8% chủng nhạy cảm Ciprofloxacin (5). Trong khi đó tỉ lệ nhạy cảm với kháng sinh Amoxiclin/clavulanic còn tương đối tốt với 54,0%. Vì vậy trong điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu cộng đồng nên xem xét lựa chọn kháng sinh Amoxiclin/clavulanic đầu tay thay thế cho Co-trimoxazol và Ciprofloxacin.

Các chủng *K.pneumoniae*, trực khuẩn mủ xanh dù được phân lập với số lượng không nhiều nhưng tỉ lệ đa kháng và toàn kháng tương đối cao. Kết quả này tương đồng với xu hướng kháng kháng sinh tại 16 bệnh viện

ở Việt Nam năm 2020 (4). Đặc biệt đã xuất hiện những chủng *K.pneumoniae* siêu kháng thuốc khi có MIC với colistin lên tới 4 µg/ml. Với những chủng này colistin không còn là lựa chọn điều trị nữa do nguy cơ độc tính trên thận lớn khi sử dụng chế độ liều cao. Những trường hợp này nếu bệnh nhân không thể tiếp cận điều trị với các kháng sinh thế hệ mới như ceftazidim/avibactam thì gần như không còn lựa chọn nào trong điều trị.

Các chủng tụ cầu vàng phân lập được đa số là chủng đa kháng thuốc, MRSA, đặc biệt đáng lưu tâm là đã có những chủng vi khuẩn có MIC bằng 2 µg/ml với Vancomycin. Kết quả này tương đồng với báo cáo tại 16 bệnh viện trong cả nước (4). Mặc dù Vancomycin là lựa chọn đầu tay trong điều trị MRSA nhưng với các chủng đã có MIC ≥ 2 µg/ml Vancomycin không còn được khuyến cáo điều trị do nguy cơ độc tính cao trên thận. Khi đó bắt buộc bệnh nhân phải sử dụng đến kháng sinh dự trữ như Linezolid. 59,1% các mẫu mủ từ da, mô mềm dương tính với tụ cầu vàng. Nhưng những kháng sinh thường được sử dụng để điều trị kinh nghiệm các nhiễm khuẩn da, mô mềm như Clindamycin gần như đã không còn tác dụng khi tỉ lệ nhạy cảm chỉ còn 9,7%. Trong khi đó một kháng sinh ít được sử dụng như Trimethoprim/sulfamethoxazol lại có tỉ lệ nhạy cảm tốt (76,4%), điều này mở ra một lựa chọn thay thế tốt trong tình trạng nhiễm khuẩn da, mô mềm không phức tạp (6).

Các chủng *Acinetobacter baumannii* phân lập được đa số là chủng đa kháng và toàn kháng kháng sinh. Với giá trị MIC của Colistin bằng 1 µg/ml cho thấy Colistin vẫn còn được sử dụng như một lựa chọn điều trị *A.baumannii* đa kháng trong trường hợp hạn chế tiếp cận với các kháng sinh thế hệ mới

như Ceftazidim/avibactam. Tuy nhiên MIC với meropenem lại rất cao, vì vậy khi sử dụng phác đồ colistin bắt buộc phải phối hợp với một kháng sinh khác ngoài nhóm carbapenem để tăng cường tác dụng và tránh kháng thuốc (7).

V. KẾT LUẬN

Các tác nhân gây nhiễm khuẩn chủ yếu là vi khuẩn Gram âm, trong đó vi khuẩn *E. coli* chiếm tỷ lệ cao nhất. *E. coli* cũng là căn nguyên chính gây nhiễm khuẩn tiết niệu và nhiễm khuẩn huyết. Nghiên cứu cho thấy các chủng vi khuẩn phổ biến có tỉ lệ đa kháng và toàn kháng đáng báo động. Vì vậy, bệnh viện cần có chiến lược xây dựng chương trình quản lý sử dụng kháng sinh và hướng dẫn lựa chọn kháng sinh cập nhật theo dữ liệu đề kháng kháng sinh hàng năm tại cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** New report calls for urgent action to avert antimicrobial resistance crisis. 2019.
2. **Bộ Y tế.** Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2020 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện". 2020.
3. **Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB, Carmeli Y, Falagas ME, Giske CG, et al.** Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*. 2012;18(3):268-81.
4. **Bộ Y tế.** Báo cáo giám sát kháng kháng sinh tại Việt Nam năm 2020. 2023.
5. **Trần Thị Ngân, Nguyễn Thị Thu Phương, Ngô Thị Quỳnh Mai.** Thực trạng kháng kháng sinh tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2021. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2022;32(5-2022):66-72.
6. **Jeb C. Sanford, et al.** Sanford Guide Collection. Antimicrobial Therapy, Inc.2023.
7. **Tamma PD AS, Bonomo RA, Mathers AJ, van Duin D, Clancy CJ.** Infectious Diseases Society of America Antimicrobial-Resistant Treatment Guidance: Gram-Negative Bacterial Infections: Infectious Diseases Society of America; 2023 [Available from: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/amr-guidance/>].

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC NGOẠI TRÚ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Vũ Mạnh Tân¹, Nguyễn Thị Ngọc Mai¹, Nguyễn Đỗ Hoàng Hưng¹,
Phạm Đức Long¹, Điền Đức Văn¹, Nguyễn Đăng Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả thực trạng tuân thủ điều trị (TTĐT) thuốc ngoại trú và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy tim mạn tính tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh trên 111 bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính quản lý ngoại trú tại phòng khám ngoại trú Tim mạch Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp (12/2022 đến 11/2023). Tuân thủ sử dụng thuốc được đánh giá theo thang điểm Morisky-: 8 điểm là tuân thủ tốt, ≤ 7 điểm là tuân thủ chưa tốt. **Kết quả nghiên cứu:** hầu hết đối tượng nghiên cứu TTĐT thuốc chưa tốt (68,47%). Bệnh nhân không dùng nhóm thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển muối đường 2 (SGLT2-i) có nguy cơ tuân thủ không tốt cao hơn gấp 3 lần nhóm người được dùng (OR = 2,94; 95%CI = 0,13 – 0,92; p = 0,02). Tiền sử bệnh mạch vành làm giảm nguy cơ TTĐT thuốc không tốt (OR = 0,39; 95%CI = 0,15 - 0,95; p = 0,02) trong khi bệnh van tim làm tăng nguy cơ này (OR = 2,91; 95%CI = 1,06 - 8,82; p = 0,02). **Kết luận:** tỷ lệ bệnh nhân TTĐT thuốc còn thấp. Không dùng SGLT2-I và tiền sử bệnh van tim làm gia tăng nguy cơ TTĐT thuốc ngoại trú không tốt ở bệnh nhân suy tim mạn tính.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị thuốc, suy tim mạn tính.

SUMMARY

ASSESSMENT OF OUTPATIENTS STATUS OF MEDICATION ADHERENCE AND SOME RELATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: to describe the outpatients status of medication adherence and some related factors among patients with chronic heart failure at Viet Tiep Friendship Hospital. **Subjects and methods:** case series study on 111 patients diagnosed with chronic heart failure administered at the Cardiology outpatient clinic of Viet Tiep Friendship Hospital from December 2022 to November 2023. Medication adherence was assessed by using the Morisky-8 scale. Total score of 8 was defined as good adherence and ≤ 7 was defined as bad adherence. **Results:** Most patients had poor medication adherence, accounting for 68,47%. Patients who did not use the SGLT2-i drug group had the rate of poor medication adherence risk three times more than those who did (OR = 2,94; 95%CI = 0,13 – 0,92; p = 0,02). A history of coronary artery disease associate with reducing the risk of poor medication adherence (OR = 0,39; 95%CI = 0,15 - 0,95; p = 0,02) while valvular heart disease relate to increased this risk (OR = 2,91; 95%CI = 1,06 - 8,82; p = 0,02). **Conclusion:** the number of patients adhere to medication treatment is still

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Mạnh Tân
Email: vmtan@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/2/2024
Ngày phản biện khoa học: 12/3/2024
Ngày duyệt bài: 15/4/2024

low. Non-SGLT2 regime treatment and history of valvular heart disease associate with increasing risk of poor medication adherence in outpatients with chronic heart disease.

Keywords: Medication adherence, chronic heart failure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng phức tạp, là hậu quả cuối cùng của các bệnh lý tim mạch, với tỷ lệ mắc có xu hướng gia tăng. Suy tim ảnh hưởng đến hơn đến hơn 64 triệu người trên toàn thế giới, làm giảm khả năng hoạt động, chất lượng cuộc sống và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho bệnh nhân (BN) tim mạch. Việc điều trị hiệu quả cho bệnh nhân suy tim mạn tính cần sự phối hợp đa ngành, đa phương pháp với chi phí điều trị không nhỏ [1].

Mục tiêu điều trị cho những BN suy tim mạn tính là kéo dài tuổi thọ, ngăn ngừa các tình trạng suy tim mất bù cấp và làm giảm triệu chứng. Hiện tại có nhiều chiến lược điều trị liên quan đến thay đổi hành vi, các thuốc điều trị và các thiết bị có thể cải thiện kết cục đáng kể như giảm nhẹ triệu chứng, tăng khả năng gắng sức và giảm biến cố nhập viện hoặc tử vong. Tuy nhiên, để việc điều trị hiệu quả, thái độ TTĐT theo hướng dẫn của bác sĩ là rất quan trọng. Bệnh nhân không TTĐT thuốc do nhiều yếu tố tác động khác nhau, luôn là thách thức đối với hiệu quả điều trị, dẫn đến kết cục kém kèm chi phí cao hơn. Tại Việt Nam, dữ liệu về việc tuân thủ thuốc ở BN suy tim mạn tính điều trị ngoại trú còn khiêm tốn. Vì vậy đề tài được thực hiện với mục tiêu: Mô tả thực trạng TTĐT thuốc ngoại trú và một số yếu tố liên quan ở các BN suy tim mạn tính điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 12/2022 đến 11/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu (NC) gồm 111 BN đã được chẩn đoán xác định suy tim mạn tính, được quản lý điều trị ngoại trú tại Phòng khám ngoại trú Tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 11 năm 2023.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Chẩn đoán xác định suy tim mạn tính theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Châu Âu 2021 [2]; BN đã đang được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp; BN được làm đầy đủ các thăm dò cận lâm sàng theo bệnh án NC; BN ≥ 18 tuổi, đồng ý, tự nguyện hợp tác tham gia NC.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN lần đầu được chẩn đoán suy tim mạn tính, chưa có quá trình kiểm soát và điều trị ngoại trú, thiếu bất kỳ 1 trong các dữ kiện liên quan đến mục tiêu NC.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: NC mô tả một loạt ca bệnh

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thực hiện theo phương pháp thuận tiện, ngẫu nhiên không xác suất, tích lũy theo thời gian. Qua thu thập được 111 BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu và cách thu thập:

2.3.1. Các chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng

- Tuổi, giới, tiền sử các bệnh lý mạn tính (bệnh mạch vành, rối loạn nhịp tim, bệnh van tim, tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD/Hen), lối sống và yếu tố nguy cơ (hút thuốc lá, uống rượu/bia, chế độ ăn giảm muối, tập thể dục mỗi ngày).

- Phân số tổng máu thất trái (EF%) được đo theo phương pháp Simpson ở 2 mặt cắt 2 buồng và 4 buồng từ mỏm tim, được chia làm 3 mức độ theo khuyến cáo của Hội tim mạch châu Âu ($\geq 50\%$; 41-49% và $\leq 40\%$)

Việc khám lâm sàng, siêu âm tim được thực hiện bởi các bác sĩ đã có chứng chỉ hành nghề. Số liệu lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập trên bệnh án NC thống nhất.

2.3.2. Đánh giá tuân thủ điều trị thuốc: tuân thủ dùng thuốc được đánh giá thông qua

phỏng vấn trực tiếp bằng Thang đo tuân thủ dùng thuốc Morisky (MMAS-8) được dịch từ nguyên bản sang tiếng Việt [3], tổng điểm: 8 điểm là tuân thủ tốt, < 8 điểm là tuân thủ chưa tốt.

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập trong NC được xử lý theo thuật toán thống kê y học bằng phần mềm Epidata và Stata 14. Phân tích mối liên quan bằng mô hình hồi quy đơn biến logistic

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm và mức độ tuân thủ điều trị của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n = 111)		Kết quả
Tuổi (X $\pm$ SD)		69,74 $\pm$ 10,40
Lứa tuổi ≥ 60		101 (90,99%)
Giới tính (n, %)	Nam	48 (43,24%)
	Nữ	63 (56,76%)
Bệnh mạch vành (n, %)		52 (46,85%)
Rối loạn nhịp tim (n, %)		48 (43,24%)
Bệnh van tim (n, %)		39 (35,14%)
Tăng huyết áp (n, %)		75 (67,57%)
Đái tháo đường (n, %)		43 (43,24%)
COPD/ Hen (n, %)		9 (8,11%)
Hút thuốc lá (n, %)		39 (35,14%)
Uống rượu/bia (n, %)		30 (27,03%)
Chế độ ăn giảm muối (n, %)		48 (43,24%)
Tập thể dục mỗi ngày (n, %)		31 (27,93%)
Phân độ NYHA	Độ I + II	28 (25,23%)
	Độ III + IV	83 (74,77%)
Phân suất tổng máu (%)	$\geq 50\%$	31 (27,93%)
	41% - 49%	27 (24,32%)
	$\leq 40\%$	53 (47,75%)

Nhận xét: Nữ chiếm số lượng nhiều hơn so với nam. Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Đa số BN có triệu chứng khó thở NYHA III, IV và phân suất tổng máu $\leq 40\%$.

Bảng 3.2. Phân bố các nhóm thuốc điều trị của bệnh nhân

Các thuốc sử dụng (n = 111)		n	Tỉ lệ %
Thuốc cải thiện tiên lượng	Chẹn Beta giao cảm	64	57,66
	Ức chế kênh đồng vận chuyển muối đường 2 (SGLT2-i)	34	30,63
	Ức chế men chuyển/ Ức chế thụ thể AT1	97	87,39
	Kháng Aldosterone	85	76,58
Thuốc cải thiện triệu chứng	Furosemid	61	54,95
	Digoxin	1	0,9
	Ivabradine	10	9,01
Thuốc khác	Chống đông	29	26,13
	Amiodarone	8	7,21

Nhận xét: Hầu hết BN được sử dụng Ức chế men chuyển/ Ức chế thụ thể AT1 và kháng Aldosterone.

Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo mức độ tuân thủ điều trị thuốc

Mức độ tuân thủ điều trị thuốc	Số lượng	Tỉ lệ %
Tuân thủ điều trị tốt (8 điểm)	35	31,53
Tuân thủ điều trị chưa tốt (< 8 điểm)	76	68,47
Tổng cộng	111	100

Nhận xét: Đa số BN TTĐT thuốc chưa tốt (68,47%)

3.2. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị thuốc và các yếu tố liên quan

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa đặc điểm chung và mức độ tuân thủ điều trị thuốc

Yếu tố liên quan (n = 111)		Tuân thủ sử dụng thuốc		OR (95%CI) P
		Tuân thủ chưa tốt (n = 76)	Tuân thủ tốt (n = 35)	
Tuổi	≥ 60	69	32	0,92 (0,14-4,37) 0,91
	< 60	7	3	
Giới tính	Nam	37	11	2,07 (0,83-5,35) 0,09
	Nữ	39	24	
Bệnh mạch vành	Có	30	22	0,39 (0,15-0,95) 0,02
	Không	46	13	
Rối loạn nhịp tim	Có	36	12	1,73 (0,70-4,37) 0,2
	Không	40	23	
Bệnh van tim	Có	32	7	2,91 (1,06-8,82) 0,02
	Không	44	28	

Tăng huyết áp	Có	52	23	1,13 (0,44-2,84)
	Không	24	12	0,78
Đái tháo đường	Có	32	16	0,86 (0,36-2,10)
	Không	44	19	0,72
COPD/ Hen	Có	6	3	1,29 (0,18-6,01)
	Không	70	32	0,9
Hút thuốc lá	Có	31	8	2,33 (0,87-6,68)
	Không	45	27	0,07
Uống rượu/bia	Có	22	8	1,38 (0,50-4,05)
	Không	54	27	0,5
Chế độ ăn giảm muối	Không	47	16	1,92 (0,79-4,69)
	Có	29	19	0,11
Tập thể dục mỗi ngày	Không	55	25	1,05 (0,38-2,75)
	Có	21	10	0,92

Nhận xét: Tiền sử bệnh mạch vành là yếu tố làm giảm nguy cơ TTĐT thuốc không tốt, tiền sử bệnh van tim là yếu tố làm tăng nguy cơ TTĐT thuốc không tốt. Không có mối liên hệ giữa tiền sử rối loạn nhịp tim, tăng huyết áp, đái tháo đường với tình trạng TTĐT thuốc.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa nhóm thuốc đang điều trị của bệnh nhân và mức độ tuân thủ điều trị thuốc

Yếu tố liên quan (n = 111)		Tuân thủ sử dụng thuốc		OR (95%CI) P
		Tuân thủ chưa tốt (n = 76)	Tuân thủ tốt (n = 35)	
Chẹn beta giao cảm	Không	31	16	0,82 (0,34-1,99)
	Có	45	19	0,63
Ức chế men chuyển/ Ức chế thụ thể AT1	Không	9	5	0,81 (0,22-3,34)
	Có	67	30	0,72
Ức chế kênh đồng vận chuyển muối đường 2 (SGLT2-i)	Không	58	19	2,71 (1,06-6,69)
	Có	18	16	0,02
Kháng Aldosterone	Không	21	5	2,29 (0,73-8,52)
	Có	55	30	0,12

Furosemid	Không	36	14	1,35 (0,56-3,32) 0,47
	Có	40	21	

Nhận xét: BN không dùng SGLT2-i làm tăng nguy cơ TTĐT thuốc không tốt gấp 2,94 lần. Không có mối liên quan giữa dùng Chẹn beta giao cảm, Ức chế men chuyển/Ức chế thụ thể AT1, Kháng Aldosterone, Furosemid với tình trạng TTĐT thuốc.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa tình trạng suy tim với tình trạng tuân thủ điều trị thuốc

Yếu tố liên quan (n = 111)		Tuân thủ sử dụng thuốc		OR (95%CI) p
		Tuân thủ chưa tốt (n = 76)	Tuân thủ tốt (n = 35)	
Phân độ NYHA	Độ III + IV	58	25	1,29 (0,46-3,45) 0,58
	Độ I + II	18	10	
Phân suất tổng máu thất trái (EF%)	≤40%	32	21	0,48 (0,20-1,18) 0,08
	>40%	44	14	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phân độ khó thở và phân suất tổng máu thất trái với tình trạng TTĐT thuốc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhận xét về thực trạng tuân thủ điều trị thuốc ngoại trú của các đối tượng nghiên cứu

Đa số BN trong NC sử dụng nhóm Ức chế men chuyển/ Ức chế thụ thể AT1 là 87,39%, tương tự NC của Nguyễn Ngọc Thanh Vân (86,5%) [4] nhưng cao hơn số liệu trung bình tại khu vực Châu Á (77%) [5]. Kết quả này phù hợp với đặc điểm bệnh lý đồng mắc của đề tài, khi đa số đối tượng có bệnh lý tăng huyết áp, bệnh mạch vành và đái tháo đường đi kèm. Tỷ lệ BN sử dụng kháng Aldosterone (76,58%) tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Ngọc Thanh Vân (71,2%) [4], cao hơn kết quả của ASIAN-HF (58%) [5]. Bên cạnh đó, số lượng BN có sử dụng chẹn Beta là 57,66% thấp hơn so với số

liệu của tác giả Nguyễn Ngọc Thanh Vân (65,2%) [4], thấp hơn nhiều so với các NC trong khu vực khác là ASIAN-HF (79%) [5]. Điều này có lẽ là do thuốc kháng aldosterone gây tác dụng không mong muốn khi dùng kéo dài (phì đại tuyến vú, giảm khả năng cương dương ở nam giới) nên BN nam giới thường e ngại khi sử dụng. Tỷ lệ BN được sử dụng SGLT2-i là 30,63%, sử dụng furosemid là 53,47% tương tự với kết quả từ NC Thai ADHERE (57,2%) [6] và thấp hơn kết quả của tác giả Vũ Quỳnh Nga (69,5%) [7]. Tỷ lệ người bệnh sử dụng Ivabradine khá thấp (9,01%), tương đương với kết quả của NC ASIAN-HF (10%), trong khi các kết quả từ tác giả Vũ Quỳnh Nga (2018) là 21,9% [5] [7]. Những số liệu trên cho thấy các biện pháp điều trị ngoại trú nhằm cải thiện sống còn cho người bệnh suy tim vẫn chưa tối ưu.

Đánh giá về thực trạng TTĐT thuốc, kết quả NC từ bảng 3.2 cho thấy hầu hết các BN tuân thủ điều trị thuốc chưa tốt chiếm 68,47%. Các NC trong nước trước đây chưa

ghi nhận vấn đề này nên không có dữ liệu để so sánh. Tuy nhiên, khi so sánh những NC từ nước ngoài, kết quả này cao hơn với NC của tác giả Silavanich V. (2017) với 61,7% người bệnh TTĐT kém [8] và NC của Soheila R. (2019) với 61% người TTĐT kém [9]. Tuân thủ điều trị thuốc trong đề tài này thấp hơn các NC khác ở nước ngoài có thể lý giải do hệ thống chăm sóc và hỗ trợ người bệnh ở Việt Nam có thể chưa có hệ thống và đồng bộ như nhiều nước khác nên tỷ lệ TTĐT thuốc trong NC này còn thấp.

4.2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị thuốc của các đối tượng nghiên cứu

Đánh giá về mối liên quan giữa nhóm tuổi và TTĐT thuốc, đề tài lấy mốc 60 tuổi để tìm hiểu sự khác biệt trong TTĐT thuốc. Tuy nhiên, đề tài không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa độ tuổi trên 60 và nguy cơ TTĐT thuốc kém. NC của tác giả Soheila R. (OR = 1; 95%CI = 0,99 - 1,02; p = 0,85) và tác giả Zahid U.R. (OR = 1,20; 95%CI = 0,6 - 2,42; p = 0,60) cũng cho kết quả tương tự [9], [10]. Điều này có thể do cỡ mẫu của cả ba NC chưa đủ lớn để tìm ra sự khác biệt về TTĐT thuốc giữa các nhóm tuổi.

Đánh giá mối liên quan giữa giới tính và TTĐT thuốc, đề tài cũng không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê (OR = 2,07; 95%CI = 0,83 - 5,35; p = 0,09). Trong khi đó, tác giả Soheila R. khẳng định số lượng BN nữ TTĐT cao gấp 1,8 lần so với nam giới (95%CI = 0,34 - 0,99; p = 0,04) [9]. Lý do có thể do phụ nữ nhận thức các vấn đề sức khỏe của họ tốt hơn, chú ý nhiều đến chế độ ăn uống, tập thể dục và không hút thuốc

lá, sử dụng rượu bia...; nam giới thường bận rộn hơn và chịu nhiều áp lực, khiến họ dành ít thời gian hơn để chăm sóc sức khỏe.

Đánh giá mối liên quan giữa tiền sử, các bệnh đồng mắc và mức độ TTĐT thuốc, kết quả của đề tài cho thấy, BN có tiền sử bệnh mạch vành làm giảm nguy cơ TTĐT thuốc không tốt gấp 2,56 lần so với nhóm không có bệnh mạch vành (95%CI = 0,15 - 0,95; p = 0,02). Điều này có thể là do những BN có bệnh mạch vành được giải thích kỹ về tình trạng bệnh cũng như nguy cơ có thể xảy ra, đặc biệt là nguy cơ tiến triển đến nhồi máu cơ tim cấp. Ngoài ra, BN có bệnh van tim làm tăng nguy cơ TTĐT thuốc chưa tốt cao hơn 2,91 lần so với nhóm không có bệnh van tim. Trong khi đó, nhiều báo cáo từ các tác giả nước ngoài chưa chỉ ra mối liên quan này [9] [10]. Điều này được giải thích là do BN có bệnh van tim, đặc biệt là bệnh van hai lá và đã thay van cơ học, việc điều chỉnh liều thuốc chống đông (kháng vitamin K) là khá phức tạp và ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, trong đó có cả thực phẩm đã làm giảm khả năng TTĐT thuốc ngoại trú. NC không ghi nhận mối liên quan giữa hút thuốc lá, uống rượu/bia, chế độ ăn giảm muối và chế độ tập thể dục với tình trạng TTĐT thuốc.

Khi tìm hiểu về tình trạng dùng thuốc và TTĐT, đề tài nhận thấy nhóm không dùng SGLT-2i có nguy cơ tuân thủ kém cao hơn gần gấp 3 lần nhóm người được dùng (95%CI = 1,06 - 6,69; p = 0,02), có thể giải thích là do khi BN không được khởi động nhóm SGLT-2i sớm, BN không cải thiện triệu chứng, tình trạng suy tim không thuyên giảm khiến BN không tin tưởng vào phác đồ điều trị.

V. KẾT LUẬN

- Hầu hết các BN suy tim mạn tính TTĐT chưa tốt (68,47%).

- BN không dùng nhóm thuốc SGLT2-i có nguy cơ tuân thủ không tốt cao hơn gấp 3 lần nhóm người được dùng (OR = 2,94; 95%CI: 0,13 – 0,92; $p < 0,05$). Tiền sử bệnh mạch vành làm giảm nguy cơ TTĐT thuốc không tốt (OR = 0,39; 95%CI: 0,15 - 0,95; $p < 0,05$) trong khi bệnh van tim làm tăng nguy cơ này (OR = 2,91; 95%CI: 1,06 - 8,82; $p < 0,05$).

VI. KIẾN NGHỊ

Trong thực hành lâm sàng cần chỉ định sớm nhóm SGLT2-i cho BN suy tim mạn tính để tăng tỷ lệ TTĐT thuốc, góp phần cải thiện tiên lượng. BN có bệnh van tim kèm theo cần được giải thích kỹ về lợi ích của việc TTĐT thuốc có sự kiểm soát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anna A.R. et al., Patient-reported outcomes and medication adherence in patients with heart failure. *European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy* 2021,7 (4): 287–295.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al., 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, *Eur Heart J* 2021; 42: 3599–726.
3. Nguyễn Ngọc Thanh Vân, Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của hội tim châu âu 2016, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh* 2021, 25 (2): 35-41.
4. Morisky D.E, et al., Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting, *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008, 10(5), 348-354
5. Teng THK, Tromp J, Tay WT et al., Prescribing patterns of evidence-based heart failure pharmacotherapy and outcomes in the ASIAN-HF registry: a cohort study, *The Lancet Global Health* 2018 6(9): e1008-e1018.
6. Laothavorn P., Hengrussamee K., Kanjanavanit R. et al., Thai acute decompensated heart failure registry (Thai ADHERE)", *CVD prevention and control* 2010. 5(3): 89-95.
7. Vũ Quỳnh Nga và cộng sự, Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, thực trạng điều trị bệnh nhân suy tim cấp nhập viện tại Bệnh viện Tim Hà Nội, *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam Số đặc biệt* 12-2021: 233-242
8. Silavanich.V, Nathisuwan S, Phrommintikul A et al., Relationship of medication adherence and quality of life among heart failure patients, *Heart & Lung* 2019 48(2), tr. 105-110.
9. Soheila R et al., "Medication Adherence and Health Literacy in Patients with Heart Failure: A Cross-Sectional Survey in Iran, *Health Literacy Research and Practice* 2022 6(3): e191-e199.
10. Zahid U, Siddiqui KA, Karim M et al., Medication non-adherence among patients with heart failure, *Cureus*. 2019 11(8): e5346

THỰC TRẠNG SUY DINH DƯỠNG Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI 3 XÃ HUYỆN KIM ĐỘNG, HUNG YÊN NĂM 2023

Đinh Thị Thanh Mai¹, Nguyễn Thị Thắm¹, Phạm Khả Song²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy dinh dưỡng (SDD) trẻ em đang là vấn đề được quan tâm hàng đầu ở các nước đang phát triển, là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi và là một trong những yếu tố phổ biến đe dọa đến tính mạng và sức khỏe của trẻ. Theo kết quả tổng điều tra dinh dưỡng năm 2020 tại 25 tỉnh thành phổ đại diện cho 6 vùng sinh thái cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi là 19,6% - mức < 20% được xếp vào mức trung bình theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi tại 3 xã huyện Kim Động, Hưng Yên, năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 500 cặp mẹ - trẻ dưới 5 tuổi, để đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ. **Kết quả:** tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân là 4,8%, thể thấp còi là 17,2%, thể gầy còm là 7,6%.

Từ khóa: suy dinh dưỡng, Hưng Yên

SUMMARY

MALNUTRITION IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN 3 COMMUNES OF KIM DONG DISTRICT, HUNG YEN PROVINCE IN 2023

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trung tâm Y tế huyện Kim Động, Hưng Yên

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Thanh Mai

Email: dtthanhmai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2024

Ngày duyệt bài: 25/4/2024

Issue: Malnutrition in children is a top concern in developing countries, being one of the leading causes of death in children under 5 years old and posing a significant threat to their health and lives. According to the 2020 national nutrition survey in 25 provinces and cities representing 6 ecological regions, the prevalence of malnutrition in children under 5 years old was 19.6%, which is categorized as < 20% and considered moderate according to the World Health Organization classification. **Objective:** To describe the current situation and management of malnutrition in children under 5 years old in 3 communes of Kim Dong District, Hung Yen Province, in 2023. **Subjects and research methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 500 mother-child pairs under 5 years old, to evaluate the malnutrition status of children. **Results:** The prevalence of mild malnutrition in children was 4.8%, stunting was 17.2%, and wasting was 7.6%.

Keywords: malnutrition, Hung Yen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) trẻ em đang là vấn đề được quan tâm hàng đầu ở các nước đang phát triển, là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi và là một trong những yếu tố phổ biến đe dọa đến tính mạng và sức khỏe của trẻ [1].

Việt Nam được UNICEF đánh giá là một trong những nước đạt mức giảm SDD nhanh, tuy nhiên tỷ lệ SDD vẫn còn cao so với các nước trong khu vực và có sự chênh lệch nhiều giữa các địa phương. Theo kết quả

tổng điều tra dinh dưỡng năm 2020 tại 25 tỉnh thành phố đại diện cho 6 vùng sinh thái cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi là 19,6% - mức < 20% được xếp vào mức trung bình theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) [2].

Xuất phát từ những yêu cầu và thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài thực trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi tại 3 xã huyện Kim Động, Hưng Yên, năm 2023 như thế nào? Trên cơ sở đó giúp cho huyện, ngành Y tế Hưng Yên và các ban ngành liên quan tìm ra những giải pháp hữu hiệu nhằm giảm tỷ lệ SDD trẻ dưới 5 tuổi. Mục tiêu của đề tài: **Mô tả thực trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi tại 3 xã huyện Kim Động, Hưng Yên, năm 2023.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu

Tại 3 xã đại diện cho 3 vùng sinh thái của huyện Kim Động, tỉnh Hưng Yên (gồm xã Phú Thịnh, Song Mai, Vũ Xá).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ dưới 5 tuổi và các bà mẹ của trẻ được chọn vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bà mẹ có đủ sức khỏe và có khả năng đọc, hiểu để trả lời các câu hỏi của điều tra viên; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bà mẹ, trẻ vắng mặt tại thời điểm nghiên cứu

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4.1. Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu

Z: Hệ số tin cậy phụ thuộc vào ngưỡng xác suất α (chọn $\alpha = 0,05$ với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$).

d: Độ chính xác tuyệt đối ($d=0,05$).

p: Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi SDD thể thấp còi (Lấy $p = 0,173$ theo kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Viết Chương tại huyện Kiến Thụy, thành phố Hải Phòng năm 2022, tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi SDD thể thấp còi là 17,3%) [3].

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu $n = 220$ cặp mẹ - trẻ. Để tăng độ chính xác trong nghiên cứu, chúng tôi tăng cỡ gấp 2,2, mẫu lần. Cỡ mẫu nghiên cứu 500 cặp mẹ - trẻ dưới 5 tuổi.

2.4.2. Cách chọn mẫu

Chọn ngẫu nhiên hệ thống để đủ số lượng nghiên cứu: Cỡ mẫu thực tế điều tra là 500 cặp mẹ - trẻ dưới 5 tuổi, trong đó xã Vũ Xá là 146, Phú Thịnh là 178 và Song Mai 176 cặp mẹ - trẻ.

2.4.3. Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu

+ Đặc điểm của trẻ: tuổi, giới, cân nặng sơ sinh, cân nặng, tuổi thai.

+ Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo thể (nhẹ cân, thấp còi, gầy còm), theo tuổi, giới, mức độ

2.4.4. Phương pháp thu thập thông tin

a. Công cụ thu thập số liệu

- Cân, thước đo chiều cao/chiều dài, phiếu cân đo trẻ.

- Phiếu phỏng vấn bà mẹ có trẻ dưới 5 tuổi được xây dựng dựa trên bộ câu hỏi của tác giả Phạm Viết Chương năm 2022 [3] và có chỉnh sửa cho phù hợp.

b. Phương pháp thu thập thông tin

Phương pháp nhân trắc học

- Cách tính tuổi: Tuổi được tính bằng cách lấy ngày tháng năm điều tra trừ đi ngày tháng năm sinh của trẻ và phân loại theo

WHO 2006 [4], ví dụ trẻ 4 tuổi được tính kể từ ngày tròn 4 năm đến khi 4 năm 11 tháng 29 ngày.

Trẻ dưới 5 tuổi được tính như sau:

0-11tháng	12-23 tháng	24-35 tháng	36-47 tháng	48-59 tháng
0 tuổi	1 tuổi	2 tuổi	3 tuổi	4 tuổi

- Đo cân nặng:

- Đo chiều dài nằm (trẻ < 24 tháng tuổi):

- Đo chiều cao đứng (trẻ ≥ 24 tháng tuổi):

Phương pháp phỏng vấn trực tiếp và thảo luận nhóm

- Sau khi thu thập các chỉ số nhân trắc của trẻ, tiến hành phỏng vấn trực tiếp bà mẹ bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

2.5. Các tiêu chuẩn đánh giá

- Tiêu chuẩn đánh giá trẻ suy dinh dưỡng: Phân loại SDD theo chuẩn phân loại của WHO 2006 dựa vào 3 chỉ số: Cân nặng/tuổi (CN/T), chiều cao/tuổi (CC/T) và cân nặng/chiều cao (CN/CC) [4].

Bảng 1. Phân loại suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi

Chỉ số Z-score	CN/T	CC/T	CN/CC
Dưới -3SD	SDD nhẹ cân nặng	SDD thấp còi nặng	SDD gầy còm nặng
Dưới -2SD đến -3SD	SDD nhẹ cân vừa	SDD thấp còi vừa	SDD gầy còm vừa
Từ -2SD đến +2SD	Bình thường		Bình thường
Từ -2SD đến +3SD		Bình thường	

- Phân loại trẻ sơ sinh theo tuổi thai và cân nặng [5]:

+ Phân loại theo tuổi thai: tuổi thai là thời gian tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối đến ngày sinh.

• Trẻ non tháng khi tuổi thai lúc sinh < 37 tuần.

• Trẻ đủ tháng khi tuổi thai lúc sinh từ 37 đến 41 tuần.

• Trẻ già tháng khi tuổi thai lúc sinh từ sau 42 tuần

+ Phân loại theo cân nặng lúc sinh:

• Cân nặng bình thường lúc sinh từ 2500 – dưới 4000 gram.

• Nhẹ cân khi cân nặng lúc sinh < 2500 gram.

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Phiếu cân đo trẻ được nhập vào phần mềm WHO Anthro 3.2.2 để đánh giá

tình trạng suy dinh dưỡng, sau đó được trích xuất sang phần mềm SPSS 22.0 để phân tích, xử lý. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả: Tính tần số và tỷ lệ %.

2.7. Sai số và các biện pháp khắc phục

Sai số có thể gặp là: Sai số đo lường (cân, đo chiều cao, chiều dài do thước đo không chuẩn hoặc không đồng nhất, kỹ thuật đo khác nhau giữa các điều tra viên), sai số nhớ lại khi phỏng vấn, sai số trong quá trình nhập liệu.

Cách khắc phục: Sử dụng cùng loại cân, thước đo, tập huấn kỹ cho các điều tra viên về kỹ thuật cân đo, tiến hành cân đo thử trước khi cân đo chính thức. Thiết kế bộ phiếu điều tra logic, khoa học, sử dụng những câu hỏi dễ hiểu, rõ nghĩa. Tập huấn cho cán bộ điều tra trước khi triển khai thu thập thông tin. Kiểm tra số liệu, chất lượng phiếu hàng ngày.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo đề cương được Hội đồng đánh giá đề cương Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt.

Nghiên cứu thực hiện với sự đồng ý của lãnh đạo Trung tâm Y tế huyện Kim Động, tỉnh Hưng Yên.

Đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ nội dung, mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin thu thập được quản lý bởi nghiên cứu viên, giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

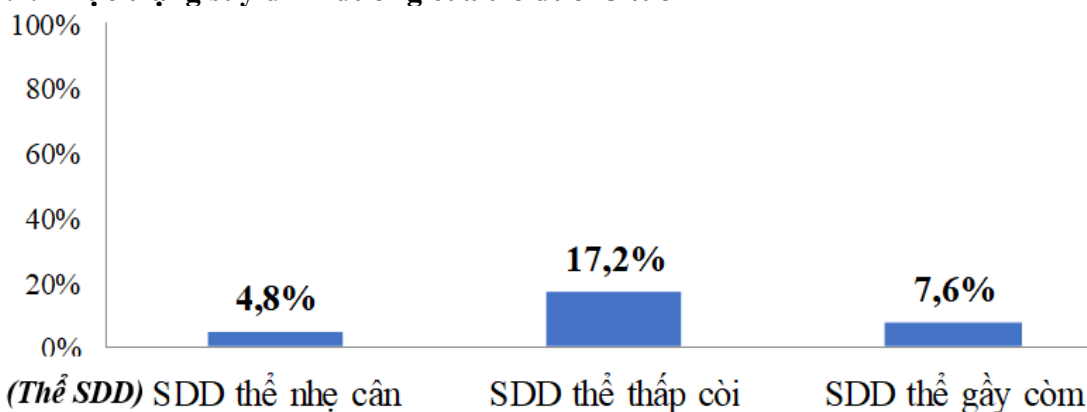
3.1. Thông tin chung của trẻ

Bảng 1. Thông tin chung của trẻ (n = 500)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tháng tuổi	0 - 11 tháng	20,6
	12 - 23 tháng	21,0
	24 - 35 tháng	21,8
	36 - 47 tháng	18,8
	48 - 59 tháng	17,8
Giới tính	Nam	55,0
	Nữ	45,0
Cân nặng sơ sinh	< 2500 gram	3,6
	≥ 2500 gram	96,4
Tuổi thai khi sinh	< 37 tuần	5,6
	≥ 37 tuần	94,4

Nhận xét: Trẻ em trong nhóm tuổi 12 – 23 tháng và 24 – 35 tháng chiếm tỷ lệ lần lượt là 21,0% và 21,8%. Trẻ trai chiếm 55,0% đối tượng nghiên cứu. Trẻ có cân nặng sơ sinh từ 2500 gram trở lên chiếm 96,4%. Trẻ có tuổi thai khi sinh từ 37 tuần trở lên chiếm 94,4%.

3.2. Thực trạng suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi



Hình 1. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ (n= 500)

Nhận xét: Trong các thể của SDD, SDD thấp còi chiếm tỷ lệ 17,2%, tiếp theo là SDD gầy còm 7,6% và SDD nhẹ cân 4,8%.

Bảng 2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân theo nhóm tuổi (n = 500)

Nhóm tuổi	Số trẻ nghiên cứu	Số trẻ SDD	Tỷ lệ (%)
0 - 11 tháng	103	1	1,0
12 - 23 tháng	105	7	6,7
24 - 35 tháng	109	5	4,6
36 - 47 tháng	94	4	4,3
48 - 59 tháng	89	7	7,9
Tổng	500	24	4,8

Nhận xét: Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ở nhóm tuổi từ 48 -59 tháng chiếm 7,9%, tiếp theo đến nhóm tuổi 12 – 23 tháng chiếm 6,7%.

Bảng 3. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi theo tuổi (n = 500)

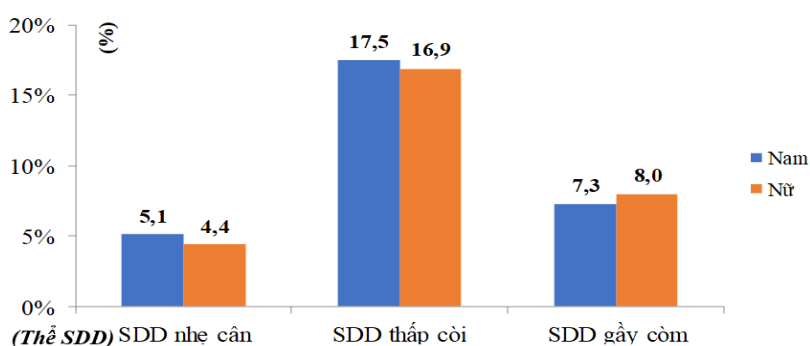
Nhóm tuổi	Số trẻ nghiên cứu	Số trẻ SDD	Tỷ lệ (%)
0 - 11 tháng	103	8	7,8
12 - 23 tháng	105	23	21,9
24 - 35 tháng	109	22	20,2
36 - 47 tháng	94	16	17,0
48 - 59 tháng	89	17	19,1
Tổng	500	86	17,2

Nhận xét: Suy dinh dưỡng thể thấp còi có tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi từ 12 – 23 tháng (21,9%), và thấp nhất ở nhóm tuổi 0 – 11 tháng (7,8%).

Bảng 4. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể gầy còm theo tuổi (n = 500)

Nhóm tuổi	Số trẻ nghiên cứu	Số trẻ SDD	Tỷ lệ (%)
0 - 11 tháng	103	9	8,7
12 - 23 tháng	105	8	7,6
24 - 35 tháng	109	8	7,3
36 - 47 tháng	94	5	5,3
48 - 59 tháng	89	8	9,0
Tổng	500	38	7,6

Nhận xét: Suy dinh dưỡng thể gầy còm ở nhóm tuổi từ 48 -59 tháng chiếm 9,0%, nhóm tuổi 0 – 11 tháng chiếm 8,7%.



Hình 2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo giới (n=500)

Nhận xét: Suy dinh dưỡng thể thấp còi và nhẹ cân ở trẻ trai chiếm tỷ lệ cao hơn ở trẻ gái (SDD nhẹ cân nam chiếm 5,1%, nữ chiếm 4,4%; SDD thấp còi: nam chiếm 17,5%, nữ chiếm

16,9%). Suy dinh dưỡng thể gầy còm ở trẻ gái (8,0%) chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ trai (7,3%). Sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 5. Mức độ suy dinh dưỡng của trẻ

Thể suy dinh dưỡng	Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
SDD thể nhẹ cân (n = 24)	Vừa	20	83,3
	Nặng	4	16,7
SDD thể thấp còi (n = 86)	Vừa	67	77,9
	Nặng	19	22,1
SDD thể gầy còm (n = 38)	Vừa	25	65,8
	Nặng	13	34,2

Nhận xét: Cả 3 thể SDD nhẹ cân, thấp còi và gầy còm đều có SDD ở mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao hơn mức độ nặng.

IV. BÀN LUẬN

Suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi là tình trạng cơ thể không được cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng làm ảnh hưởng đến quá trình sống, hoạt động và tăng trưởng cả về thể chất lẫn trí tuệ của trẻ [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: trong 3 thể SDD thì SDD thể thấp còi chiếm tỷ lệ cao 17,2%, tiếp theo là SDD thể gầy còm chiếm 7,6% và SDD thể nhẹ cân chiếm 4,8% (Hình 1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Hùng tại Kim Động, Hưng Yên năm 2020 có 23,5% trẻ SDD thấp còi trong độ tuổi 12 – 36 tháng tuổi [6]. Sự khác nhau về kết quả có thể giải thích do khác nhau về thời điểm và đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi điều tra trên trẻ dưới 5 tuổi trong khi tác giả Nguyễn Xuân Hùng thực hiện trên nhóm trẻ từ 12 – 36 tháng tuổi.

Kết quả của chúng tôi cho thấy suy dinh dưỡng thể nhẹ cân có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi, điều này có thể giải thích do giai đoạn trước số trẻ bị SDD thể nhẹ cân có tỷ lệ cao hơn hiện tại, cũng có thể do chế độ chăm sóc, phục hồi dinh dưỡng cho trẻ khi đã bị suy dinh dưỡng chưa tốt. Vì vậy địa phương cần có thêm các nghiên cứu để đánh

giá cách chăm sóc trẻ khi đã bị suy dinh dưỡng, bên cạnh đó cũng cần tăng cường công tác truyền thông về cách phục hồi tình trạng dinh dưỡng đối với trẻ đã bị suy dinh dưỡng giúp giảm các biến chứng về sau cho trẻ.

SDD thể thấp còi có tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi từ 12 – 35 tháng tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Chi tại Vĩnh Bảo, Hải Phòng năm 2020 tỷ lệ trẻ SDD thể thấp còi cao nhất ở trẻ từ 12 – 35 tháng tuổi [7]

Suy dinh dưỡng thể gầy còm là thể SDD cấp tính, phản ánh tức thì hậu quả của tình trạng không tăng cân hoặc sút cân do những vấn đề sức khỏe và ăn uống của trẻ. Kết quả nghiên cứu cho thấy SDD thể gầy còm cao ở nhóm tuổi từ 48 -59 tháng tuổi (9,0%), Kết quả này tương đồng với báo cáo của tác giả Nguyễn Trọng Tấn (2023) trẻ gái là 4,6% và trẻ trai là 2,6% [8].

Theo phân loại của WHO (2006) dựa vào chỉ số Z-score, mức độ suy dinh dưỡng được chia làm hai loại là SDD vừa khi chỉ số Z-score dưới -2SD đến -3SD và suy dinh dưỡng nặng khi chỉ số Z-score dưới -3SD [4]. Khi đánh giá mức độ suy dinh dưỡng,

kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cả 3 thể SDD nhẹ cân, thấp còi và gầy còm đều có SDD ở mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều mức độ nặng, mức độ vừa của 3 thể lần lượt là 83,3%, 77,9% và 65,8% (bảng 5). Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy mức độ SDD vừa có tỷ lệ cao hơn so với mức nặng ở cả 3 thể, như trong nghiên cứu của tác giả Phạm Viết Chương mức độ suy dinh dưỡng vừa của 3 thể lần lượt là 95,7%, 79,7% và 77,8% [3].

V. KẾT LUẬN

Thực trạng suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi

SDD nhẹ cân: tỷ lệ trẻ SDD là 4,8%, nhóm tuổi từ 48 -59 tháng có tỷ lệ cao 7,9%, tỷ lệ SDD ở trẻ nam chiếm 5,1% và trẻ nữ chiếm 4,4%

SDD thấp còi: tỷ lệ trẻ SDD là 17,2%, nhóm tuổi từ 12 – 23 tháng có tỷ lệ cao 21,9%, tỷ lệ SDD ở trẻ nam chiếm 17,5% và trẻ nữ chiếm 16,9%

SDD gầy còm: tỷ lệ trẻ SDD là 7,6%, nhóm tuổi từ 48 -59 tháng chiếm tỷ lệ cao 9,0%, tỷ lệ SDD ở trẻ gái (8,0%) và trẻ trai (7,3%)

Mức độ SDD: Cả 3 thể SDD nhẹ cân, thấp còi và gầy còm đều có suy dinh dưỡng ở mức độ vừa chiếm tỷ lệ từ 65,8% đến 83,3%.

VI. KIẾN NGHỊ

Tăng cường các hình thức truyền thông về chăm sóc dinh dưỡng, các biện pháp dành cho trẻ biếng ăn và chăm sóc phục hồi khi trẻ bị suy dinh dưỡng, giúp các bà mẹ và người chăm sóc trẻ có kiến thức và thực hành tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mohseni M, Aryankhesal A, Kalantari N and et al** (2017), Prevention of malnutrition among children under 5 years old in Iran: A policy analysis. PLoS One. 2019; 14 (3): e0213136.
2. **Bộ Y tế** (2021), Bộ Y tế công bố kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng năm 2019-2020, access date 15/7/2021, available at <https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbK5j/content/bo-y-te-cong-bo-ket-qua-tong-ieu-tra-dinh-duong-nam-2019-2020>.
3. **Phạm Viết Chương** (2022), Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp vôi ở trẻ dưới 5 tuổi tại 3 xã huyện Kiến Thụy, Hải Phòng, năm 2021, Luận văn thạc sỹ Y tế Công Cộng, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
4. **WHO/IASO/IOTF** (2000), The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and its Treatment. Health Communications Australia Pty Ltd, 2000.
5. **Viện Dinh dưỡng** (2017), Phương pháp nhân trắc trong đánh giá dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi, Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, tr. 115-118
6. **Nguyễn Xuân Hùng** (2020). Thực trạng suy dinh dưỡng thấp còi và hiệu quả can thiệp ở trẻ 12 đến 36 tháng tuổi tại huyện Kim Động, tỉnh Hưng Yên năm 2017, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
7. **Nguyễn Thị Chi** (2020). Tỷ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi tại hai xã, huyện Vĩnh Bảo năm 2020, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
8. **Nguyễn Trọng Tấn, Trương Thị Thuý Dung, Lê Thị Thanh Hoa** (2023), Thực trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em tại hai trường mầm non của huyện Hiệp Hoà, tỉnh Bắc Giang và một số yếu tố liên quan, Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 1A(525): tr. 80 - 85.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI NỘI SOI SỬ DỤNG LASER TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2022

Nguyễn Bá Phước¹, Phùng Văn Duyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng phương pháp tán sỏi nội soi sử dụng laser. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng số liệu hồi cứu trên 50 bệnh nhân sỏi niệu quản được điều trị bằng phương pháp tán sỏi nội soi sử dụng laser tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 7/3, bệnh nhân ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (30%). Đa số bệnh nhân có sỏi ở vị trí 1/3 dưới niệu quản (74,0%). Tỷ lệ sỏi có kích thước 5 – 10 mm chiếm đa số (64%). Tỷ lệ sỏi vỡ vụn là 22%, sỏi vỡ đạt yêu cầu là 78%. Thời gian tán sỏi trung bình là $48,0 \pm 24,5$ phút, nhanh nhất là 14 phút, lâu nhất là 125 phút. Thời gian nằm viện trung bình là $7,5 \pm 2,0$ ngày. Sau tán sỏi không bệnh nhân nào có biến chứng nặng, phổ biến nhất là đau thắt lưng (66,0%), tiếp đến là tiểu buốt (42,0%). **Kết luận:** Nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản đã cho thấy hiệu quả và an toàn trong điều trị sỏi niệu quản.

Từ khóa: Sỏi niệu quản, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

SUMMARY

RESULTS OF URETERAL STONE TREATMENT USING ENDOSCOPIC LASER LITHOTRIPSY AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2022

Objective: To evaluate the results of ureteral stone treatment using endoscopic laser lithotripsy. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted using retrospective data from over 50 patients with ureteral stones treated with endoscopic laser lithotripsy at Hai Phong University Hospital in 2022. **Results:** The male-to-female ratio was 7:3, with most patients aged 60 or older (30%). Most patients had stones located in the lower third of the ureter (74.0%). The size of stones between 5 and 10 mm accounted for the majority (64%). The rate of broken stones was 22%, and 78% of stones met the requirements. The average lithotripsy time was 48.0 ± 24.5 minutes, with the shortest time being 14 minutes and the longest being 125 minutes. The average hospital stay was 7.5 ± 2.0 days. No patients experienced severe complications post-lithotripsy, with the most common being back pain (66.0%), followed by dysuria (42.0%). **Conclusion:** Retrograde endoscopic lithotripsy has demonstrated effectiveness and safety in treating ureteral stones.

Keywords: Ureteral stone, Hai Phong Medical University Hospital.

¹Bệnh viện Kiến An

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Phước

Email: nguyenvatuanviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 5/3/2024

Ngày duyệt bài: 11/4/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi niệu quản là một vấn đề sức khỏe lớn với tỷ lệ mắc ngày càng tăng trên toàn thế giới. Ở những nước có mức sống cao, tỷ lệ mắc bệnh sỏi tiết niệu cao đáng kể với hơn 10%. Sỏi niệu quản hình thành ở thận và sau đó đi xuống niệu quản thường biểu hiện là cơn đau quặn thận [1].

Mục đích chính trong điều trị sỏi thận là làm sạch sỏi hoàn toàn với ít biến chứng nhất [2]. Kỹ thuật điều trị kinh điển thường là các kỹ thuật mổ mở. Tuy nhiên kỹ thuật mổ mở thường có một số nhược điểm như xâm lấn nhiều, các biến chứng thường nặng nề, thời gian nằm viện dài ngày [3]. Song song với những cải tiến về công nghệ trong những năm gần đây, các phương pháp điều trị sỏi không gây sang chấn, không phải can thiệp phẫu thuật đang ngày được áp dụng phổ biến như phương pháp lấy sỏi qua da, tán sỏi nội soi và tán sỏi ngoài cơ thể. Trong đó tán sỏi nội soi ngược dòng bằng laser là phương pháp dùng tia laser để phá vỡ cấu trúc viên sỏi thành nhiều mảnh vụn nhỏ, mảnh vụn sỏi có thể được lấy ra ngoài bằng dụng cụ và tự đào thải qua đường nước tiểu. Phương pháp này được sử dụng phổ biến vì tính hiệu quả, chi phí phù hợp, đòi hỏi ít nhân lực và rút ngắn thời gian điều trị [4].

Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng đã được đầu tư nhiều trang thiết bị hiện đại trong điều trị sỏi tiết niệu, trong đó tán sỏi nội soi bằng laser được biết đến là một trong những phương pháp điều trị mang lại nhiều kết quả tích cực. Nhằm cung cấp thêm bằng chứng về hiệu quả điều trị của phương pháp này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá kết quả tán sỏi niệu quản bằng phương pháp nội soi bằng laser tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi niệu quản, được điều trị tán sỏi nội soi ngược dòng bằng laser tại khoa Ngoại, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân từ 20 tuổi trở lên có sỏi niệu quản có chỉ định phẫu thuật được tán sỏi nội soi ngược dòng bằng laser.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không tái khám sau tán sỏi. Sỏi niệu quản hai bên và sỏi niệu quản kèm sỏi thận. Hồ sơ bệnh nhân không đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng số liệu hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Chọn toàn bộ bệnh nhân nội trú điều trị sỏi niệu quản bằng nội soi tán sỏi niệu quản ngược dòng bằng laser tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, thực tế chúng tôi thu được 50 bệnh nhân trong khoảng thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022.

2.2.3. Tiêu chuẩn đánh giá

Mức độ giãn thận trên siêu âm: Độ 0: Không có tình trạng giãn. Độ 1: Có sự giãn nhẹ của bể thận và đài thận không giãn, không bị teo nhu mô thận. Độ 2: Có sự giãn nhẹ của bể thận và đài thận nhưng cấu trúc đài - bể thận vẫn được bảo tồn, không bị teo nhu mô thận. Độ 3: Thấy dấu hiệu giãn đài - bể thận; dấu hiệu tù của phễu và dẹt của núm thận, mỏng vỏ nhẹ. Độ 4: Đài, bể thận giãn lớn (giống như quả bóng), mất ranh giới giữa đài - bể thận, teo thận với hình ảnh vỏ thận mỏng.

Sỏi vỡ vụn: Các mảnh sỏi vỡ vụn thành bụi sỏi. Sỏi vỡ đạt khi các mảnh sỏi vỡ < 4 mm.

2.3. Dụng cụ và phương tiện phẫu thuật

Máy nội soi tán sỏi ngược dòng bằng laser, ống soi niệu quản, nguồn sáng, camera, dây dẫn (guidewire). Dụng cụ gấp sỏi: rọ lấy sỏi, kìm kẹp sỏi. Sonde JJ (double J) hoặc sonde plastic kích thước 6 - 8 Fr. Hồ sơ bệnh án nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 27.0. Sử dụng các thuật toán

thống kê mô tả tính tần số, tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Các kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, hình.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, và sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. Mọi thông tin của bệnh nhân trong nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân (n = 50)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	35	70,0
	Nữ	15	30,0
Nhóm tuổi	20 - 29 tuổi	6	12,0
	30 - 39 tuổi	5	10,0
	40 - 49 tuổi	12	24,0
	50 - 59 tuổi	12	24,0
	≥ 60 tuổi	15	30,0
Vị trí sỏi	1/3 trên	10	20,0
	1/3 giữa	3	6,0
	1/3 dưới	37	74,0
Kích thước sỏi qua siêu âm	< 5 mm	7	14,0
	5 - 10 mm	32	64,0
	11 - 15 mm	9	18,0
	> 15 mm	2	4,0
Mức độ giãn thận trên siêu âm	Không giãn	4	8,0
	Độ 1	24	48,0
	Độ 2	16	32,0
	Độ 3	5	10,0
	Độ 4	1	2,0

Nhận xét: Tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 70,0% và 30,0%. Bệnh nhân gặp nhiều ở lứa tuổi ≥ 60 chiếm 30%. Đa số bệnh nhân có sỏi ở vị trí 1/3 dưới (74,0%). Tỷ lệ sỏi có kích thước 5 - 10 mm là 64%. Trên siêu âm 92% bệnh nhân có hình ảnh giãn thận, mức độ giãn độ 1 là 48%, độ 2 là 32%, độ 3 là 10%, độ 4 là 2%.

Bảng 2. Thời gian tán sỏi niệu quản

Thời gian tán sỏi	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Mean ± SD (Min – Max)
< 30 phút	13	26,0	48,0 ± 24,5 phút 14 - 125 phút
30 - 60 phút	33	66,0	
> 60 phút	4	8,0	
Tổng	50	100	

Nhận xét: Thời gian tán sỏi < 30 phút là 26%, thời gian tán sỏi 30 - 60 phút là 66%, thời gian tán sỏi > 60 phút là 8%. Thời gian tán sỏi nhanh nhất là 14 phút, thời gian tán sỏi lâu nhất là 125 phút. Thời gian tán sỏi trung bình là 48,0 ± 24,5 phút.

Bảng 3. Liên quan giữa vị trí sỏi và thời gian tán sỏi

Thời gian	1/3 trên		1/3 giữa		1/3 dưới		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 30 phút	4	40,0	2	66,7	7	18,9	13	26,0
30 - 60 phút	5	50,0	1	33,3	27	73,0	33	66,0
> 60 phút	1	10,0	0	0	3	8,1	4	8,0
Tổng	10	20,0	3	6,0	37	74,0	50	100

Nhận xét: Trong tổng số 50 bệnh nhân, thời gian tán sỏi từ 30 - 60 phút chiếm 66,0%, dưới 30 phút là 26,0% và > 60 phút là 8,0%. Sỏi ở vị trí 1/3 giữa có thời gian tán sỏi < 30 phút cao nhất (66,7%). Đa số sỏi ở vị trí 1/3 dưới có thời gian tán sỏi từ 30 - 60 phút (73,0%).

Bảng 4. Vị trí sỏi niệu quản và kết quả tán sỏi

Kết quả	1/3 trên		1/3 giữa		1/3 dưới		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sỏi vỡ vụn	1	10,0	0	0	10	27,0	11	22,0
Sỏi vỡ đạt	9	90,0	3	100	27	73,0	39	88,0
Sỏi vỡ kém	0	0	0	0	0	0	0	0
Sỏi không vỡ	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	10	20,0	3	6,0	37	74,0	50	100

Nhận xét: Trong tổng số 50 bệnh nhân, tỷ lệ sỏi vỡ đạt là 88,0%, sỏi vỡ vụn là 22,0%. Tỷ lệ sỏi vỡ đạt của nhóm bệnh nhân có sỏi ở vị trí 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới lần lượt là 90,0%, 100% và 73,0%. Tỷ lệ sỏi vỡ vụn của nhóm bệnh nhân có sỏi ở vị trí 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới lần lượt là 10,0%, 27,0% và 22,0%.

Bảng 5. Kích thước sỏi niệu quản và kết quả tán sỏi

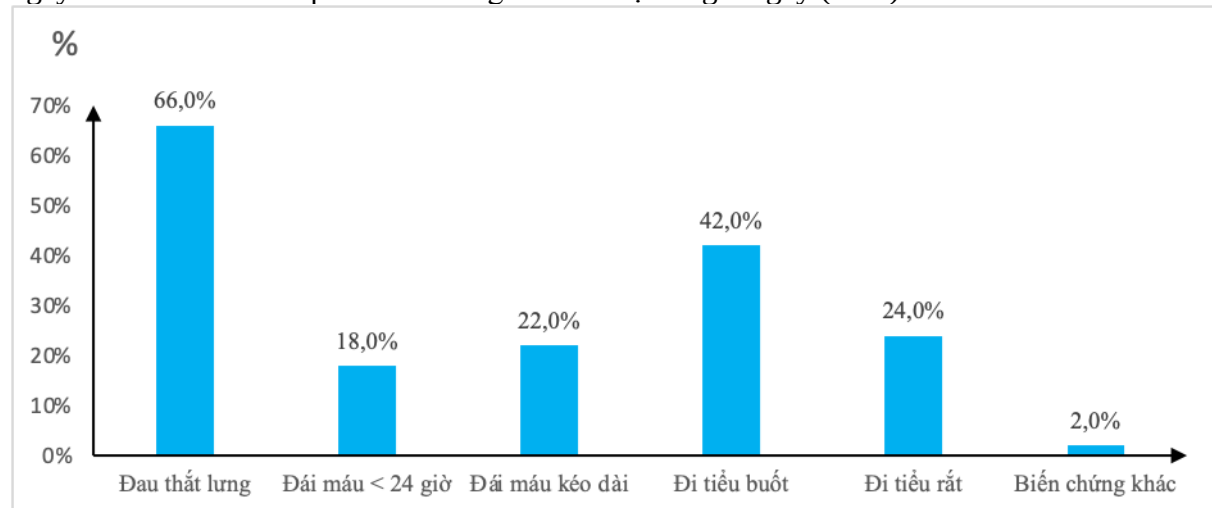
Kết quả	Kích thước sỏi								Tổng	
	< 5 mm		5 - 10 mm		11 - 15 mm		> 15 mm			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sỏi vỡ vụn	3	42,9	7	21,9	1	11,1	0	0	11	22,0
Sỏi vỡ đạt	4	57,1	25	78,1	8	88,9	2	100	39	78,0
Sỏi vỡ kém	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sỏi không vỡ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	7	14,0	32	64,0	9	18,0	2	4,0	50	100

Nhận xét: Tỷ lệ sỏi vỡ vụn của nhóm bệnh nhân có kích thước sỏi < 5 mm, 5-10 mm, 11-15 mm lần lượt là 42,9%, 21,9%, và 11,1%. Tỷ lệ sỏi vỡ đạt của nhóm bệnh nhân có kích thước sỏi < 5 mm, 5-10 mm, 11-15 mm lần lượt là 57,1%, 78,1% và 88,9%. Đối với sỏi có kích thước > 15 mm, 100% sỏi vỡ đạt.

Bảng 6. Thời gian sử dụng giảm đau sau phẫu thuật, thời gian đặt sonde tiểu và thời gian điều trị của bệnh nhân

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian sử dụng giảm đau sau phẫu thuật	1 - 2 ngày	23	46,0
	3 - 5 ngày	23	46,0
	> 5 ngày	4	8,0
Thời gian đặt sonde tiểu	≤ 2 ngày	38	76,0
	3 - 5 ngày	9	18,0
	> 5 ngày	3	6,0
Thời gian điều trị	4 ngày	12	12,0
	5 - 7 ngày	3	32,0
	> 7 ngày	37	56,0
	Mean ± SD, Min - Max	7,5 ± 2,0 ngày, 4 - 11 ngày	

Nhận xét: Thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau tán sỏi chủ yếu từ 1-5 ngày (92,0%), chỉ có 8% bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau kéo dài trên 5 ngày. Thời gian đặt sonde ≤ 2 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (76%). Thời gian điều trị > 7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (56%), từ 5-7 ngày chiếm 32% và thấp nhất là thời gian điều trị trong 4 ngày (12%).



Hình 1. Biến chứng sau tán sỏi

Nhận xét: Biến chứng hay gặp phổ biến nhất sau tán sỏi là đau thắt lưng (66,0%), tiếp đến là tiểu buốt (42,0%), tiểu rất (24,0%), đái máu (22,0%). Các biến chứng khác chiếm tỷ lệ thấp hơn.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 50 bệnh nhân sỏi niệu quản được điều trị bằng phương pháp tán sỏi nội soi sử dụng laser, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho

thấy tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 70,0% và 30,0%. Bệnh nhân gặp nhiều ở lứa tuổi ≥ 60 chiếm 30%. Đa số bệnh nhân có sỏi ở vị trí 1/3 dưới (74,0%). Tỷ lệ sỏi có kích thước 5 - 10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (64%).

Thời gian phẫu thuật là thời gian từ thời điểm đặt máy soi vào niệu đạo cho đến khi đặt xong JJ và đặt sonde tiểu, nghiên cứu cho thấy thời gian tán sỏi trung bình là $48,0 \pm 24,5$ phút. Thời gian tán sỏi nhanh nhất là 14 phút, thời gian tán sỏi lâu nhất là 125 phút. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tấn Phong và cộng sự tại Bệnh viện quân y 120 (2014) cho thấy thời gian tán sỏi trung bình 57,8 phút (từ 20 phút đến 120 phút) [5], nghiên cứu của tác giả Trịnh Hoàng Giang tại Bệnh viện Việt Đức năm 2013-2014, thời gian tán sỏi trung bình là $37,23 \pm 6,24$ phút [4], nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tôn Hoàng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên, thời gian tán sỏi niệu quản trên trung bình là $10,7 \pm 3,77$ phút [6] và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Thanh và cộng sự tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2020-2021, thời gian tán sỏi 1/3 trên trung bình là $33,5 \pm 11,2$ phút, thời gian mổ ngắn nhất là 17 phút, thời gian mổ dài nhất là 60 phút [7]. Thời gian tán sỏi có liên quan đến vị trí sỏi, thành phần sỏi, vấn đề đặt máy nội soi và tiếp cận sỏi. Một trong những khó khăn trong quá trình tán sỏi là khó khăn khi xác định lỗ niệu quản vì trong một số trường hợp sỏi ở đoạn thấp, sỏi nằm trong thành bàng quang lỗ niệu quản khó xác định hoặc không tìm thấy.

Một trong những thông số lâm sàng quan trọng nhất có thể ảnh hưởng đến sự thành công của điều trị sỏi là kích thước sỏi [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 78% sỏi vỡ đạt, 22% sỏi vỡ vụn. Tỷ lệ sỏi vỡ vụn của nhóm bệnh nhân có kích thước sỏi < 5 mm, 5-10 mm, 11-15 mm lần lượt là

42,9%, 21,9%, và 11,1%. Tỷ lệ sỏi vỡ đạt của nhóm bệnh nhân có kích thước sỏi < 5 mm, 5-10 mm, 11-15 mm lần lượt là 57,1%, 78,1% và 88,9%. Đối với sỏi có kích thước > 15 mm, 100% sỏi vỡ đạt. Theo kết quả nghiên cứu tán sỏi nội soi ngược dòng bằng laser Hol: YAG tại Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ thành công cao nhất đối với sỏi có kích thước dưới 10 mm đạt 96,49%. Tỷ lệ thành công cao thứ 2 đối với sỏi có kích thước từ 10 - 15 mm đạt 91,7%. Đối với sỏi có kích thước chiều dọc > 15 mm thì tỷ lệ thành công thấp hơn, chỉ đạt 74,13% [4].

Về thời gian nằm viện, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là $7,5 \pm 2,0$ ngày với nhanh nhất là 4 ngày và nhiều nhất là 11 ngày. Đa số bệnh nhân nằm viện điều trị > 7 ngày. Thời gian nằm viện của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức, thời gian nằm viện trung bình là $4,4 \pm 2,5$ ngày [4]. Điều này có thể là do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cần nhiều thời gian để điều trị nhiễm trùng sau tán sỏi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không gặp trường hợp nào có biến chứng nặng sau tán sỏi, tuy nhiên rất nhiều bệnh nhân có biểu hiện của nhiễm trùng như sau đái buốt, đái dắt (96%), đau mỗi thắt lưng (82%), đái đục (66%), đau điểm niệu quản (56%), đái máu (48%), đau hạ vị (32%), đau quặn thận (18%), đái ít, vô niệu (4%), và thận to (4%). Trong khi đó nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức các triệu chứng này xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn rất nhiều, cụ thể đái máu (2,05%), đau quặn thận (1,03%), sốt (5,13%), hẹp niệu quản (1,7%). Biểu hiện nhiễm trùng có thể là do cơ chế nhiễm khuẩn ngược dòng, niệu quản tái hấp thu nước tiểu

có vi khuẩn, hoặc tổn thương niêm mạc niệu quản do đầu ống nội soi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 50 bệnh nhân sỏi niệu quản được điều trị bằng phương pháp tán sỏi nội soi sử dụng laser tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2022. Kết quả cho thấy tỷ lệ sỏi vỡ vụn là 22%, sỏi vỡ đạt yêu cầu là 78%. Thời gian tán sỏi trung bình là $48,0 \pm 24,5$ phút, thời gian nằm viện trung bình là $7,5 \pm 2,0$ ngày. Sau tán không bệnh nhân nào có biến chứng nặng, phổ biến nhất là đau thắt lưng (66,0%), tiếp đến là tiểu buốt (42,0%). Nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản là phương pháp điều trị sỏi niệu quản an toàn, hiệu quả, tỷ lệ tán sỏi thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bosshard P, Stritt K, Roth B.** Overview of ureteral stone management. Rev Med Suisse (2020),16(717): p2321-2324.
2. **Van Cleynenbreugel B, Kiliç Ö, Akand M.** Retrograde intrarenal surgery for renal stones - Part 1. Turk J Urol (2017),43(2): p112-121.
3. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành thận tiết niệu. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội (2016): p111.
4. **Trịnh Hoàng Giang.** Nghiên cứu kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng phương pháp tán sỏi nội soi ngược dòng sử dụng laser Hol: Yag. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2021.
5. **Nguyễn Tấn Phong, Nguyễn Lê Tuyên, Lê Thanh Môn.** Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng tán sỏi qua nội soi ngược dòng tại bệnh viện quân y 120. Hội nghị khoa học bệnh viện quân y 120 mở rộng lần thứ nhất năm 2017: p1-6.
6. **Nguyễn Tôn Hoàng, Nguyễn Trường Can.** Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản trên bằng soi niệu quản tán sỏi với laser holmium. Tạp chí Y học Việt Nam (2023),528: p165-170.
7. **Nguyễn Hữu Thanh, Hoàng Long.** Thực trạng nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản 1/3 trên tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2020-2021. Tạp chí Y học Việt Nam (2023),518(1): p243-247.
8. **Miller NL, Lingeman JE.** Management of kidney stones. BMJ (2007),334: p468-72.

THỰC TRẠNG THỪA CÂN, BÉO PHÌ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI PHÒNG KHÁM DINH DƯỠNG BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2023

Đặng Văn Chức¹, Đặng Phương Linh¹,
Nguyễn Văn Đẹp¹, Đặng Việt Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định thực trạng thừa cân, béo phì tại Phòng khám Dinh dưỡng Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2023 và mô tả một số yếu tố liên quan với thừa cân béo phì ở đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng gồm 216 trẻ dưới 16 tuổi, phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ thừa cân béo phì là 25,5%, trong đó có 14,8% trẻ thừa cân, 10,6% trẻ béo phì. Các yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân béo phì ở trẻ là: Trẻ dưới 5 tuổi (OR=0,323), sống ở thành thị (OR=2,2), trẻ được ăn thêm sữa công thức trong 6 tháng đầu (OR=2,0), ăn dặm trước 6 tháng tuổi (OR=3,88), cai sữa trước 24 tháng (OR=3,89), trẻ ăn nhiều (OR=8,8), ăn nhanh < 20 phút (OR=6,61), ăn nhẹ/uống sữa trước ngủ (OR=4,1). **Kết luận:** Tỷ lệ thừa cân béo phì còn cao, cần tư vấn cho bà mẹ về phương pháp nuôi trẻ để có thể làm giảm tỷ lệ bệnh ở đối tượng nghiên cứu.

Từ khóa: Thừa cân, béo phì; Phòng khám dinh dưỡng; Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

SUMMARY

THE SITUATION OF OVERWEIGHT, OBESITY AND SOME RISK FACTORS AT THE NUTRITIONAL CLINICS OF HAIPHONG CHILDREN HOSPITAL IN 2023

Objectives: The study was done to describe the situation of overweight, obesity at the Nutritional Clinics of Haiphong Children's Hospital and some risk factors related to overweight, obesity in studied subjects in 2023. **Subjects and Methods:** Studied subjects included 216 children less than 16 years old and method was a cross-sectional study. **Results:** The incidence of overweight, obesity was 25.5%, in which 14.8% were overweight and 10.6% were obesity. Some risk factors that were significantly associated with overweight, obesity included children less than 5 years old (OR=0.323), living in urban area (OR=2.2), fed by formula milk for the first 6 months (OR=2.0), eating solid food in the first 6 months (OR=3.88), weaning after 24 months (OR=3.89), eating a lot (OR=8.8), eating fast <20 phút (OR=6.61), snack/drinking milk before going to bed (OR=4.1). **Conclusions:** The incidence of overweight, obesity is still high, mothers need to be conceled how to feed their children to reduce their incidence.

Keywords: Overweight, obesity; Nutrition clinic; Haiphong Children's Hospital

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chức

Email: dvchuc@hpmu.edu.vn

Ngày nộp bài: 28.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 26/4/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân, béo phì (TC-BP) từng được coi là một vấn đề của các quốc gia có thu nhập cao, nhưng hiện nay tình trạng thừa cân và béo phì đang gia tăng nhanh chóng ngay cả ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, đặc biệt là ở các khu vực thành thị.

Ở Châu Á, trong năm 2019 có gần một nửa số trẻ em dưới 5 tuổi bị thừa cân hoặc béo phì [1]. Ở Việt nam, trước năm 2000, hầu như chưa có TCBP ở trẻ em dưới 5 tuổi, tỷ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ em tăng gấp đôi từ 3,3% lên 6,6% trong giai đoạn 2000-2005 và 6,6% lên 12% trong giữa 2005 -2010 và tăng gần gấp rưỡi từ 12% lên 17,5% trong giai đoạn 2010 -2015. Trong vòng 15 năm, tỷ lệ thừa cân trẻ em tăng hơn 4 lần từ 3,3% (2000) lên 17,5% (2015) [2].

Nguyên nhân cơ bản của béo phì và thừa cân là sự mất cân bằng năng lượng giữa lượng calo ăn vào và lượng calo tiêu thụ [1]. Ngoài ra, còn do những thay đổi trong chế độ ăn uống và hoạt động thể chất.

Thừa cân, béo phì là một yếu tố nguy cơ chính đối với các bệnh không lây nhiễm như: bệnh tim mạch, bệnh tiểu đường, rối loạn cơ xương, một số bệnh ung thư... Béo phì (BP) ở trẻ em có liên quan đến nguy cơ BP, tử vong sớm và tàn tật cao hơn ở tuổi trưởng thành [1].

Việc điều trị TC-BP không dễ, hơn nữa rất tốn thời gian, tiền bạc. Tuy nhiên, chúng ta có thể giảm tỷ lệ TC-BP đáng kể bằng cách phòng ngừa hiệu quả. Đáng lo ngại là nhiều phụ huynh không nhận biết được những mối nguy hiểm về sau của TC-BP mà coi đó là điều tích cực cho trẻ. Vì thế chúng tôi nghiên cứu đề tài này: **“Thực trạng thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan tại phòng khám dinh dưỡng Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2023”** nhằm mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ em tại phòng khám dinh dưỡng Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2023

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân, béo phì ở đối tượng nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 216 trẻ đến khám tại phòng khám dinh dưỡng Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 1/1/2023 đến ngày 30/6/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: trẻ dưới 16 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh: trẻ bị tàn tật ảnh hưởng đến việc cân đo như gù vẹo cột sống, dị tật bàn chân; những trẻ đang mắc các dị tật bẩm sinh, bệnh mạn tính như lao, nhiễm HIV/AIDS hoặc các bệnh mà béo phì là một triệu chứng của bệnh.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám Dinh dưỡng Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 01/01/2023 đến ngày 30/6/2023

Thời gian nghiên cứu: tháng 01 đến tháng 9 năm 2023

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

* Cỡ mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ, thực tế chọn được 216 đối tượng đạt tiêu chuẩn.

* Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Chỉ số, biến số trong nghiên cứu

- Thông tin chung: Tuổi, Giới, Địa dư; Cân nặng khi sinh; Số con; Thứ tự con trong gia đình

- Thông tin về chế độ nuôi dưỡng sau khi sinh: bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu; thời điểm ăn dặm; thời điểm cai sữa; thói

quen dinh dưỡng: tốc độ ăn, số lượng ăn, thói quen ăn trước khi đi ngủ.

- Tỷ lệ trẻ thừa cân; béo phì.

- Yếu tố liên quan đến TC-BP: Tuổi; giới; địa dư; cân nặng khi sinh; số con; thứ tự con trong gia đình; bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu; thời điểm ăn dặm; thời điểm cai sữa; thói quen dinh dưỡng: tốc độ ăn, số lượng ăn, thói quen ăn trước khi đi ngủ.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin và cách đánh giá

* Thông tin được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc trẻ theo bộ câu hỏi xây dựng sẵn.

* Thu thập chỉ số nhân trắc: Cân nặng và chiều cao được cân, đo theo qui định chuẩn của Tổ chức y tế thế giới.

- Cân nặng: Dùng cân điện tử TANITA để cân nặng, có khả năng cân được 150kg với độ chính xác 0,1kg, cân được kiểm tra và chỉnh trước khi sử dụng.

- Chiều cao: Dùng thước gỗ rời của Unicef, đơn vị đo chiều cao là cm, độ chính xác 1mm.

* Tiêu chuẩn đánh giá TCBP:

- Trẻ em dưới 5 tuổi: đánh giá chỉ số cân nặng/ chiều cao (Z-Score: đơn vị độ lệch chuẩn) theo tiêu chuẩn đánh giá của WHO năm 2006 [3]. Cụ thể như sau:

Chỉ số Cân nặng/chiều cao	Đánh giá
- 2SD < Z-Score ≤ +2SD	Bình thường
+2 SD < Z-Score ≤ + 3SD	Thừa cân
Z-Score > + 3 SD	Béo phì

- Trẻ em từ 5-19 tuổi: đánh giá chỉ số khối cơ thể của trẻ (BMI- Z-Score) theo tiêu chuẩn đánh giá của WHO năm 2007 [4]. Cụ thể như sau:

Chỉ số BMI theo tuổi	Đánh giá
- 2SD < Z-Score ≤ +1SD	Bình thường
+1 SD < Z-Score ≤ + 2SD	Thừa cân
Z-Score > + 2 SD	Béo phì

2.7. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 để nhập và xử lý số liệu. Mô tả số liệu định lượng bằng tần số và tỉ lệ %, tính OR để tìm yếu tố liên quan giữa TC-BP.

3.1. Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ em dưới 16 tuổi đến khám tại phòng khám dinh dưỡng, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2023

Nghiên cứu thực hiện trên 216 trẻ, trong đó chiếm tỉ lệ cao ở nhóm trẻ trai (chiếm 56,5%), dưới 60 tháng tuổi (chiếm 86,1%), đang sống ở nông thôn (chiếm 50,9%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở đối tượng nghiên cứu (n = 216)

Thừa cân, béo phì	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	161	74,54
Thừa cân – béo phì	55	25,46
Thừa cân	32	14,81
Béo phì	23	10,65
Tổng	216	100

Nhận xét: Tỷ lệ thừa cân béo phì là 25,46%; trong đó tỉ lệ thừa cân là 14,81%, tỉ lệ béo phì là 10,65%.

* Nhóm <60 tháng có 24 trẻ thừa cân chiếm 11,1%, 17 trẻ béo phì chiếm 7,8%. Nhóm trên 60 tháng có 8 trẻ thừa cân chiếm 3,7% và 6 trẻ béo phì chiếm 2,8%.

* Trẻ trai thừa cân chiếm 9,3%, trẻ gái

chiếm 5,6%. Trẻ trai béo phì là 5,6% và trẻ gái béo phì là 5,1%.

* Thành thị có 20 trẻ thừa cân chiếm 9,3%, 16 trẻ béo phì chiếm 7,4%, trong khi đó nông thôn có 20 trẻ thừa cân chiếm 5,6%, 7 trẻ béo phì chiếm 3,2%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa TCBP với một số đặc điểm của trẻ

		TCBP		Bình thường		OR (95%CI)	P
		n	%	n	%		
Giới	Nam	32	14,8	90	41,7	1,1 (0,59 - 2,04)	0,891
	Nữ	23	10,6	71	32,9		
Tuổi	<5 tuổi tháng	41	19	145	67,1	0,323 (0,146-0,717)	0,008
	≥ 5 tuổi	14	6,5	16	7,4		
Nơi sinh sống	Thành thị	36	16,7	74	34,3	2,2 (1,18 – 4,2)	0,012
	Nông thôn	19	8,8	87	40,3		
Cân nặng khi sinh	< 2.500 gr	1	0,5	13	65,7	0,211 (0,027 – 1,65)	0,19
	> 2.500 gr	54	25	148	68,5		
Số con trong gia đình	1 con	15	6,9	57	26,4	0,68 (0,35-1,35)	0,348
	Nhiều con	40	18,5	161	48,1		
Thứ tự con	Con cả	19	8,8	73	33,8	0,636 (0,34-1,2)	0,215
	Con thứ	36	16,7	88	40,7		

Nhận xét: Có mối liên quan giữa thừa cân béo phì với tuổi (OR=0,323; p<0,05) và nơi sinh sống của trẻ (OR=2,2; p<0,05)

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa TCBP với phương pháp nuôi dưỡng trẻ

Đặc điểm		TCBP		Bình thường		OR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
Uống sữa công thức trong 6 tháng đầu	Có	35	16,2	75	34,7	2 (1,07-3,77)	0,043
	Không	20	9,3	86	39,8		
Thời gian trẻ ăn (phút)	< 20	42	19,4	54	25	6,61 (2,87-15,26)	0,001
	20 - 40	8	3,7	68	31,5	1	
	> 40	5	2,3	39	18,1	0,9 (0,32 – 3)	
Thời điểm bắt đầu ăn dặm	< 6 tháng	23	10,6	35	16,2	3,88 (1,88-8,04)	0,001
	≥ 6 tháng	18	8,3	113	52,3		
Thời điểm cai sữa	≥ 24 tháng	4	1,9	43	19,9	3,89	0,024

	< 24 tháng	26	12	73	33,8	(1,25-11,71)	
Số lượng ăn	Nhiều	36	16,7	29	13,4	8,8	0,001
	Không	19	8,8	132	61,1	(4,3- 17,1)	
Trẻ ăn bữa phụ trước khi đi ngủ	Có	31	14,4	38	17,6	4,1	0,001
	Không	24	11,1%	123	56,9	(2,2 – 8,0)	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tình trạng thừa cân béo phì của trẻ với ăn sữa công thức trong 6 tháng đầu (OR = 2; $p < 0,05$); thời gian ăn dưới 20 phút (OR = 6,61; $p < 0,05$); ăn dặm trước 6 tháng (OR = 3,88; $p < 0,05$); thời điểm cai sữa (OR = 3,89; $p < 0,05$); ăn nhiều (OR = 8,8; $p < 0,05$); ăn trước khi đi ngủ (OR = 1; $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng thừa cân, béo phì ở trẻ đến khám tại phòng khám dinh dưỡng bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2023

Nghiên cứu được thực hiện trên 216 trẻ dưới 16 tuổi; trong đó tỉ lệ trẻ trai cao hơn trẻ gái (56,5% so với 43,5%); đa số là trẻ dưới 5 tuổi (chiếm 86,1%); tỷ lệ trẻ sinh sống ở nông thôn và thành thị tương đương nhau (50,9% so với 49,1%).

Tỉ lệ TC-BP của trẻ đến khám tại phòng khám là 25,5% trong đó có 14,8% trẻ thừa cân, 10,6% trẻ béo phì (Bảng 1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tỷ lệ trong nghiên cứu của Alice Goisis và cộng sự nghiên cứu 9.384 trẻ 11 tuổi ở Anh tỉ lệ TC-BP là 26% [5]; của tác giả Cáp Minh Đức và cộng sự của học sinh Trường tiểu học Hồng Thái, huyện An Dương, thành phố Hải Phòng năm 2021 với tỷ lệ thừa cân béo phì là 24,52% [6] và cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Đặng Văn Chúc (2018) tại Kim Động, Hưng Yên là 8,1% [7].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân, béo phì ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. cho thấy lứa tuổi và địa dư có

liên quan với TCBP. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Thái Ngọc Hạnh của học sinh tiểu học tại thành phố Mỹ Tho (2016) cho rằng có sự khác giữa tỉ lệ TCBP của các nhóm tuổi của trẻ ($p < 0,05$) [8], Đỗ Nam Khánh (năm 2020): Nếu lấy trẻ từ 24 - 35,9 tháng tuổi làm tham chiếu thì trẻ từ 48 - 59,9 tháng tuổi có nguy cơ béo phì cao gấp 1,6 lần và trẻ trên 60 tháng tuổi có nguy cơ béo phì cao gấp 5,95 lần [9]. Cũng theo Thái Ngọc Hạnh trẻ sống ở nội thành có tỉ lệ TCBP (47,7%) cao hơn trẻ sống ở ngoại thành (32,9%) ($p = 0,001$) [8].

Bảng 3.3. cho thấy có mối liên quan giữa ăn sữa công thức trong 6 tháng đầu, tốc độ ăn nhanh, thời gian ăn dặm sớm, cai sữa muộn, ăn nhiều, ăn trước khi đi ngủ với TCBP với OR lần lượt là 2,0, 6,61, 3,88, 3,89, 8,8 và 4,1. Đỗ Nam Khánh tại các trường mầm non Hà Nội thấy trẻ được ăn thêm sữa công thức trong 6 tháng đầu có nguy cơ TCBP cao hơn 1,26 lần so với trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu [9]. Tác giả Đỗ Nam Khánh cũng nhận thấy trẻ được cai sữa mẹ trước 24 tháng có nguy cơ TCBP cao hơn 1,21 lần trẻ cai sữa sau 24 tháng [9]. Kết quả về yếu tố trẻ ăn dặm sớm của chúng tôi cũng tương đương của Đỗ Nam Khánh với OR=2,44. Tác giả Ngô Thị Xuân cho thấy trẻ ăn nhẹ, uống sữa trước khi đi ngủ có nguy cơ TCBP cao hơn so với trẻ khác [10]. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Nam Khánh cũng ghi nhận trẻ ăn nhanh khả năng TC - BP tăng 3,2 lần so với nhóm bình thường. Những trẻ ăn nhanh và không nhai kỹ thường có tổng lượng thức ăn ăn vào nhiều hơn so với trẻ bình thường [9].

Kích thích gây ra bởi việc nhai thức ăn làm tăng cảm giác no, vì vậy nên ăn chậm, nhai kỹ giúp hạn chế việc ăn quá nhiều hạn chế nguy cơ TC - BP ở trẻ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ TCBP của trẻ đến khám tại phòng khám: là 25,5%, trong đó có 14,8% trẻ thừa cân, 10,6% trẻ béo phì.

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với TCBP gồm: Trẻ dưới 5 tuổi (OR=0,323), sống ở thành thị (OR=2,2), trẻ được ăn thêm sữa công thức trong 6 tháng đầu (OR=2,0), ăn dặm 6 tháng đầu (OR=3,88), cai sữa trước 24 tháng (OR=3,89), trẻ ăn nhiều (OR=8,8), ăn nhanh <20 phút (OR=6,61), ăn nhẹ/uống sữa trước ngủ (OR=4,1).

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.134.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO** (2021). Obesity and overweight. Available at <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-andoverweight>, accessed 9 June 2021.
2. **Đỗ Thị Phương Hà, Lê Bạch Mai** (2023), Thực trạng thừa cân béo phì ở người trưởng thành giai đoạn 2011-2015. Chiến lược quốc gia dinh dưỡng giai đoạn 2011-2015. 2015, Tạp Chí Y học Việt Nam, 530(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v530i1B.6703>
3. **World Health Organization**, WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-forheight and body mass index-for-age: Methods and development (2006). https://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/. Published 2006. Accessed.
4. **WHO**, **Growth** reference data for 5-19 years: WHO reference 2007. Geneva: World Health Organization (2007).
5. **Goisis A., Sacker A., and Kelly Y**, Why are poorer children at higher risk of obesity and overweight? A UK cohort study. European Journal of Public Health, (2016), 26(1), 7-13.
6. **Cáp Minh Đức, Nguyễn Thị Thanh Nga, Nguyễn Thị Thắm**, Thực trạng thừa cân béo phì của học sinh Trường tiểu học Hồng Thái, huyện An Dương, thành phố Hải Phòng năm 2021, TCNCYH, (2021) 146 (10) – 2021: 203-204
7. **Đặng Văn Chức, Đỗ Hồng Quân, Nguyễn Xuân Hùng và cộng sự**, Một số yếu tố liên quan đến thừa cân béo phì của học sinh Tiểu học Lương Bằng, Kim Động, Hưng Yên năm 2018, Tạp chí Y học dự phòng (2018); 30 (2): 66-71.
8. **Thái Ngọc Hanh**, Thực trạng thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan ở học sinh tiểu học tại thành phố Mỹ Tho năm 2016. [Luận văn Thạc sĩ y học] Trường đại học Y Hà Nội (2020).
9. **Đỗ Nam Khánh**, Nghiên cứu thực trạng thừa cân, béo phì và một số đặc điểm gen, thói quen dinh dưỡng, hoạt động thể lực ở trẻ mầm non. Trường đại học Y Hà Nội (2020).
10. **Ngô Thị Xuân**, Thực trạng thừa cân, béo phì và hiệu quả của một số giải pháp can thiệp ở học sinh tiểu học tại thành phố Bắc Ninh. Trường đại học Y Hà Nội (2020); Tr79-86

THỰC TRẠNG TIÊU CHẢY CẤP VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI KHOA NỘI NHỊ BỆNH VIỆN SẢN NHI HƯNG YÊN NĂM 2023

Phạm Văn Hán¹, Nguyễn Thị Thanh Hữu²,
Cáp Minh Đức¹, Nguyễn Thị Thu Thảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả thực trạng và các yếu tố liên quan đến tiêu chảy cấp ở trẻ dưới 5 tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 355 trẻ điều trị nội trú tại Khoa Nội nhi, Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ mắc tiêu chảy cấp là 57,7%. Các yếu tố liên quan đến tiêu chảy cấp bao gồm: Trẻ < 24 tháng (OR= 2,86; 95%CI: 1,82 - 4,50), không bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (OR= 1,93; 95%CI: 1,23-3,04), trẻ cai sữa trước 18 tháng tuổi (OR= 1,86; 95%CI: 1,18-2,92), trẻ không được tiêm chủng đầy đủ (OR= 3,49; 95%CI: 1,29 - 9,43), trẻ chưa được uống vắc xin Rota (OR= 2,49; 95%CI: 1,18-5,26), tuổi mẹ < 25 tuổi (OR= 5,77; 95%CI: 1,98-16,84). **Kết luận:** Cần phải tăng cường truyền thông giáo dục, tư vấn cho bà mẹ cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, kéo dài đến 18 - 24 tháng tuổi; tư vấn bà mẹ cho trẻ tiêm chủng đầy đủ các mũi tiêm trong chương trình tiêm chủng mở rộng, đặc biệt là cho trẻ uống vắc xin Rotavirus để phòng bệnh tiêu chảy.

Từ khóa: Tiêu chảy cấp, trẻ dưới 5 tuổi, Hưng Yên.

SUMMARY

PREVALENCE OF ACUTE DIARRHEA AND ASSOCIATED FACTORS AMONG CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRICS, HUNG YEN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2023

Objective: The study aims to describe the current situation and some factors related to acute diarrhea in children under 5 years old. **Subject and method:** A cross-sectional study was conducted on 355 children treated as inpatients at the Department of Pediatrics, Hung Yen Obstetrics and Pediatrics Hospital, from March to June 2023. **Results:** The percentage of children with acute diarrhea was 57.7%. Factors related to acute diarrhea included children under 24 months (OR=2.86; 95%CI: 1.82-4.50), not being exclusively breastfed in the first 6 months (OR=1.93; 95%CI: 1.23-3.04), children weaned before 18 months of age (OR=1.86; 95%CI: 1.18-2.92), children not fully vaccinated (OR=3.49; 95%CI: 1.29-9.43), children who have not received the Rota vaccine (OR=2.49; 95%CI: 1.18-5.26), and mothers aged < 25 (OR=5.77; 95%CI: 1.98-16.84). **Conclusion:** It is necessary to strengthen communication, education, and advice for mothers to exclusively breastfeed their children for the first 6 months, continuing until 18-24 months. Additionally, it is advised that mothers ensure their children receive full vaccinations as part of the expanded vaccination program, with particular emphasis on administering the Rotavirus vaccine to prevent diarrhea.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Sản nhi Hưng Yên

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hán

Email: pvhan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 5/3/2024

Ngày duyệt bài: 11/4/2024

Keywords: Acute diarrhea, children under 5 years, Hung Yen.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu chảy là một trong những nguyên nhân chính gây ra gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới, mặc dù đã có những tiến bộ đáng kể về tình trạng vệ sinh và nhận thức về sức khỏe cộng đồng [1].

Trên toàn thế giới, hơn 4,4 tỷ trường hợp và 1,6 triệu ca tử vong (đứng thứ tám trong số nguyên nhân gây tử vong phổ biến) do tiêu chảy [1], gây ra gánh nặng về chi phí y tế và chăm sóc sức khỏe đáng kể cũng như tác động kinh tế đến xã hội. Hơn 0,5 triệu ca tử vong xảy ra ở trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn cầu vào năm 2017, 88% trong số đó xảy ra ở Nam Á và châu Phi cận Sahara [2]. Việt Nam có nền kinh tế đang phát triển nhanh chóng nhưng bệnh tiêu chảy vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi [3]. Bệnh tiêu chảy nằm trong 10 bệnh dẫn đầu về tỷ lệ mắc và tử vong trong số các bệnh truyền nhiễm cần khai báo. Từ năm 2010 trở lại đây, có khoảng 500.000 đến 900.000 trường hợp tiêu chảy, trong đó có khoảng 10 trường hợp tử vong được báo cáo mỗi năm [4].

Trẻ dưới 5 tuổi là đối tượng dễ mắc bệnh tiêu chảy nhất, đặc biệt trong 2 năm đầu đời [5]. Theo một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện ở Đông Ethiopia, các yếu tố nguy cơ chính gây tiêu chảy bao gồm thực hành xử lý chất thải không đúng cách, thiếu phương tiện rửa tay, sống ở khu vực nông thôn và hộ gia đình có từ 2 trẻ dưới 5 tuổi trở lên có liên quan đáng kể đến tỷ lệ mắc bệnh tiêu chảy [5]. Nghiên cứu thực hiện ở Bangladesh cho thấy một số yếu tố như tuổi của trẻ, nghề nghiệp của bà mẹ, khu dân cư

và loại nhà vệ sinh đã được tìm thấy có liên quan đáng kể với tỷ lệ mắc bệnh tiêu chảy [6]. Các yếu tố nguy cơ gây bệnh tiêu chảy ở Việt Nam bao gồm giới tính nam, độ tuổi dưới 2 tuổi, hộ gia đình đông đúc và thói quen vệ sinh kém, nguồn nước sử dụng trong sinh hoạt hàng ngày, nước uống và loại nhà vệ sinh [7-9].

Khoa Nội nhi, Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên mỗi tháng tiếp nhận khoảng 130 trẻ nhập viện điều trị nội trú. Theo tìm hiểu của chúng tôi chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu thực trạng trẻ mắc TCC và yếu tố liên quan tại đây, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu mô tả thực trạng và các yếu tố liên quan đến mắc TCC của trẻ dưới 5 tuổi tại Khoa Nội nhi Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ em dưới 5 tuổi và mẹ của trẻ.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bà mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu, có khả năng trả lời phỏng vấn, không mắc các bệnh liên quan đến tâm thần kinh...

Tiêu chuẩn loại trừ: Bà mẹ không phải là người trực tiếp chăm sóc trẻ (điều tra viên hỏi bà mẹ nếu không phải là người trực tiếp chăm sóc trẻ trong vòng 6 tháng trở lại đây sẽ loại trừ đối tượng). Trẻ vào viện điều trị, sau đó 48 giờ xuất hiện TCC được coi như là một nhiễm khuẩn bệnh viện.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại khoa Nội nhi, Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên, trong giới hạn từ 3/2023 - 6/2023.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ, sử dụng sai số tuyệt đối:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu. α : Độ tin cậy của nghiên cứu, chọn $\alpha = 0,05$, tra bảng ta có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. p: Tỷ lệ trẻ mắc TCC, lấy $p = 63,8\%$ tham khảo theo nghiên cứu của tác giả Bùi Đức Hữu, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng [10]. d: Độ chính xác tuyệt đối, chọn $d = 0,05$. Tính được cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu $n = 355$ trẻ. Thực tế chúng tôi triển khai nghiên cứu trên 355 trẻ.

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chúng tôi tiến hành chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả các trẻ đến khám và nhập viện tại Khoa Nội Nhi, Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.6. Biến số nghiên cứu

Biến độc lập: Yếu tố từ phía trẻ: Tuổi, giới tính, cân nặng sơ sinh, cân nặng hiện tại, bú mẹ hoàn toàn, thời gian cai sữa, mắc bệnh nhiễm khuẩn, tiêm chủng đầy đủ, uống vắc xin Rota, trẻ có/không đi học mẫu giáo. Yếu tố từ phía bà mẹ/gia đình: Tuổi mẹ, địa dư, trình độ học vấn, nghề nghiệp của mẹ, thu nhập bình quân hàng tháng của gia đình, nguồn nước sử dụng, loại hố xí sử dụng. **Biến phụ thuộc:** Trẻ có/không mắc TCC, tình trạng mất nước, điện giải đồ, nguyên nhân TCC.

Tiêu chuẩn đánh giá:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán TCC: Theo Hướng dẫn xử trí tiêu chảy ở trẻ em của Bộ Y tế, trẻ đi ngoài phân lỏng hoặc toé nước từ 3 lần trở lên trong 24 giờ. Thời gian bị bệnh dưới 14 ngày [11].

- Đánh giá và phân loại lâm sàng tiêu chảy mất nước: Mất nước nặng: Khi có hai trong các dấu hiệu sau: Li bì hoặc khó đánh thức; mắt trũng; không uống được nước

hoặc; uống kém; nếp véo da mất rất chậm. Có mất nước: Khi có hai trong các dấu hiệu sau: Vật vã, kích thích; mắt trũng; uống háo hức, khát; nếp véo da mất chậm. Không mất nước: Không đủ các dấu hiệu để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng [11].

- Tiêu chuẩn phân loại mất nước dựa vào nồng độ Natri máu: Theo Hướng dẫn xử trí tiêu chảy ở trẻ em của Bộ Y tế, phân loại thành mất nước đẳng trương, mất nước ưu trương và mất nước nhược trương [11].

- Tiêu chuẩn đánh giá kinh tế hộ gia đình: Hộ gia đình có thu nhập bình quân đầu người/tháng từ 1.500.000 đồng trở xuống (nông thôn) và thu nhập bình quân đầu người/tháng từ 2.000.000 đồng trở xuống (thành thị) [12].

- Tiêu chuẩn đánh giá suy dinh dưỡng nhẹ cân: Dựa theo tiêu chuẩn của WHO theo chuẩn tăng trưởng năm 2006 [13]: Chỉ số cân nặng theo tuổi từ $< -2SD$.

- Tiêu chuẩn đánh giá tiêm chủng đầy đủ: Đánh giá tiêm chủng đầy đủ các mũi tiêm trong Chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia cho trẻ dưới 1 tuổi. Căn cứ theo Quyết định số 845/2010/QĐ-BYT ngày 17/03/2010 của Bộ Y tế: Một trẻ được đánh giá tiêm chủng đầy đủ khi trẻ nhận được đủ 8 loại vắc xin và đủ liều: 1 mũi BCG, 3 mũi DPT-VGB-Hib, 3 lần uống OPV và 1 mũi sởi [14].

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Tất cả trẻ vào viện đều được các bác sĩ chuyên khoa nhi hỏi bệnh, khám lâm sàng để xác định chẩn đoán TCC. Các xét nghiệm điện giải đồ, xét nghiệm vi sinh tìm nguyên nhân TCC được tiến hành tại Khoa xét nghiệm Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên. Phòng vấn trực tiếp bà mẹ để thu thập các yếu tố liên quan đến TCC.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm STATA 17. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %. Sử dụng test thống kê Chi-square test, Fisher's exact test tính giá trị OR với độ tin cậy 95% để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ TCC và các yếu tố. Phân tích đơn biến để tìm các yếu tố liên quan đến TCC. Ngưỡng ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo Đề cương đã được Hội đồng Trường Đại học Y Dược Hải

Phòng phê duyệt và được sự đồng ý của Ban Giám đốc, lãnh đạo Khoa Nội Nhi, Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên. Nghiên cứu được sự đồng thuận của gia đình bệnh nhân. Thông tin về đối tượng tham gia nghiên cứu được mã hoá, bảo mật, và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên tổng số 355 trẻ dưới 5 tuổi, tỷ lệ trẻ trai là 57,7%; trẻ gái là 42,3%. Nhóm tuổi < 24 tháng chiếm tỷ lệ 66,2%.

Bảng 1. Thực trạng tiêu chảy cấp của trẻ ($n = 355$)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiêu chảy cấp	Có	205	57,7
	Không	150	42,3
Tình trạng mất nước	Không mất nước	4	2,0
	Có mất nước	200	97,5
	Mất nước nặng	1	0,5
Điện giải đồ	Đẳng trương	197	98,0
	Nhược trương	3	1,5
	Ưu trương	1	0,5
Nguyên nhân	Virus (Rotavirus)	38	18,5
	Vi khuẩn	155	75,6
	Khác (do ký sinh trùng hoặc chưa phân lập được)	12	5,9

Nhận xét: Tỷ lệ mắc tiêu chảy cấp tại Khoa Nội nhi là 57,7%. Tỷ lệ trẻ TCC có mất nước chiếm tỷ lệ cao nhất (97,5%). Có 201 trẻ có mất nước và mất nước nặng được làm xét nghiệm điện giải đồ, tỷ lệ trẻ mất

nước đẳng trương cao nhất (98,0%). Tỷ lệ trẻ mắc tiêu chảy do vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất (75,6%), tiếp theo là nguyên nhân do virus 18,5% và thấp nhất là do ký sinh trùng/chưa phân lập được 5,9%.

Bảng 2. Yếu tố liên quan đến tiêu chảy cấp ($n = 355$)

Biến số		Tiêu chảy cấp n (%)	Không tiêu chảy cấp n (%)	OR 95%CI	P
Yếu tố từ phía trẻ					
Nhóm tuổi	< 24 tháng	156 (66,4)	79 (33,6)	2,86	< 0,001
	≥ 24 tháng	49 (40,8)	71 (59,2)	1,82 - 4,50	
Giới tính	Trai	120 (58,5)	85 (41,5)	1,08	0,72
	Gái	85 (56,7)	65 (43,3)	0,71 - 1,65	

Cân nặng sơ sinh	< 2500 gram	8 (80,0)	2 (20,0)	3,01	0,26*
	≥ 2500 gram	197 (57,1)	148 (42,9)	0,63 - 14,36	
Nhẹ cân	Có	6 (75,0)	2 (25,0)	2,23	0,53*
	Không	199 (57,3)	148 (42,7)	0,44 - 11,21	
Bú mẹ trong 6 tháng đầu	Không	88 (67,7)	42 (32,3)	1,93	0,004
	Có	117 (52,0)	108 (48,0)	1,23 - 3,04	
Thời gian cai sữa	< 18 tháng	86 (67,2)	42 (32,8)	1,86	0,007
	18 - 24 tháng	119 (52,4)	108 (47,6)	1,18 - 2,92	
Nhiễm khuẩn	Có	77 (55,1)	79 (44,9)	0,64	0,04
	Không	108 (60,3)	71 (39,7)	0,41 - 1,00	
Tiêm chủng	Không đầy đủ	22 (81,5)	5 (18,5)	3,49	0,009
	Đầy đủ	183 (55,8)	145 (44,2)	1,29 - 9,43	
Uống vắc xin Rota	Không	31 (75,6)	10 (24,4)	2,49	0,01
	Có	174 (55,4)	140 (44,6)	1,18 - 5,26	
Yếu tố từ phía bà mẹ/gia đình					
Tuổi mẹ	< 25 tuổi	28 (87,5)	4 (22,5)	5,77	< 0,001
	≥ 25 tuổi	177 (54,8)	146 (45,2)	1,98 - 16,84	
Trình độ học vấn	Từ THPT trở xuống	142 (54,8)	117 (45,2)	0,64	0,07
	Trên THPT	63 (65,6)	33 (34,4)	0,39 - 1,04	
Kinh tế	Nghèo	8 (72,7)	3 (36,4)	1,99	0,48*
	Không nghèo	197 (57,3)	147 (42,7)	0,52 - 7,63	
Địa dư	Thành phố	51 (63,0)	30 (37,0)	1,32	0,28
	Nông thôn	154 (56,2)	120 (43,8)	0,79 - 2,21	
Nguồn nước sử dụng	Giếng	14 (70,0)	6 (30,0)	1,76	0,25
	Máy	191 (57,0)	144 (43,0)	0,66 - 4,69	
Loại hố xí sử dụng	Tự hoại	201 (57,6)	148 (42,4)	0,68	0,66
	Khác	4 (66,7)	2 (33,3)	0,12 - 3,76	

*Fisher's exact test

Nhận xét: Các yếu tố liên quan đến TCC bao gồm: Trẻ < 24 tháng (OR= 2,86; 95%CI: 1,82 - 4,50), không bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (OR= 1,93; 95%CI: 1,23-3,04), trẻ cai sữa trước 18 tháng tuổi (OR= 1,86; 95%CI: 1,18-2,92), trẻ không được tiêm chủng đầy đủ (OR= 3,49; 95%CI: 1,29 - 9,43), trẻ chưa được uống vắc xin Rota (OR= 2,49; 95%CI: 1,18-5,26), tuổi mẹ < 25 tuổi (OR= 5,77; 95%CI: 1,98-16,84).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng tiêu chảy cấp của trẻ

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng số 355 trẻ nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Nội nhi Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên trong thời gian từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 6 năm 2023, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ TCC là 57,7%. Như vậy, hơn một nửa số trẻ em mắc bệnh TCC trong khoảng thời gian nghiên cứu. Điều này được giải thích là do nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Nội nhi nơi điều trị các bệnh tiêu hóa trẻ em trong đó bệnh TCC là bệnh phổ biến nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng

tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2017, trong số 287 đối tượng nghiên cứu dưới 5 tuổi, có 183 trẻ mắc TCC, tỷ lệ mắc TCC là 63,8% [10]; cao hơn kết quả nghiên cứu tiến hành từ tháng 1/2015 đến 7/2015 tại xã Minh Khai, huyện Hoài Đức, Hà Nội (22,2%) [15]. Các nghiên cứu này có tỷ lệ trẻ mắc TCC thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi, điều này được giải thích vì các nghiên cứu tiến hành ngoài cộng đồng trong khi nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong bệnh viện và tại khoa chuyên điều trị về TCC ở trẻ.

4.2. Các yếu tố liên quan đến tiêu chảy cấp của trẻ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trẻ < 24 tháng mắc TCC là 66,4%; ≥ 24 tháng là 40,8%. Trẻ < 24 tháng nguy cơ mắc TCC cao hơn so với trẻ ≥ 24 tháng (OR = 2,86; 95%CI: 1,82 - 4,50). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này có thể là do kháng thể của mẹ đang suy giảm hoặc khả năng miễn dịch của trẻ chưa đủ trưởng thành để bảo vệ khỏi nhiễm trùng, cũng như việc cho trẻ ăn bổ sung có thể bị ô nhiễm bởi nhiều sinh vật gây bệnh khác nhau. Ngoài ra, ở độ tuổi này, trẻ bắt đầu bò và thử nghiệm mọi thứ bằng miệng nên dễ bị nhiễm các mầm bệnh trong môi trường gây tiêu chảy. Điều đó cho thấy rằng vì trẻ em ở các nhóm tuổi này dễ bị tổn thương hơn nên chúng cần được chăm sóc đặc biệt. Kết quả nghiên cứu tại xã Minh Khai, huyện Hoài Đức, Hà Nội cũng cho thấy có mối liên quan giữa tuổi và TCC, nhóm tuổi 6-12 tháng có nguy cơ mắc tiêu chảy cao gấp 2,04 lần nhóm tuổi 13 - 24 tháng ($p < 0,05$) [15].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trẻ

không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu dễ bị tiêu chảy hơn, trẻ không bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu mắc TCC cao hơn so với trẻ được bú mẹ hoàn toàn (OR = 1,93; $p < 0,01$). Trẻ cai sữa trước 18 tháng tuổi mắc TCC (67,2%) cao hơn so với trẻ cai sữa từ 18 - 24 tháng (52,4%). Sự khác biệt giữa thời gian cai sữa và nguy cơ mắc TCC là có ý nghĩa thống kê với OR = 1,86; $p < 0,01$. Tương đồng với kết quả nghiên cứu khác tại Hà Nội [15].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trẻ không được tiêm chủng đầy đủ các mũi vắc xin theo độ tuổi mắc TCC là 81,5% so với 55,8% ở trẻ được tiêm chủng đầy đủ. Trẻ không được tiêm chủng đầy đủ có nguy cơ mắc TCC cao hơn so với trẻ được tiêm chủng đầy đủ (OR= 3,49; 95%CI: 1,29 - 9,43). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, trẻ không được tiêm chủng đầy đủ thì nguy cơ mắc TCC tăng lên 2,5 lần so với trẻ được tiêm chủng đầy đủ ($p < 0,05$) [10].

Rotavirus có thể gây tiêu chảy mất nước nghiêm trọng, gần như dẫn đến ước tính khoảng 2 triệu lượt nhập viện và hơn 25 triệu lượt khám ngoại trú trên toàn thế giới [16]. Tại Việt Nam, ngày 15/8/2022, Chính phủ ban hành Nghị quyết số 104/NQ-CP về Lộ trình tăng số lượng vắc-xin trong Chương trình Tiêm chủng mở rộng giai đoạn 2021 - 2030. Theo lộ trình tăng số lượng vắc xin trong chương trình tiêm chủng mở rộng, đưa vắc-xin phòng bệnh do virus Rota từ năm 2022 [17]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trẻ chưa được uống vắc xin Rota mắc TCC (75,6%) cao hơn so với trẻ đã

uống vắc xin Rota (55,4%). Sự khác biệt giữa uống vắc xin Rota và nguy cơ mắc TCC là có ý nghĩa thống kê với $OR = 2,49$; $p < 0,05$. Phát hiện này nhất quán với nghiên cứu trước đây về hiệu quả của vắc xin rotavirus trong việc ngăn ngừa tiêu chảy [18].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bà mẹ < 25 tuổi thì trẻ mắc TCC (87,5%) cao hơn so với trẻ có mẹ ≥ 25 tuổi (54,8%). Sự khác biệt giữa tuổi mẹ và nguy cơ mắc TCC có ý nghĩa thống kê với $OR = 5,77$; 95%CI: 1,98 - 16,84. Điều này có thể được giải thích là do mẹ càng cao tuổi thì càng có nhiều kinh nghiệm, thực hành chăm sóc trẻ tốt hơn so với bà mẹ trẻ tuổi. Trong khi đó kết quả nghiên cứu tại xã Minh Khai, huyện Hoài Đức, Hà Nội cho thấy tỷ lệ trẻ mắc bệnh cao hơn ở bà mẹ từ 35 tuổi trở lên nhưng không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi của mẹ với tình trạng mắc tiêu chảy của trẻ ($p > 0,05$) [15].

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tiêu chảy ở trẻ dưới 5 tuổi khá nhập viện điều trị tại Khoa Nội nhi rất phổ biến. Do đó, cần phải tăng cường truyền thông giáo dục, tư vấn cho bà mẹ cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, kéo dài đến 18 - 24 tháng tuổi; tư vấn bà mẹ cho trẻ tiêm chủng đầy đủ các mũi tiêm trong chương trình tiêm chủng mở rộng, đặc biệt là cho trẻ uống vắc xin Rotavirus để phòng bệnh tiêu chảy.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.233.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD 2016 Diarrhoeal Disease Collaborators.** Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of diarrhoea in 195 countries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Infect Dis* (2018),18: p1211-28.
2. **GBD 2017 Diarrhoeal Disease Collaborators.** Quantifying risks and interventions that have affected the burden of diarrhoea among children younger than 5 years: an analysis of the Global Burden of Disease Study. *Lancet Infect Dis* (2020), 20: p37-59.
3. **Troeger C., Forouzanfar M., Rao P.C., et al.** Estimates of global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of diarrhoeal diseases: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect Dis* (2017), 17: p909-48.
4. **WHO.** Bệnh Tiêu chảy cấp và bệnh Tả ở Việt Nam September 5th, 2023. Available from: <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/cholera>.
5. **Mengistie B, Berhane Y, Worku A.** Prevalence of diarrhea and associated risk factors among children under-five years of age in Eastern Ethiopia: A cross-sectional study. *Open J Prev Med* (2013), 3(7): p446-45.
6. **Sarker AR, Sultana M, Mahumud RA, et al.** Prevalence and health care - Seeking behavior for childhood diarrheal disease in Bangladesh. *Glob Pediatr Health* (2016); 3: p1-12.
7. **Vu Nguyen T, Le Van P, Le Huy C, et al.** Etiology and epidemiology of diarrhea in children in Hanoi, Vietnam. *Int J Infect Dis* (2006), 10: p298-3082.

8. **Takanashi K., Chonan Y., Quyen D.T., et al.** Survey of food-hygiene practices at home and childhood diarrhoea in Hanoi, Viet Nam *J Health Popul Nutr* (2009), 27: p602–11.
9. **Iwashita H, Tokizawa A, Thiem VD, et al.** Risk Factors Associated with Diarrheal Episodes in an Agricultural Community in Nam Dinh Province, Vietnam: A Prospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health* (2022), 19(4): p24562.
10. **Bùi Đức Hữu.** Thực trạng tiêu chảy cấp và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi tại khoa tiêu hóa bệnh viện trẻ em Hải Phòng năm 2017 [Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng]: Trường Đại học Y Dược Hải Phòng; 2017.
11. **Bộ Y tế.** Tài liệu Hướng dẫn xử trí tiêu chảy ở trẻ em Ban hành kèm theo Quyết định số 4121/QĐ-BYT ngày 28/10/2009. 2009.
12. **Chính phủ.** Nghị định số 07/2021/NĐ-CP Quy định chuẩn nghèo đa chiều giai đoạn 2021-2025. 2021.
13. **WHO.** Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. 2006.
14. **Bộ Y tế.** Quyết định số 845/QĐ-BYT ngày 17 tháng 03 năm 2010 Về lịch tiêm các vắc xin phòng lao, viêm gan B, bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt, sởi, Hib trong Dự án Tiêm chủng mở rộng Quốc gia. 2010.
15. **Phạm Văn Hùng, Đoàn Hữu Thiện, Trần Hồng Trâm.** Thực trạng mắc tiêu chảy của trẻ từ 6 - 24 tháng tuổi tại xã Minh Khai, huyện Hoài Đức, Hà Nội và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* (2022), 153(5): p201.
16. **Kumar C.G., Giri S., Chawla-Sarkar M., et al.** Epidemiology of rotavirus diarrhea among children less than 5 years hospitalized with acute gastroenteritis prior to rotavirus vaccine introduction in India. *Vaccine* (2020), 38(51): p8154-60.
17. **Chính phủ.** Nghị quyết số 104/NQ-CP ngày 15 tháng 8 năm 2022 về Lộ trình tăng số lượng vắc-xin trong Chương trình Tiêm chủng mở rộng giai đoạn 2021 - 2030. 2022.
18. **Dhalaria P, Kapur S, Singh AK, et al.** Potential impact of rotavirus vaccination on reduction of childhood diarrheal disease in India: An analysis of National Family Health Survey-5. *Vaccine X* (2023), 14: p1003191.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN LAO XƯƠNG KHỚP TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG 2019-2023

Nguyễn Đức Thọ¹, Nguyễn Tuấn Anh², Đỗ Thị Hảo¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lao xương khớp là thể lao ngoài phổi ít gặp và khó chẩn đoán, thường để lại di chứng ảnh hưởng đến vận động. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân lao xương khớp tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 2019-2023. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang và chọn mẫu thuận tiện trên 55 bệnh nhân lao xương khớp nằm điều trị tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng trong đó có 37 trường hợp lao cột sống và 18 bệnh nhân lao các xương khớp khác. **Kết quả:** Tuổi của bệnh nhân lao xương khớp chủ yếu là ≥ 50 chiếm 69,1%, trung bình là $53,8 \pm 15,4$. Nam giới chiếm 67,3%; cao gấp 1,9 lần nữ. Lao phổi phối hợp chiếm 14,5%. Có 67,3% bệnh nhân được chẩn đoán bệnh trước 2 tháng. Đau và hạn chế vận động là triệu chứng thường gặp nhất và cũng là nguyên nhân chính khiến người bệnh đi khám và nhập viện. Lao cột sống chiếm tỉ lệ cao nhất (67,3%) trong đó cột sống thắt lưng chiếm 62,2%. Triệu chứng gù, vẹo cột sống chiếm 24,3%, tổn thương 2 đốt sống trở lên chiếm 91,9%. Trong lao cột sống tổn thương Xquang thường quy chủ yếu là hẹp khe khớp (66,7%), tổn thương mặt khớp (81,0%), xẹp đốt sống (47,6%), Hình ảnh MRI có 83,9% tổn thương

thân đốt, 67,7% tổn thương đĩa đệm, áp xe lạnh chiếm 41,9% và 35,5% có tổn thương mô mềm. Quantiferon TB dương tính chiếm 71,9%. **Kết luận:** tuổi của bệnh nhân mắc lao xương khớp có xu hướng tăng lên và thường được phát hiện sớm do người bệnh đi khám bệnh sớm và hỗ trợ chẩn đoán của các kỹ thuật mới như Quantiferon, MRI. Kết quả nghiên cứu gợi ý áp dụng những phương pháp hiện đại cho người bệnh có đau và hạn chế vận động xương khớp để chẩn đoán và điều trị sớm bệnh lao để hạn chế biến chứng, di chứng.

Từ khóa: lao xương khớp, lao cột sống, Bệnh viện Phổi Hải Phòng

SUMMARY

CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BONES AND JOINTS TUBERCULOSIS AT HAIPHONG LUNG HOSPITAL 2019-2023

Background: Bone and joint tuberculosis (TB) is a rare form of extrapulmonary tuberculosis that is difficult to diagnose, often leaving sequelae that affect movement. **Objectives:** to describe the clinical and sub-clinical characteristics of patients with bones and joints tuberculosis at Haiphong Lung Hospital from 2019 to 2023. **Subjects and method:** We used a retrospective cross-sectional study and convenient sampling collection 55 patients with bones and joints tuberculosis treated at Haiphong lung hospital including 37 cases of spinal TB and 18 patients with tuberculosis of other bones and joints. **Results:** The ages of bone and joint tuberculosis patients was mainly ≥ 50 years old,

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Phổi Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thọ

Email: ndtho@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 7/3/2024

Ngày duyệt bài: 15/4/2024

accounting for 69.1%, means of ages was 53.8 ± 15.4 . Men accounted for 67.3%, 1.9 times higher than women (32.7%). Combination with pulmonary TB accounted for 14.5%. There was 67.3% of patients were diagnosed under 2 months. Pain and limited movement were the most common symptoms and also the main reasons why patients went to the doctor and hospitalized. Spinal TB accounted for the highest rate (67.3%), of which lumbar spine accounted for 62.2%. Symptoms of kyphosis and scoliosis accounted for 24.3%, injury 2 or more vertebrae accounting for 91.9%. In spinal tuberculosis, regular X-ray lesions were mainly joint space narrowing (66.7%), joint surface damage (81.0%), vertebral collapse (47.6%). MRI images showed 83.9% vertebral body lesions, 67.7% of spinal disc damage, cold absces accounting for 41.9%, Soft tissue injuries accounting for 35.5%. Positive Quantiferon TB accounted for 71.9%.

Conclusion: The age of bones and joints tuberculosis patients tends to increase and is often detected early because patients go to the doctor early and support the diagnosis of new techniques such as Quantiferon and MRI. Research results suggest applying modern methods for patients with pain and limited movement bones and joints mobility to diagnose and treat tuberculosis early to limit complications and sequelaes.

Keywords: Joints tuberculosis Tuberculosis, Spinal tuberculosis, Hai Phong Lung Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2022 trên thế giới có 10,6 triệu người mắc lao mới, 1,4 triệu người tử vong [1]. Lao ngoài phổi chiếm khoảng 15% và có xu hướng gia tăng [2]. Lao xương khớp là thể lao ít gặp nhưng chẩn đoán thường khó do triệu chứng âm thầm, diễn biến kéo dài và

áp dụng các kỹ thuật chẩn đoán còn chưa đồng đều ở các tuyến [3]. Chẩn đoán và điều trị muộn sẽ để lại nhiều biến chứng và di chứng cho người bệnh, có thể dẫn tới tàn phế. Trong khi sinh thiết cột sống khó thực hiện, xét nghiệm vi khuẩn ở ổ áp-xe thường ở giai đoạn muộn nên chẩn đoán vẫn phụ thuộc nhiều vào các triệu chứng lâm sàng, xquang thường quy và sự hỗ trợ rất lớn của xét nghiệm Quantiferon TB và chụp MRI. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân lao xương khớp tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 2019-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Đối tượng: gồm 55 bệnh nhân (BN) lao xương khớp nằm điều trị tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 1/2019 đến 6/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao xương khớp trên 15 tuổi được điều trị lao theo phác đồ 2RHZE/10RHE tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 1/2019 đến 6/2023.

- Chẩn đoán lao xương khớp

+ Lâm sàng: các triệu chứng dai dẳng như đau, hạn chế vận động, biến dạng xương khớp, sốt nhẹ về chiều, mệt mỏi, chán ăn, gầy sút cân.

+ Cận lâm sàng: Có tổn thương nghi lao trên Xquang thường quy, MRI hay CT như hẹp khe khớp, tổn thương thân đốt, mô mềm, áp xe lạnh, xẹp hình chêm..., xét nghiệm Quantiferon TB dương tính.

+ Có tổn thương lao phổi phối hợp.

+ Điều trị lao có tiến triển tốt.

+ Có yếu tố xác định chẩn đoán như: Xét nghiệm tìm thấy vi khuẩn lao trong ổ áp-xe lạnh hay dịch ổ khớp hoặc sinh thiết xương khớp có tổn thương nang lao.

- Tiêu chuẩn loại trừ: những BN không đủ tiêu chuẩn lựa chọn, bệnh án không đủ thông tin hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu
- Cỡ mẫu: 55 bệnh nhân lao xương khớp được chọn theo phương pháp thuận tiện.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm của đối tượng: tuổi, giới, nghề nghiệp, tiền sử điều trị lao.

- Triệu chứng lâm sàng

+ Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi được chẩn đoán và điều trị.

+ Triệu chứng cơ năng (đau, hạn chế vận động xương khớp), toàn thân (sốt về chiều,

mệt mỏi, gầy sút...), triệu chứng thực thể (sưng, biến dạng xương khớp, áp xe lạnh...).

- Cận lâm sàng

+ Tổn thương xương khớp trên Xquang thường quy

+ Tổn thương xương khớp trên MRI

+ Xét nghiệm Quantiferon TB.

2.4. Thu thập thông tin

Thu thập qua bệnh án lưu trữ tại Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Phổi Hải Phòng theo mẫu bệnh án nghiên cứu riêng.

2.5. Xử lý số liệu: số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán tính: tỷ lệ phần trăm, trị số trung bình.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học của trường Đại học Y Dược Hải Phòng (quyết định 711/QĐ-YDHP) và sự đồng thuận của người bệnh. Các thông tin được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi và nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

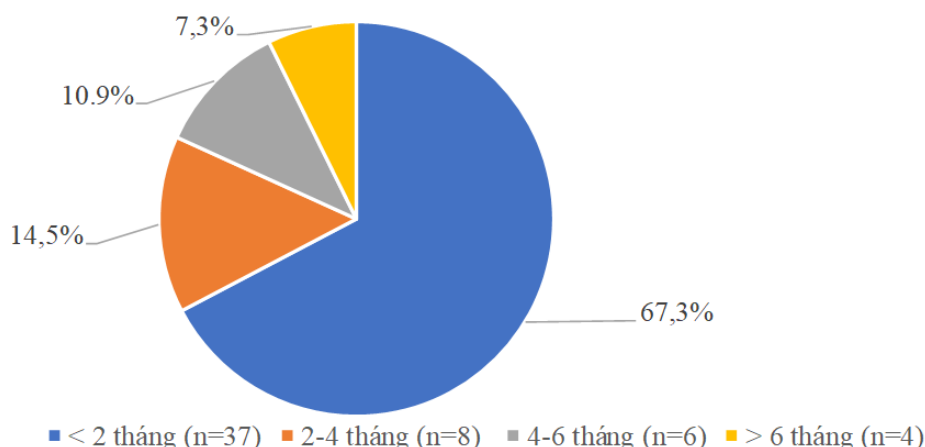
Tuổi	n = 55	Tỉ lệ %	Nghề nghiệp	n = 55	Tỉ lệ %
16 - 29	3	5,5	Công nhân	3	5,5
30 - 39	10	18,2	Lao động tự do	23	41,8
40 - 49	4	7,3	Học sinh sinh viên	3	5,5
50 - 59	18	32,7	Nông dân	17	30,9
≥ 60	20	36,4	Hưu trí	9	16,4
Trung bình tuổi $53,8 \pm 15,41$; thấp nhất 16 tuổi, cao nhất 80 tuổi					

Nhận xét: Lao xương khớp chủ yếu gặp ở nhóm từ 50 tuổi trở lên (79,1%), trung bình $53,8 \pm 15,41$. Nghề lao động tự do chiếm 41,8%, nông dân chiếm 30,9%.

- Giới nam 37/55BN chiếm tỉ lệ 67,3% cao gấp 1,9 lần nữ (18/55 BN chiếm 32,7%).

- Có 8 BN phối hợp với lao phổi chiếm 14,5%.

- Bệnh nhân đến viện vì đau xương khớp chiếm 89,1%; các lí do khác chiếm 10,9%.



Hình 3.1. Thời gian chẩn đoán của bệnh nhân lao xương khớp (n=55)

Nhận xét: Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi được chẩn đoán của bệnh nhân lao xương khớp trước 2 tháng chiếm 67,3%, trung bình là $2,54 \pm 2,86$ tháng.

Bảng 3.2. Triệu chứng của bệnh nhân lao xương khớp (n=55)

Triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ %	Triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Sốt	12	21,8	Ra mồ hôi trộm	5	9,1
Sút cân	23	41,8	Đau khớp	55	100,0
Mệt mỏi	55	100,0	Cứng khớp	7	12,7
Da xanh	17	30,9	Hạn chế vận động	54	98,2

Nhận xét: Triệu chứng chính của lao xương khớp là đau, hạn chế động tác, mệt mỏi, sút cân. Triệu chứng ít gặp hơn là sốt về chiều, ra mồ hôi trộm, cứng khớp.

- Vị trí tổn thương: Cột sống 37/55 BN chiếm 67,3%; khớp háng 4/55 BN chiếm 7,3%; khớp gối 7/55 BN chiếm 12,7%; các vị trí khác 7/55 BN chiếm 12,7%.

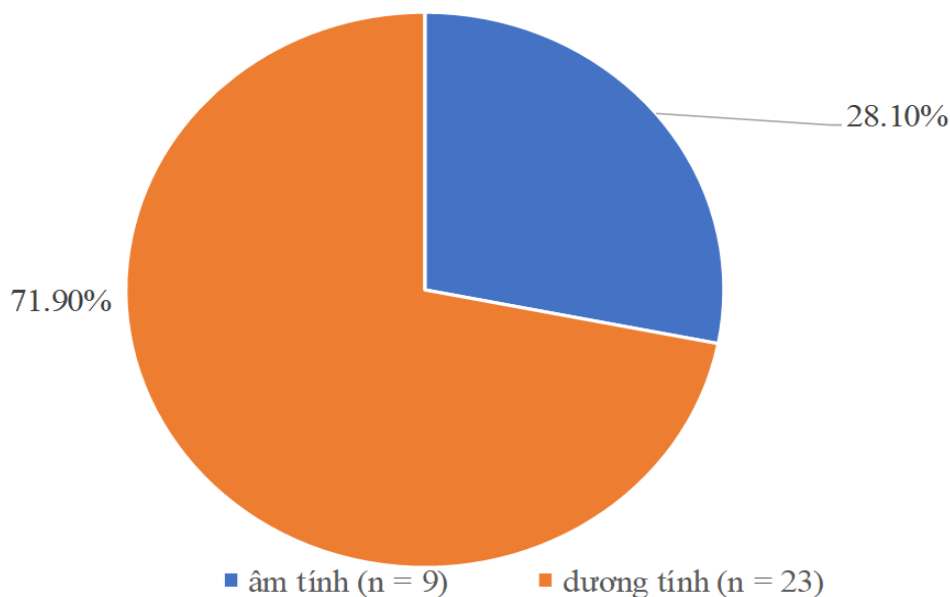
- Trong lao cột sống: 3/37 BN tổn thương đốt sống cổ chiếm 8,1%; 11/37 BN tổn thương đốt sống ngực chiếm 29,7%; 23/37 BN tổn thương đốt sống thắt lưng chiếm 62,2%; không bệnh nhân nào tổn thương vùng cùng-cụt.

Bảng 3.3. Triệu chứng thực thể của bệnh lao cột sống (n = 37)

Triệu chứng thực thể	Số lượng	Tỉ lệ %
Sưng khớp	3	8,1
Nóng ổ khớp	2	5,4
Gù	6	16,2
Vẹo	3	8,1
Rò mủ	7	18,9
Liệt	0	0,0

Nhận xét: Bệnh nhân bị biến dạng cột sống 16,2% gù; 8,2% vẹo; có 18,9% có áp-xe lạnh dò

- Tổn thương cột sống: 1 đốt sống 3/37 BN chiếm 8,1%; từ 2 đốt sống trở lên 34/37 BN chiếm 91,9%.



Hình 3.2. Kết quả xét nghiệm Quantiferon TB của bệnh nhân lao xương khớp (n = 32)

Nhận xét: Xét nghiệm Quantiferon TB dương tính ở bệnh nhân lao xương khớp chiếm 71,9%

Bảng 3.4. Tổn thương cột sống trên film Xquang cột sống thường quy (n = 21)

Tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ %	Tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ %
TT mặt khớp	17	81,0	Xẹp hình chêm	3	14,3
Hẹp khe khớp	14	66,7	Khuyết xương	3	14,3
Dính khớp	3	14,3	Gai xương	13	61,9
Xẹp đốt sống	10	47,6	Áp xe lạnh	4	19,0

TT: tổn thương

Nhận xét: Gặp chủ yếu là tổn thương mặt khớp (81%); hẹp khe khớp (66,7%) và gai xương (61,9%); 47,6% xẹp đốt sống; 19% có áp xe lạnh cạnh cột sống; thấp nhất là dính khớp, xẹp hình chêm, khuyết xương cùng chiếm 14,3%.

Bảng 3.5. Tổn thương cột sống trên phim cộng hưởng từ (n = 31)

Tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ %	Tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ %
Áp xe lạnh	13	41,9	Gai xương	16	51,6
Xẹp đốt sống	9	29,0	TT mô mềm	11	35,5
Khuyết xương	6	19,4	Hẹp khe khớp	20	64,5
Tiêu xương	13	41,9	TT thân đốt	26	83,9
TT đĩa đệm	21	67,7			

TT: tổn thương

Nhận xét: Tổn thương chủ yếu là phá huỷ thân đốt sống với 83,9%; 67,7% có tổn thương đĩa đệm; 64,5% hẹp khe khớp; 51,6% có gai xương; tiêu xương và áp xe lạnh đồng chiếm 41,9%; tổn thương mô mềm chiếm 35,5%; ít gặp hơn là xẹp đốt sống và khuyết xương lần lượt chiếm 29% và 19,4%.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 55 bệnh nhân lao xương khớp trong đó có 55 trường hợp lao cột sống, kết quả cho thấy tuổi hay gặp nhất của bệnh nhân là từ 50 tuổi trở lên chiếm 69,1%, trung bình là $53,8 \pm 15,41$ tuổi. Nam giới chiếm 67,3% cao gấp 1,9 lần nữ (32,7%). Bệnh nhân chủ yếu làm nghề lao động tự do chiếm 41,8%; nông dân chiếm 30,9%. Nghiên cứu của Qian (2018) cũng chỉ ra rằng, tuổi trung bình của những bệnh nhân lao xương khớp là 55,89 tuổi dao động trong khoảng từ 25 đến 83 tuổi. Bệnh gặp nhiều hơn ở đối tượng nam giới, tỷ lệ nam/nữ là 2,17/1 [4]. Lao xương khớp là thể lao ngoài phổi sau sơ nhiễm thường gặp ở người trẻ từ 15-45 tuổi, nam cao hơn nữ [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tuổi mắc bệnh lao xương khớp có xu hướng tăng lên có thể do tỉ lệ mắc lao hiện nay đang giảm do vậy người lành tiếp xúc với nguồn lây khi tuổi đã cao hơn so với trước đây. Lao xương khớp thường xảy ra ở những vị trí xương khớp lớn và chịu lực chủ yếu của cơ thể như cột sống, khớp háng, gối,... Tại khu vực nông thôn, người dân chủ yếu kiếm sống bằng những nghề lao động chân tay, chế độ ăn chưa thể đầy đủ như thành thị. Quá trình này khiến xương khớp phải hoạt động với cường độ nặng, dẫn đến phá huỷ khớp diễn ra nhanh hơn, tạo điều kiện thuận lợi cho sự xâm nhiễm và phát triển của lao xương khớp [4].

Bệnh nhân vào viện chủ yếu là do đau xương khớp chiếm 89,1% ; bệnh nhân được chẩn đoán trước 2 tháng chiếm 67,3%. Với tính chất bệnh diễn biến kéo dài, các triệu chứng hay gặp là mệt mỏi (100%), đau xương khớp (100%), hạn chế vận động (98,2%), gầy sút cân (41,8%), triệu chứng đặc trưng trong lao là sốt nhẹ về chiều chiếm 21,8%. Những tiến bộ của khoa học kĩ thuật

kèm theo sự hiểu biết, chăm lo cho sức khỏe của người dân tăng lên khiến người bệnh thường đến khám bệnh sớm khi có bất thường qua đó được chẩn đoán sớm hơn. Kết quả này có những tương đồng với nghiên cứu của Wang về lao xương khớp: sốt nhẹ về chiều tối (22,28%), ăn kém, gầy sút cân (23,12%), vã mồ hôi vào ban đêm (30,82%), mệt mỏi, đau nhức toàn thân (92,59%) [6]. Bệnh nhân lao cột sống vẫn chiếm tỉ lệ cao nhất (67,3%); các xương khớp khác chiếm tỉ lệ thấp hơn như khớp háng (7,3%); khớp gối (12,7%). Kết quả cũng phù hợp với ý kiến: các khớp lớn và chịu nhiều lực thường có tỉ lệ mắc lao cao hơn [5]. Qian cũng cho thấy lao cột sống chiếm 70,37%; khớp háng (7,4%), khớp gối (14,8%) [4].

Trong lao cột sống có thể bệnh nhân đến khám sớm nên chỉ có 24,3 trường hợp cột sống bị biến dạng trong đó 16,2% có gù, 8,1% có vẹo và 19,0% có áp xe lạnh dò mủ. Tổn thương 1 đốt sống chiếm 8,1% còn lại đa số từ 2 đốt trở lên chiếm 91,9%. Wang, tỉ lệ này là: tổn thương 1 đốt sống: 15,41%; 60,3% tổn thương 2 đốt sống; 24,29% tổn thương từ 3 đốt sống trở lên [6].

Tổn thương trên Xquang cột sống thường quy của 21 trường hợp: 81% tổn thương mặt khớp; 66,7% hẹp khe khớp; 47,6% có xẹp đốt sống; 14,3% khuyết xương, ít gặp là xẹp đốt sống hình chêm chiếm 14,3%. Boxer, D. I đã chỉ ra rằng hầu hết đối tượng nghiên cứu (26/28) đều phát hiện có phá huỷ đốt sống trên film Xquang, xẹp thân đốt sống ở 79% [7].

Kết quả chụp cộng hưởng từ trong lao cột sống trong 31 trường hợp: phá huỷ thân đốt sống chiếm 83,9%; tổn thương đĩa đệm ở 67,7%; hẹp khe khớp 64,5%; áp xe lạnh 41,9%; xẹp thân đốt sống trong 29%; 35,5% có tổn thương mô mềm, chỉ 19,4% bệnh

nhân có ổ khuyết xương. Nghiên cứu 20 bệnh nhân của Rivas Garcia và cộng sự: áp xe lạnh 65%; tổn thương đĩa đệm 85%; 70% trường hợp có phá hủy thân đốt sống kèm theo xẹp gây biến dạng gù ở 25% số đối tượng [8].

Bệnh nhân đến viện càng muộn thì tổn thương phá hủy xương khớp, hình thành ổ áp xe lạnh càng nhiều gây khó khăn cho điều trị và thường để lại nhiều di chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh thường có thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi được chẩn đoán bệnh lao thường sớm (trước 2 tháng chiếm 67,3%) nên có thể tổn thương không nặng nề như các nghiên cứu khác. Điều này cho thấy việc cần thiết phải chẩn đoán và điều trị sớm các thể lao nói chung và lao xương khớp nói riêng để hướng tới thanh toán bệnh lao.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 55 bệnh nhân mắc lao xương khớp tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 01/2019 đến 04/2023, chúng tôi rút ra kết luận sau:

Tuổi trung bình của bệnh nhân lao xương khớp là $53,8 \pm 15,41$, chủ yếu ở từ 50 tuổi trở lên, giới nam mắc bệnh gấp 1,9 lần nữ. Bệnh nhân thường được chẩn đoán trước 2 tháng. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là mệt mỏi, gầy sút cân, da niêm mạc nhợt, sốt, đau khớp, hạn chế vận động, biến dạng khớp, sưng khớp. Các vị trí xương khớp tổn thương: cột sống (67,3%), khớp hông (7,3%), khớp gối (12,7%), vị trí khác (12,7%). Tổn thương trong lao cột sống từ 2 đốt sống chiếm 91,9%; tổn thương cột sống thắt lưng chiếm 62,2%; cột sống ngực chiếm 29,7%; đốt sống cổ 8,1%. Xét nghiệm Quantiferon TB dương tính chiếm 71,9%. Hình ảnh tổn thương cột sống trên Xquang thường quy: phá hủy mặt khớp, hẹp khe khớp, dính khớp; xẹp đốt sống; trên film

cộng hưởng từ: phá hủy mặt khớp và thân đốt, hẹp khe khớp, xẹp đốt sống, tổn thương mô mềm.

Kết quả nghiên cứu gợi ý áp dụng những phương pháp hiện đại cho người bệnh có đau và hạn chế vận động xương khớp để chẩn đoán và điều trị sớm bệnh lao để hạn chế biến chứng, di chứng.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.95.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO** (2022), "Update in Tuberculosis/ Pulmonary Infections 2015", Am J Respir Crit Care Med. 194(2), tr. 142-6.
2. **Lakhani, A. F. B. và các cộng sự.** (2022), "Abnormal Presentation of Extrapulmonary Tuberculosis", Cureus. 14(11), tr. e31390.
3. **Norbis, L. và các cộng sự.** (2014), "Challenges and perspectives in the diagnosis of extrapulmonary tuberculosis", Expert Rev Anti Infect Ther. 12(5), tr. 633-47.
4. **Qian, Y. và các cộng sự.** (2018), "Characteristics and management of bone and joint tuberculosis in native and migrant population in Shanghai during 2011 to 2015", BMC Infect Dis. 18(1), tr. 543.
5. **Bộ Y tế.** Bệnh học lao. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2007,
6. **Wang, P. và các cộng sự.** (2020), "Characteristics and Management of Spinal Tuberculosis in Tuberculosis Endemic Area of Guizhou Province: A Retrospective Study of 597 Patients in a Teaching Hospital", Biomed Res Int. 2020, tr. 1468457.
7. **Boxer, D. I. và các cộng sự.** (1992), "Radiological features during and following treatment of spinal tuberculosis", Br J Radiol. 65(774), tr. 476-9.
8. **Rivas-Garcia, A. và các cộng sự.** (2013), "Imaging findings of Pott's disease", Eur Spine J. 22 Suppl 4(Suppl 4), tr. 567-78.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHI SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2022-2023

Chu Thị Hà¹, Trần Thị Bích Huệ¹, Vũ Thị Yến¹,
Tiên Hạnh Nhi¹, Hà Minh Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue (SXHD) tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/04/2022 đến 31/03/2023 và nhận xét kết quả điều trị. **Đối tượng:** 151 bệnh nhi được chẩn đoán bệnh. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Bệnh hay gặp ở trẻ 6-15 tuổi chiếm 125(82,8%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,65. Triệu chứng lâm sàng là sốt 147(97,35%), sốt từ 3-7 ngày 137(90,7%), phát ban và/hoặc xung huyết 124(82,2%), xuất huyết dưới da 70(46,4%). Triệu chứng gan to, xuất huyết ít gặp. Thời điểm vào viện số lượng tiểu cầu <100 G/L 22(14,5%), Hematocrit >45% 9(6%). Thời điểm ra viện, enzym gan AST, ALT tăng 41- 200 U/L 94 và 79(62,3% và 52,3%). 100% trẻ có test nhanh NS1Ag dương tính. Định lượng IgM dương tính 10 (6,6%), IgG dương tính 2(1,3%). Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm SXHD là 136(90,1%). Phần lớn trẻ khỏi ra viện 148(98%). **Kết luận:** Bệnh thường bùng phát vào mùa nóng, ẩm. Triệu chứng hay gặp là sốt, phát ban. Xét nghiệm HCT xu hướng tăng >45%, tiểu cầu giảm, enzym AST, ALT tăng. Trẻ thuộc mức độ SXHD có dấu hiệu cảnh báo và SXHD nặng sẽ điều trị dài ngày hơn.

Từ khóa: Sốt xuất huyết Dengue, trẻ em, biến chứng.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL AND RESULTS OF TREATMENT IN CHILDREN WITH DENGUE HEMORRHAGIC FEVER AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2022-2023

Objective: Describe the clinical, paraclinical characteristics of children with Dengue hemorrhagic fever treated at Hai Phong Children's Hospital from April 1, 2022 to March 31, 2023 and comment results of treatment. **Subjects:** 151 pediatric patients diagnosed with. **Methods:** Cross-sectional description. **Results:** Dengue fever is common in children 6-15 years old 125 patients (82.8%). The male/female ratio is 1.65. Clinical symptoms are fever 147(97.35%), most children have fever for 3-7 days 137(90.7%), rash and/or congestion 124(82.2%), subcutaneous bleeding 70(46.4%). Symptoms of hepatomegaly, bleeding are less common. At the time of admission, the child had a platelet count <100 G/L 22(14.5%), the child had a Hematocrit >45% 9(6%). At the time of discharge, children had enzymes AST and ALT increased from 41 to 200 U/L 94 and 79(62.3% and 52.3%). 100% of children had positive NS1Ag rapid test. IgM quantification was positive 10(6.6%), IgG quantification was positive 2(1.3%). The proportion of patients in the Dengue hemorrhagic fever group is 136(90.1%). Most children are discharged from the hospital 148(98%). **Conclusion:** Dengue

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Hà

Email: ctha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 7/3/2024

Ngày duyệt bài: 9/4/2024

fever often breaks out in hot, humid seasons. The most common symptoms are fever and rash. HCT test tends to increase >45%, platelet decreases, liver enzymes AST, ALT increase. Children with dengue with warning signs and severe dengue will be at risk of being treated longer.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever, children, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm gây dịch do virus Dengue gây (1). Virus truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi *Aedes aegypti* là trung gian truyền bệnh chủ yếu. Đặc điểm của SXHD là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong. Năm 2019 Tổ chức Y tế thế giới, xác định bệnh sốt xuất huyết là một trong 10 mối đe dọa hàng đầu đối với sức khỏe toàn cầu, sự lây truyền bệnh xảy ở 129 nước trên thế giới (2). Sốt xuất huyết Dengue vẫn chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vắc-xin phòng ngừa hiệu quả, biện pháp phòng chống dịch chủ yếu vẫn là kiểm soát trung gian truyền bệnh. Việt Nam là một trong 5 nước chịu ảnh hưởng nặng nề bởi bệnh SXHD cao nhất trong khu vực Châu Á-Thái Bình Dương. Từ đầu năm 2022 cho đến nay dịch SXHD tại Việt Nam bùng phát với quy mô toàn quốc (3). Nằm trong xu hướng đó, số ca SXHD tại khu vực Hải Phòng cũng gia tăng một cách nhanh chóng. Câu hỏi đặt ra là đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue như thế nào? Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài **“Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh Viện Trẻ Em Hải**

Phòng năm 2022-2023”, với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Trẻ Em Hải Phòng từ 1/4/2022 đến 31/3/2023.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị ở các đối tượng nghiên cứu trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 151 bệnh nhi được chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue điều trị tại Bệnh viện Trẻ Em Hải Phòng từ 01/04/2022 đến 31/03/2023.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán SXHD dựa theo “Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí SXHD” của Bộ Y Tế Việt Nam năm 2019 (1). Ít nhất 1 trong các xét nghiệm sau: kháng nguyên NS1 dương tính; kháng thể IgM dương tính (thực hiện từ ngày 5 trở đi); RT-PCR Dengue dương tính; phân lập virus Dengue (trong trường hợp khó, lấy máu trong giai đoạn sốt).

- Tiêu chuẩn loại trừ: Đồng nhiễm các vi khuẩn, virus khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: 151 bệnh nhi.

- Chọn mẫu thuận tiện: Chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue vào điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong thời gian từ 01/04/2022 đến 31/03/2023.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Dịch tễ học: Tuổi, giới, địa dư, thời gian vào viện, tiền sử tiếp xúc, ngày thứ mấy của bệnh, lý do vào viện.

+ Lâm sàng: Các triệu chứng khi vào viện: sốt, nhức đầu, nôn, đau mỏi khớp, nhức

2 hốc mắt, xung huyết, xuất huyết, gan to, đau bụng.

+ Cận lâm sàng: Tổng phân tích tế bào máu, hóa sinh máu (AST, ALT), đông máu (APTT, PT, Fibrinogen), xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán (IgM, IgG, NS1Ag).

+ Kết quả điều trị: Số ngày nằm viện, phương pháp điều trị (hạ sốt, uống Oresol, truyền dịch đẳng trương, truyền huyết tương tươi, truyền tiểu cầu), kết quả điều trị (khỏi, tử vong, chuyển tuyến).

- Mối liên quan giữa kết quả điều trị với mức độ bệnh (mối liên quan giữa mức độ bệnh với thời gian điều trị; mối liên quan giữa triệu chứng chảy máu mũi/ chân răng hoặc gan to với phương pháp điều trị truyền huyết tương tươi, tiểu cầu).

- Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0

- Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được thực hiện theo đúng đề cương được Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt.

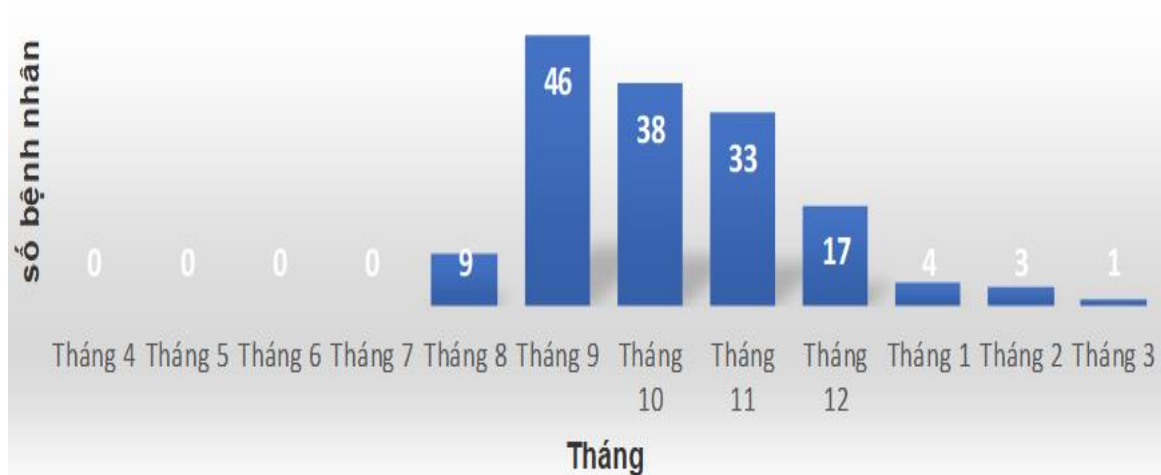
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhi SXHD

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học của các bệnh nhi mắc sốt xuất huyết Dengue (n = 151)

Đặc điểm dịch tễ học		Số bệnh nhi	Tỉ lệ (%)
Tuổi	1 tháng - 1 tuổi	4	2,6
	2-5 tuổi	22	14,6
	6-10 tuổi	55	36,4
	11-15 tuổi	70	46,4
Giới	Nam	94	62,3
	Nữ	57	37,7

Nhận xét: Tuổi mắc bệnh nhiều nhất là các trẻ từ 6-15 tuổi chiếm 82,8%. Số bệnh nhi nam nhiều hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1,65.



Hình 1. Phân bố bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue theo tháng trong năm

Nhận xét: bệnh xuất hiện cao nhất từ tháng 9 cho đến tháng 10.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu (n = 151)

Triệu chứng lâm sàng		Số bệnh nhi	Tỉ lệ (%)
Không sốt	<37,2°C	4	2,6
Sốt	37,3°C – 38,4°C	46	30,5
	38,5°C – 38,9°C	78	51,7
	≥ 39°C	23	15,2
Số ngày bị sốt	<3	1	0,7
	3-7	137	90,7
	>7	13	8,6
Triệu chứng khác	Đau đầu	43	28,5
	Đau cơ/ khớp	10	6,7
	Đau bụng	16	10,6
	Nôn, buồn nôn	22	14,6
	Da phát ban/ xung huyết	124	82,2
	Xuất huyết dưới da	70	46,4
	Chảy máu chân răng	3	2
	Chảy máu mũi	6	4
	Xuất huyết tiêu hóa	2	1,3
	Gan to	7	4,6

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là sốt (97,4%), trong đó sốt nhẹ và vừa, sốt từ 3-7 ngày là chủ yếu, da phát ban/xung huyết (82,2%). Ngoài ra còn gặp triệu chứng xuất huyết dưới da (46,4%), đau đầu (28,5 %) ...

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu (n = 151)

Xét nghiệm máu		Số bệnh nhi	Tỉ lệ (%)
Hematocrit	< 38	49	32,5
	38-45	93	61,5
	>45	9	6,0
Số lượng bạch cầu giảm		34	22,5
Tiểu cầu	<50	4	2,6
	50-100	18	11,9
AST	41-200	94	62,3
ALT	41-200	79	52,3
NS1Ag test nhanh (+)		151	100
IgM (+)		10	6.6
IgG (+)		2	1.3

Nhận xét: 6% trẻ có Hct >45%. 14,5% trẻ có tiểu cầu <100 G/L. AST, ALT tăng 41-200 U/L (chiếm 62,3% và 52,3%). 100% trẻ đều có test nhanh NS1Ag dương tính, định lượng IgM và IgG dương tính chiếm 6,6% và 1,3%.

3.2. Kết quả điều trị bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue

Bảng 4. Các đặc điểm điều trị ở bệnh nhi nghiên cứu (n = 151)

	Đặc điểm	Số bệnh nhi	Tỉ lệ (%)
Mức độ SXHD	SXHD	136	90.1
	SXHD có dấu hiệu cảnh báo	15	9.9
	SXHD nặng	0	0
Kết quả điều trị	Khỏi, ra viện	148	98
	Tử vong	0	0
	Chuyển tuyến	3	2
Số ngày điều trị	<2	0	0
	2-5	12	8
	5-7	74	49
	>7	65	43
Phương pháp điều trị	Uống hạ sốt và Oresol	151	100,0
	Truyền dịch đẳng trương	9	6.0
	Truyền khối tiểu cầu	4	2.6
	Truyền huyết tương tươi	2	1.3

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân nghiên cứu thuộc nhóm sốt xuất huyết Dengue (90,1%). Có 9,9% trẻ thuộc nhóm SXHD có dấu hiệu cảnh báo. Không có trẻ nào bị mức độ SXHD nặng. 98% trẻ khỏi ra viện, 2% trẻ chuyển tuyến. Có 92 % bệnh nhân điều trị trên 5 ngày. Có 6 % trẻ cần truyền dịch đẳng trương và có ít bệnh nhi cần truyền huyết tương tươi.

Bảng 5. Liên quan giữa các nhóm bệnh SXHD và thời gian điều trị

Mức độ SXHD	Thời gian điều trị <7 ngày	Thời gian điều trị >7 ngày	OR (95% CI)	P
SXHD	83 (96,5%)	53 (81,5%)	6,264 (1,688 – 23,245)	0,002
SXHD có dấu hiệu cảnh báo	3 (3,5%)	12 (18,5%)		

Nhận xét: Những trẻ thuộc nhóm SXHD có dấu hiệu cảnh báo có nguy cơ điều trị thời gian > 7 ngày cao gấp 6,264 lần nhóm SXHD. Những bệnh nhi có chảy máu mũi/ chảy máu chân răng hoặc gan to có khả năng phải điều trị truyền huyết tương tươi/ tiểu cầu cao hơn nhóm không chảy máu mũi/ chân răng hoặc không có gan to với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhi SXHD

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ mắc ở trẻ nam/nữ là 1,65. Theo Nguyễn Thanh Hùng và cộng sự nghiên cứu 214 bệnh nhi tỉ lệ nam/nữ là 1.32/1(4). Bệnh nhi mắc bệnh đa phần ở nhóm tuổi từ 6-15 (82,8%). Kết quả này phù hợp với Đỗ Quang Hà, Nguyễn Thị

Kim Tiến và cộng sự cho thấy tuổi mắc bệnh nhiều nhất từ 5-14 tuổi (5).

Dịch xuất hiện từ tháng 7/2022 đến tháng 3/2023, nhiều nhất là tháng 9 chiếm 30,5% và tháng 10 chiếm 21.9%. Bệnh xuất hiện chủ yếu vào mùa mưa và nóng là điều kiện thích hợp cho muỗi *A.aegypti* sinh sản. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Quang Hà dịch xảy ra từ tháng 6 đến tháng 11, đỉnh cao từ tháng 7, 8, 9 (5).

Hầu hết trẻ vào viện đều sốt (chiếm 97,4%), chủ yếu trẻ khi vào viện ở mức độ sốt vừa (38° - 39° C) chiếm 51.7%. Số ngày sốt từ 3-7 ngày chiếm 90,7%, có 13% là sốt trên 7 ngày và có 1 bệnh nhân nào sốt < 3 ngày, theo Trần Khắc Điền nghiên cứu 229 bệnh nhân cho thấy thời gian sốt từ 2-7 ngày chiếm 97,1%, còn lại là sốt >7 ngày (6). Tỷ lệ trẻ phát ban / xung huyết là 82,2%. Ngoài ra có các triệu chứng xuất huyết(46,4%), có 28,5% trẻ có đau đầu và một số biểu hiện khác.

Nghiên cứu của chúng tôi có 6% trẻ nghiên cứu có tình trạng cô đặc máu (Hct > 45%). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hùng trên trẻ lớn cũng đều ghi nhận có sự hiện diện của kháng thể kháng tế bào nội mô mạch máu (4). Trong trường hợp nhiễm virus Dengue cô đặc máu xảy ra khi có hiện tượng thoát huyết tương ra khỏi lòng mạch do mạch máu bị tổn thương (7). Có thể do xét nghiệm được làm tại thời điểm vào viện, trẻ SXHD đang trong giai đoạn mà Hct chưa giảm. Trẻ có số lượng BC <4 G/L chiếm 22,5%. Có 22 bệnh nhi có TC < 100 G/L chiếm 14,5%. Giảm tiểu cầu trong SXHD do nhiều cơ chế như ức chế tủy xương dẫn đến

giảm sản xuất tiểu cầu (8). Phần lớn trẻ nhập viện với enzym gan AST và ALT bình thường chiếm 57% và 61.6%. Trong khi đó tại thời điểm trẻ ra viện với tình trạng enzym gan AST, ALT tăng (41- 200 U/L chiếm 62.3% và 52.3%). Tất cả trẻ đều có test nhanh NS1Ag dương tính, định lượng IgM và IgG dương tính chiếm 6,6% và 1,3%.

4.2. Kết quả điều trị bệnh nhi SXHD

Hầu hết bệnh nhân nghiên cứu thuộc nhóm sốt xuất huyết Dengue (90,1%), có 9,9 % trẻ thuộc nhóm SXHD có dấu hiệu cảnh báo. Tất cả trẻ khỏi ra viện, 2% trẻ chuyển tuyến và không có trẻ tử vong. Mặc dù hiện nay chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu nhưng nếu được chăm sóc hỗ trợ tốt, tỷ lệ tử vong ở trẻ em mắc bệnh SXHD có thể giảm xuống dưới 1% (8). Có 92% bệnh nhi điều trị trên 5 ngày, trong đó 49% trẻ điều trị từ 5-7 ngày. Các trẻ được điều trị bằng hạ sốt và uống Oresol. Có 6% trẻ cần truyền dịch đẳng trương. Có 2,6% bệnh nhân cần truyền tiểu cầu và 1,3% bệnh nhân cần truyền huyết tương tươi.

Những bệnh nhi thuộc nhóm SXHD có DHCB có nguy cơ nằm viện điều trị thời gian > 7 ngày cao gấp 6,264 lần nhóm SXHD ($p=0,002$). Những bệnh nhi có chảy máu mũi/ chảy máu chân răng hoặc gan to có khả năng phải điều trị truyền huyết tương tươi/ tiểu cầu cao hơn nhóm không chảy máu mũi/ chân răng hoặc không có gan to với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: bệnh hay gặp ở trẻ 6-15 tuổi, Tỷ lệ nam/nữ là 1,65. Thời gian mắc bệnh nhiều nhất vào mùa nóng ẩm.

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sốt (97,4%), phát ban/xung huyết chiếm 82,2%.

Đặc điểm cận lâm sàng: HCT có xu hướng tăng >45%, TC giảm, enzym gan AST, ALT tăng 100% trẻ đều có test nhanh NS1Ag dương tính. Định lượng IgM dương tính chiếm 6,6%. Định lượng IgG dương tính chiếm ít nhất là 1.3 %.

Kết quả điều trị: có 98 % trẻ khỏi ra viện. 92% bệnh nhân điều trị trên 5 ngày. 100% bệnh nhân nghiêm cứu được điều trị bằng hạ sốt và uống Oresol. Có 9,9% trẻ truyền dịch đẳng trương, huyết tương tươi và tiểu cầu. Trẻ thuộc mức độ SXHD có dấu hiệu cảnh báo và SXHD nặng sẽ có nguy cơ nằm viện lâu hơn, phải điều trị tích cực hơn và khả năng khỏi bệnh thấp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2019). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue. Ban hành kèm theo Quyết định số.458.
2. **World Health Organization. Dengue Situation Updates 2022.** WHO Regional Office for the Western Pacific.
3. **Bùi Vũ Huy** (2018). Bệnh sốt xuất huyết dengue các giải pháp và điều trị, phòng bệnh, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia Sự thật, Hà Nội. .
4. **Nguyễn Thanh Hùng** (2004). Đặc điểm lâm sàng, điều trị và miễn dịch sốt xuất huyết Dengue ở trẻ nhũ nhi tại bệnh viện Nhi Đồng I. Luận văn tiến sỹ.
5. **Do Quang Ha, Nguyen Thi Kim Tien, Vu Thi Quynh Huong, et al,** (1998). Dengue Epidemic in Soutern Vietnam-1998”. Paster Institute, Ho Chi Minh, Vietnam
6. **Trần Khắc Điền** (2007). Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, điều trị SXHD người lớn tại viện các bệnh nhiệt đới quốc gia và Bạch Mai 2004-2007. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa 2.
7. **Nguyễn Trọng Lâm** (2004). Sốt xuất huyết Dengue, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. **Moxon C và Wills B** (2008). Management of severe dengue in children. Adv Exp Med Biol, 609, 131–144.

ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ THÀNH CÔNG CỦA CHƯƠNG TRÌNH ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG HIV TRƯỚC PHƠI NHIỄM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỦY NGUYÊN, HẢI PHÒNG NĂM 2022 – 2023

Phạm Thị Vân Anh¹, Phạm Đình Hoàng¹,
Nguyễn Thị Vân Anh¹, Bùi Minh Khôi²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tại Việt Nam, chưa có một phương pháp nào để đánh giá hiệu quả của chương trình dự phòng HIV trước phơi nhiễm (PrEP) trong môi trường thực tế. Chúng tôi đánh giá chỉ số thành công của chương trình PrEP tại bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên, Hải Phòng năm 2022-2023 áp dụng các chỉ số mới của Cheryl Hendrickson và cộng sự. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi thực hiện một nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 63 đối tượng điều trị PrEP tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên. **Kết quả:** Không có đối tượng nào nhiễm HIV trong thời gian theo dõi. Tuân thủ điều trị chung là 82,5%. Tỷ lệ được điều trị 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng lần lượt là 81,0%, 79,4% và 55,6%. Chỉ số thành công của chương trình PrEP tại thời điểm 12 tháng là 0,88. **Kết luận:** Chương trình PrEP bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên có chỉ số thành công cao trong việc ngăn ngừa HIV có hiệu quả cho những người có nguy cơ. Các nhà quản lý PrEP nên cân nhắc áp dụng chỉ số này trong đánh giá thành công của chương trình chăm sóc.

Từ khóa: HIV; PrEP; dự phòng trước phơi nhiễm, kết quả điều trị.

SUMMARY

EVALUATING THE SUCCESS RATIO OF PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS PROGRAM IN THUY NGUYEN GENERAL HOSPITAL, HAI PHONG, 2022 – 2023

Background: In Vietnam, there has been no common method to evaluating the effectiveness of pre-exposure prophylaxis (PrEP) program in real-world settings. We evaluated the success ratio of PrEP program in Thuy Nguyen General Hospital, Hai Phong, 2022-2023 applying novel metric which based on the proposed Cheryl Hendrickson, et al. **Subject and methods:** We implemented a descriptive cross-sectional study including 63 clients who were treated with PrEP at outpatient clinic in Thuy Nguyen General Hospital. **Results:** No HIV seroconversion was recorded. The overall treatment compliance rate was 82.5%. PrEP continuation rates in 3 months, 6 months and 12 months were 81.0%, 79.4% and 55.6%, respectively. PrEP success ratio at 12 months was 0.88. **Conclusion:** PrEP program at Thuy Nguyen General Hospital had high success ratio for HIV prevention for people at risk. The PrEP program managers should consider to use this index to evaluate the success of care programs.

Keywords: HIV; PrEP; pre-exposure prophylaxis, success ratio.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Vân Anh

Email: ptvananh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 2/3/2024

Ngày duyệt bài: 19/4/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với mục tiêu toàn cầu chấm dứt đại dịch AIDS vào năm 2030, nhiều biện pháp ngăn ngừa lây nhiễm HIV đã được đặt ra. Trong số đó, điều trị dự phòng trước phơi nhiễm (pre-exposure prophylaxis, PrEP) là một biện pháp chính thức được khuyến cáo bởi Tổ chức Y tế Thế giới năm 2012. Số lượng người dùng PrEP trên các khu vực tăng lên đáng kể. Tại Việt Nam, PrEP được sử dụng lần đầu tiên vào năm 2017. Theo thống kê của Cục Phòng, chống HIV/AIDS-Bộ Y tế, tính đến quý 3 năm 2022, số người sử dụng PrEP tích lũy là 60.258 người (1). Bằng chứng từ các thử nghiệm lâm sàng cho thấy PrEP làm giảm 99% nguy cơ lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục và ít nhất 74% qua tiêm chích ma túy (2).

Tại Việt Nam, sự thành công của chương trình PrEP trong các nghiên cứu mới chỉ quan tâm đến tỷ lệ HIV âm tính và tỷ lệ ở lại trong chương trình chăm sóc mà chưa có thước đo nào để đánh giá hiệu quả của PrEP đối với từng khách hàng hoặc đối với một chương trình cụ thể. Bởi PrEP không phải là một điều trị cả đời nên việc đo lường được sự kiên định trong những thời kỳ có nguy cơ và tính đến những thay đổi trong hành vi làm tăng hay giảm nguy cơ nhiễm HIV trong cuộc đời của một cá nhân là hết sức quan trọng. Năm 2020, Cheryl Hendrickson và cộng sự đã đưa ra chỉ số ước tính mới ước tính sự thành công của chương trình PrEP dựa trên những ước tính chỉ số thành công cho từng cá nhân để bao phủ được sự thiếu hụt này (3).

Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm đánh giá chỉ số thành công của chương trình PrEP tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên, Hải Phòng năm 2022-2023

bằng các chỉ số của Cheryl Hendrickson và cộng sự (3).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên là những người đang điều trị PrEP tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Đủ tiêu chuẩn điều trị PrEP trong hướng dẫn của Bộ Y tế theo Quyết định 5968/QĐ-BYT bao gồm: HIV âm tính, không có triệu chứng của hội chứng nhiễm HIV cấp, có 1 trong 7 yếu tố nguy cơ cao nhiễm HIV, mong muốn sử dụng PrEP và đồng ý xét nghiệm HIV định kỳ.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cơ mẫu và chọn mẫu: nghiên cứu được thực hiện trên toàn bộ 63 đối tượng điều trị PrEP của phòng khám.

2.2.3. Chỉ số thành công cho chương trình PrEP và cách đánh giá

Chúng tôi áp dụng chỉ số thành công dựa trên đề xuất của Cheryl Hendrickson và cộng sự (3). Trong đó cần đáp ứng ba tiêu chí để được coi là kết quả thành công: **(1)** người bắt đầu PrEP không được chuyển đổi huyết thanh; **(2)** không có nhiều hơn một giai đoạn có nguy cơ lây nhiễm HIV cao trong thời gian theo dõi khi không dùng PrEP; **(3)** cá nhân phải tiếp tục tham gia các buổi khám chăm sóc sức khỏe hoặc ngừng điều trị dự phòng với sự tư vấn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong thời gian theo dõi 12 tháng (3). Cụ thể, những trường hợp thành công là: (1) những người có nguy cơ

niễm HIV, đang sử dụng PrEP trong suốt thời gian được theo dõi và không có chuyển đổi huyết thanh HIV; hoặc (2) đã dùng PrEP dưới sự tư vấn của nhân viên y tế và được cho là không có yếu tố nguy cơ. Những trường hợp được coi là không thành công là: (1) đối tượng rời bỏ chương trình chăm sóc mà không có bất kỳ sự tư vấn nào được ghi lại hoặc không được đánh giá lại nguy cơ từ người cung cấp dịch vụ, lý do bỏ cuộc không rõ ràng và không phản ánh được việc giảm nguy cơ; (2) có chuyển đổi huyết thanh HIV dương tính mặc dù đã được điều trị PrEP. Chỉ số thành công của chương trình chăm sóc tại thời điểm 12 tháng được tính bằng số lượng khách hàng PrEP thành công tại thời điểm điều trị được 12 tháng chia cho tổng số khách hàng đã điều trị PrEP 12 tháng tại phòng khám.

2.3. Thu thập và xử lý số liệu

Số liệu được thu thập thông qua trích lục hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp đối tượng dựa trên Bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn gồm 2 phần: Thông tin nhân khẩu học và thông tin liên quan đến điều trị PrEP. Số liệu được xử lý và phân tích bởi phần mềm Stata phiên bản 14.0 với các phân tích thống kê mô tả.

2.4. Các vấn đề về y đức

Các đối tượng tham gia nghiên cứu với sự đồng thuận và tự nguyện và được đảm bảo tính bảo mật. Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức và Hội đồng khoa học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt; được sự đồng ý của Ban lãnh đạo bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n = 63)

Đặc điểm		Tần số (%)
Tuổi	Mean $\pm$ SD (min - max)	39,3 $\pm$ 7,4 (20 - 60)
	<30 tuổi	3 (4,8)
	30-39 tuổi	32 (50,8)
	40-49 tuổi	22 (34,9)
	$\geq$ 50 tuổi	6 (9,5)
Giới	Nữ	34 (54,0)
	Nam	29 (46,0)
Trình độ học vấn	Tiểu học	5 (7,9)
	Trung học cơ sở	32 (50,8)
	Trung học phổ thông	26 (41,3)
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	42 (66,7)
	Độc thân	19 (30,1)
	Li thân/ Li dị	2 (3,2)
Nghề nghiệp	Tự do	32 (50,8)
	Nông dân	15 (23,8)
	Công nhân	15 (23,8)

	Thất nghiệp	1 (1,6)
Nhóm nguy cơ	Bạn tình có HIV dương tính	52 (82,5)
	Tiêm chích ma túy	5 (7,9)
	Nam quan hệ đồng giới	3 (4,8)
	Phụ nữ mại dâm	3 (4,8)

Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 39,3 tuổi. Hơn một nửa số đối tượng nghiên cứu là nữ (54,0%), có trình độ học vấn trung học cơ sở trở xuống (58,7%), đã kết hôn (66,7%) và làm nghề tự do (50,8%).

Trong tổng số 63 đối tượng tham gia nghiên cứu, phần lớn các đối tượng là người có bạn tình nhiễm HIV (82,5%); 7,9% có tiêm chích ma túy; nhóm nam quan hệ đồng giới và phụ nữ mại dâm đều có tỷ lệ 4,8%.

3.2. Đánh giá chỉ số thành công của chương trình PrEP

Trong nghiên cứu này, 100% đối tượng sử dụng phác đồ kết hợp hai thuốc TDF/FTC 300/200mg và sử dụng cách thức uống thuốc một viên hàng ngày. Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm phụ nữ mại dâm là 100%, nhóm có bạn tình nhiễm HIV là 86,5%, nhóm tiêm chích ma túy là 60,0%, nhóm nam quan hệ đồng giới là 33,3%. Tính chung trên tất cả các nhóm nguy cơ, tỷ lệ tuân thủ điều trị là 82,5%.

Bảng 2. Đặc điểm về điều trị PrEP của đối tượng nghiên cứu (n = 63)

Đặc điểm		Tần số (%)
Phác đồ điều trị	TDF/FTC (300/200 mg)	63 (100)
	TDF (300 mg)	0 (0)
Cách thức uống thuốc	Hàng ngày	63 (100)
	Tình huống	0 (0)
Tuân thủ điều trị (Không sai liều, sai giờ, sai cách từ 2 lần trở lên trong 1 tháng)	Bạn tình có HIV dương tính (n ₁ =52)	45 (86,5)
	Tiêm chích ma túy (n ₂ =5)	3 (60,0)
	Nam quan hệ đồng giới (n ₃ =3)	1 (33,3)
	Phụ nữ mại dâm (n ₄ =3)	3 (100)
Thời gian duy trì điều trị PrEP	3 tháng	51 (81,0)
	6 tháng	50 (79,4)
	12 tháng	35 (55,6)
Dừng PrEP	Có	10 (15,9)
	Không	53 (84,1)
Lí do dừng PrEP (n=10)	Mất dấu	9 (90,0)
	Giảm mức lọc cầu thận	1 (10,0)
Tình trạng HIV	Âm tính	63 (100)
	Dương tính	0 (0)

Trong quá trình điều trị không ghi nhận đối tượng nào nhiễm HIV. Tỷ lệ duy trì điều trị đến 3 tháng là 81,0%, đến 6 tháng là 79,4% và đến 12 tháng là 55,6%. Trong tổng số 63 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 10 đối tượng dừng điều trị (15,9%). Trong đó, 9

đối tượng không quay lại tái khám trong vòng 30 ngày kể từ ngày hẹn và được đánh giá là mất dấu theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam (90%) và 1 đối tượng dừng PrEP sau 1 tháng điều trị do có mức lọc cầu thận giảm dưới 60ml/phút (10%).

Bảng 3. Minh họa lịch trình theo dõi của một số đối tượng điều trị PrEP cụ thể

	PrEP-1	PrEP-2	PrEP-3	PrEP-4	PrEP-5
Lần thăm khám đầu tiên					
Tháng 0					
Tình trạng HIV	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính
Có nguy cơ nhiễm HIV	1	1	1	1	1
Được cung cấp PrEP	1	1	1	1	1
Những lần thăm khám tiếp theo					
Tháng 1					
Quay lại	1	1	1	1	0
Tình trạng HIV	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Không rõ
Có nguy cơ nhiễm HIV	1	1	0	1	1
Được cung cấp PrEP	1	1	0	1	0
Tháng 3					
Quay lại	1	1	NA	1	0
Tình trạng HIV	Âm tính	Âm tính	NA	Âm tính	Không rõ
Có nguy cơ nhiễm HIV	1	1	NA	1	1
Được cung cấp PrEP	1	1	NA	1	0
Tháng 6					
Quay lại	1	1	NA	1	0
Tình trạng HIV	Âm tính	Âm tính	NA	Âm tính	Không rõ
Có nguy cơ nhiễm HIV	1	1	NA	1	1
Được cung cấp PrEP	1	1	NA	1	0
Tháng 9					
Quay lại	1	1	NA	0	0
Tình trạng HIV	Âm tính	Âm tính	NA	Không rõ	Không rõ
Có nguy cơ nhiễm HIV	1	1	NA	1	1
Được cung cấp PrEP	1	1	NA	0	0
Tháng 12					
Quay lại	1	–	NA	0	0
Tình trạng HIV	Âm tính	–	NA	Không rõ	Không rõ
Có nguy cơ nhiễm HIV	1	–	NA	1	1
Được cung cấp PrEP	1	–	NA	0	0

Điểm số cá nhân					
Điểm tham gia chăm sóc	1	1	1	0	0
Điểm chuyển đổi huyết thanh	1	1	1	1	1
Điểm sử dụng PrEP phù hợp	1	1	1	0	0
Điểm số thành công	1	1	1	0	0
“NA” = không áp dụng được (do khách hàng đã dùng PrEP với sự tư vấn của nhân viên y tế); “–” = không ghi nhận (do khách hàng chưa đến thời gian tái khám)					

Tại thời điểm nghiên cứu, tổng số 63 đối tượng được chúng tôi đưa vào đánh giá theo các tiêu chí của Cheryl Hendrickson và cộng sự với minh họa lịch trình theo dõi một số đối tượng cụ thể (Bảng 3). Trong số 43 đối tượng duy trì điều trị được 12 tháng, có 38 đối tượng được đánh giá là thành công, 5 đối tượng mất dấu được đánh giá là không thành công. Chỉ số chỉ số thành công của chương trình PrEP tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên là 38/43 tương đương với 0,88.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% các đối tượng được sử dụng phác đồ 2 thuốc kết hợp (TDF/FTC 300/200mg), đây cũng là phác đồ ưu tiên theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Tất cả các đối tượng đều sử dụng cách thức uống hàng ngày. Tương tự, báo cáo của Cục Phòng, chống HIV/AIDS-Bộ Y tế năm 2022, tỷ lệ khách hàng sử dụng PrEP hàng ngày là 94,5%, theo tình huống là 5,5% (1). Trong quá trình điều trị PrEP, tỷ lệ tuân thủ điều trị chung là 82,5% và có sự khác nhau giữa các nhóm nguy cơ. Nhóm nam quan hệ đồng giới có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất với 33,3%. Nghiên cứu trên 1.069 nam quan hệ đồng giới tại Việt Nam, tỷ lệ tuân thủ tự báo cáo là >90% (4). Tuy nhiên, số lượng nam quan hệ đồng giới trong nghiên cứu của chúng tôi là rất nhỏ nên không thể so sánh.

Tỷ lệ đối tượng điều trị đến 3 tháng ở bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên là 81,0%,

đến 6 tháng là 79,4%, đến 12 tháng là 55,6%. Thống kê của Nguyễn Thị Thu Hòa và cộng sự trên 791 khách hàng PrEP tại 3 tỉnh, thành phố của Việt Nam cho thấy tỷ lệ điều trị 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng lần lượt là 67,0%, 30,3% và 8,3% (5).

Trong tổng số 63 đối tượng tham gia nghiên cứu, tỷ lệ dùng điều trị là 15,9%. Những nghiên cứu có nguồn dữ liệu lớn hơn cho thấy, tỷ lệ dùng điều trị tại Hoa Kỳ là 49,0%, tại Bắc Mỹ là 38,0%, tại Châu Á-Thái Bình Dương là 33,0%, tại Châu Âu là 17,0% và tại Nam Mỹ là 9,0% (6, 7). Trong 10 đối tượng dùng điều trị, có 90% mất dấu và 10% giảm mức lọc cầu thận. Diantha Pillay và cộng sự năm 2022 ghi nhận 73,8% người dùng do tác dụng phụ và 18,8% liên quan đến bị kì thị (8). Tại Việt Nam, tác giả Nguyễn Thị Thu Hòa và cộng sự chỉ ra những lí do phổ biến nhất của dùng điều trị là không theo dõi được (51,9%) và chuyển địa chỉ (24,7%) (5).

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong thời gian điều trị PrEP, không có đối tượng nào nhiễm HIV mới trên tất cả các nhóm nguy cơ khác nhau. Điều này cung cấp thêm bằng chứng khẳng định việc uống PrEP có hiệu quả cao trong việc ngăn ngừa lây nhiễm HIV như đã được chứng minh qua các thử nghiệm lâm sàng (2).

Áp dụng tiêu chí của Cheryl Hendrickson và cộng sự, chúng tôi đã minh họa trong bảng 3 về sự thiết lập cho 1 cá nhân là thành công và không thành công. Sự thiết lập này

dựa trên những dữ liệu thường xuyên và liên tục của các cá nhân. So với các phương pháp truyền thống, ưu điểm của chỉ số này đó là sự đo lường về thành công không chỉ bao gồm tiêu chí về không chuyển đổi huyết thanh HIV mà tác giả còn đề cập tới sự biến thiên của các hành vi nguy cơ và sự kiên định sử dụng PrEP trong thời kỳ có nguy cơ nhiễm HIV. Điều này rất quan trọng vì các đối tượng sử dụng PrEP có thể trải qua những giai đoạn nguy cơ khác nhau trong cuộc đời của họ: sự kết thúc một mối quan hệ lâu dài và bắt đầu một mối quan hệ mới, di cư, khi kinh tế khó khăn, khi tham gia vào hoạt động mại dâm theo mùa, bắt đầu một thực hành tình dục mới. Việc sử dụng các tiêu chí mới này giúp nhân viên y tế đánh giá các nguy cơ tiềm ẩn trong quá trình tư vấn và đảm bảo PrEP được sử dụng tại các thời điểm nguy cơ này tốt hơn (3).

Chỉ số thành công của chương trình PrEP tại bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên là 0,88. Chỉ số này trong minh họa chương trình PrEP tại Nam Phi là 0,71 và tại Zambia là 0,57 (3). Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về đặc điểm của quần thể nghiên cứu. Tại Nam Phi, ngoài những đối tượng như trong nghiên cứu của chúng tôi, quần thể nghiên cứu còn bao gồm những người có nguy cơ nhiễm HIV cao bao gồm trẻ gái vị thành niên, phụ nữ trẻ (15-24 tuổi). Những đối tượng này có thể khó tiếp cận và tư vấn thay đổi hành vi nên chỉ số thành công có thể thấp hơn. Tuy nhiên, đây cũng là một bằng chứng cho thấy chỉ số này có thể sử dụng để so sánh các chiến lược PrEP ở những cơ sở hoặc các chương trình điều trị quốc gia, xuyên quốc gia.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu được thực hiện trên một cơ mẫu nhỏ nên các phân tích chủ

yếu mang tính chất mô tả chứ chưa có tính đại diện cho các quần thể có nguy cơ. Tuy nhiên, việc ước tính tỉ lệ thành công của chương trình chăm sóc không cần tính toán đến cỡ mẫu nên kết quả vẫn có ý nghĩa. Thứ hai, thời gian theo dõi các đối tượng còn ngắn trong 12 tháng, cần tiếp tục theo dõi tiếp tục chỉ số thành công trong thời gian dài hơn để đánh giá chính xác hiệu quả của chương trình chăm sóc.

V. KẾT LUẬN

Chương trình PrEP tại bệnh viện Đa khoa Thủy Nguyên có chỉ số thành công tại thời điểm 12 tháng là 0,88 theo tiêu chí của Cheryl Hendrickson và cộng sự. Không có đối tượng nào chuyển đổi huyết thanh trong quá trình theo dõi, 100% đối tượng được sử dụng PrEP trong thời kỳ có nguy cơ cao và 88% các đối tượng duy trì được điều trị đến 12 tháng hiện tiếp tục ở lại trong chương trình chăm sóc và chỉ ngừng điều trị khi có sự tư vấn của nhân viên y tế. Chỉ số này cho phép đánh giá thành công cả ở mức độ cá nhân và chương trình.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Các nhà quản lý chương trình PrEP nên cân nhắc áp dụng các chỉ số mới theo đề xuất của Cheryl Hendrickson và cộng sự để có thể đánh giá được liên tục tỷ lệ thành công của chương trình điều trị PrEP dựa trên sự chuyển đổi huyết thanh, sự thay đổi hành vi nguy cơ và sự kiên trì sử dụng PrEP. Những dữ liệu này có thể so sánh giữa các chương trình PrEP địa phương, quốc gia hoặc đa quốc gia với sự thống nhất về tiêu chí và ngưỡng đánh giá thành công và là nền tảng cho các chiến lược can thiệp phòng chống HIV hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cục Phòng Chống HIV AIDS- Bộ Y tế.** Chặng đường PrEP 3 năm: phát triển và vững mạnh. [Internet] 2022; [Available from: <https://vaac.gov.vn/chang-duong-prep-3-nam-phat-trien-va-vung-manh.html>].
2. **CDC.** How effective is PrEP?. [Internet] 2022; [Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep/prep-effectiveness.html>].
3. **Hendrickson C, Long L, van de Vijver D, Boucher C, O'Bra H, Claassen CW, et al.** Novel metric for evaluating pre-exposure prophylaxis programme effectiveness in real-world settings. *Lancet HIV*. 2020;7(4):e294-e300.
4. **Green KE, Nguyen LH, Phan HTT, Vu BN, Tran MH, Ngo HV, et al.** Prepped for PrEP? Acceptability, continuation and adherence among men who have sex with men and transgender women enrolled as part of Vietnam's first pre-exposure prophylaxis program. *Sex Health*. 2021;18(1):104-15.
5. **Hoa Nguyen, H. Dang, V. Nguyen, T.V. Nguyen, H. Phan, N. Nguyen, T. Vuong , R. Coley.** Retention of clients on daily oral HIV pre-exposure prophylaxis in Vietnam. [Internet] 2022; [Available from: <https://programme.aids2022.org/Abstract/Abstract/?abstractid=4297>].
6. **Zarwell M, John SA, Westmoreland D, Mirzayi C, Pantalone DW, Golub S, et al.** PrEP Uptake and Discontinuation Among a U.S. National Sample of Transgender Men and Women. *AIDS Behav*. 2021;25(4):1063-71.
7. **Zhang J, Li C, Xu J, Hu Z, Rutstein SE, Tucker JD, et al.** Discontinuation, suboptimal adherence, and reinitiation of oral HIV pre-exposure prophylaxis: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2022;9(4):e254-e68.
8. **Pillay D, Stankevitz K, Lanham M, Ridgeway K, Murire M, Briedenhann E, et al.** Factors influencing uptake, continuation, and discontinuation of oral PrEP among clients at sex worker and MSM facilities in South Africa. *PLoS One*. 2020;15(4):e0228620.

THỰC TRẠNG NHỮNG VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN SỬ DỤNG THUỐC ĐƯỜNG TIÊM, TRUYỀN TẠI MỘT BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẠNG III NĂM 2022

Phạm Quế Anh¹, Nguyễn Thị Thu Phương^{1,2}, Trần Thị Ngân^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định và phân loại những vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc (DRPs) đường tiêm, truyền tại một bệnh viện đa khoa hạng III năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, quan sát trực tiếp, không can thiệp, xác định DRPs trong quá trình chuẩn bị và dùng thuốc đường tiêm, truyền. Quan sát thực hiện thuốc được ghi nhận từ 7h00 đến 21h00 mỗi ngày, mỗi khoa lâm sàng quan sát ngẫu nhiên trong 1 ngày, khoảng thời gian quan sát từ 01/07 đến 15/12/2022. DRPs được xác định qua quá trình đánh giá thông tin từ phiếu thu thập thông tin và y lệnh của bác sĩ, trường hợp y lệnh không có thông tin sẽ tiến hành đánh giá theo Hướng dẫn sử dụng thuốc tiêm, truyền của bệnh viện. **Kết quả:** phân tích 1012 lượt thực hiện thuốc tiêm, truyền nghiên cứu ghi nhận 518 lượt thực hiện có DRPs (51,19%). Số lượng DRPs trung bình/lượt thực hiện thuốc là 0,56. Chiếm tỉ lệ cao nhất là DRPs tốc độ đưa thuốc quá nhanh (52,1%). DRPs tương kỵ tiêm truyền ghi nhận với 6,79% lượt thực hiện thuốc. **Kết luận và đề xuất:** những vấn đề liên quan đến chuẩn bị và thực hiện thuốc đường tiêm, truyền được ghi nhận ở tất cả các khoa lâm sàng. Bệnh

viện cần tìm ra nguyên nhân hệ thống và xây dựng giải pháp, tiến hành đào tạo cho toàn bộ nhân viên y tế để hạn chế những sai sót trong sử dụng thuốc tiêm, truyền.

Từ khóa: DRPs; thuốc tiêm truyền; sai sót thuốc.

SUMMARY

DRUG-RELATED PROBLEMS OF INJECTION AND INFUSION MEDICINES AT A TERTIARY HOSPITAL IN 2022

Objective: identify and classify drug-related problems (DRPs) of injection and infusion medicines at a tertiary hospital in 2022. **Materials and Methods:** a cross-sectional, directly observational descriptive study, without intervention, determine DRPs during the preparation and administration of injection and infusion drugs. Medication administration observations were recorded from 7:00 a.m. to 9:00 p.m. every day, each clinical department was randomly observed for one day, the observation period was from July 1 to December 15, 2022. DRPs were determined through the process of evaluating information from information collection forms and prescriptions. In case the medical order didn't have information, the evaluation was conducted according to the hospital's Instructions for Use of Injected and Infused Drugs. **Results:** analyzing 1012 injections and infusions, the study recorded 518 DRPs (51.19%). The average number of DRPs/medication administration was 0.56. The

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngân

Email: ttngan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 8/3/2024

Ngày duyệt bài: 15/4/2024

most common DRPs related to rapid administration rate (52.1%). Infusion-incompatible DRPs were recorded at 6.79%.

Conclusions and Recommendations: problems related to preparation and administration of parenteral and infusion drugs were recorded in all clinical departments. Hospitals need to find systemic causes and develop solutions, conduct training for all medical staff to limit errors in the use of injection and infusion drugs.

Keywords: DRPs; infusion drugs; medication errors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật ngày càng phức tạp và sự đa dạng cả về hoạt chất, dạng bào chế, đường dùng của thuốc là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến sai sót trong sử dụng thuốc. Giai đoạn quan trọng trong quá trình sử dụng thuốc là thực hiện thuốc của điều dưỡng tiềm ẩn không ít nguy cơ sai sót ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và an toàn của bệnh nhân. Tiêm, truyền tĩnh mạch là những đường dùng phổ biến nhất trong các bệnh viện. Việc thực hiện các thuốc dùng đường tiêm, truyền cũng phức tạp hơn do phải đảm bảo tính chính xác của nhiều yếu tố như loại dung môi, thể tích dung môi, tốc độ tiêm, truyền, cách thức pha chế ở một số loại thuốc đặc biệt, dẫn tới nhiều nguy cơ sai sót hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy sử dụng thuốc đường tiêm, truyền có nguy cơ xảy ra sai sót cao gấp 5,9 lần so với các đường dùng khác (1). Sai sót liên quan đến thuốc là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ 3 chỉ sau ung thư và tim mạch, tuy nhiên có đến 70% sai sót được coi là có thể phòng tránh được (2). Vì vậy, việc xác định được sai sót, phân tích được nguyên nhân là bước quan trọng để xây dựng các biện pháp phòng tránh sai sót trong sử dụng thuốc. Bệnh viện nghiên cứu

là một bệnh viện đa khoa hạng III với 500 giường bệnh nội trú, số lượng sử dụng thuốc tiêm, truyền lớn, bệnh viện đã có hướng dẫn sử dụng các thuốc tiêm, truyền, tuy nhiên chưa có báo cáo về thực trạng kê đơn, sử dụng các thuốc dùng đường tiêm, truyền. Vì vậy, với mục đích góp phần nâng cao tính an toàn và hiệu quả trong sử dụng các thuốc tiêm, truyền, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng thực hiện các thuốc tiêm, truyền của điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng của một bệnh viện đa khoa hạng III năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: quan sát ứng với quá trình chuẩn bị và dùng mỗi liều thuốc đường tiêm, truyền được điều dưỡng thực hiện cho bệnh nhân. Một quan sát là những ghi nhận của người quan sát tính từ khi điều dưỡng chuẩn bị liều thuốc theo y lệnh cho đến khi điều dưỡng kết thúc việc chuẩn bị và dùng thuốc. Một liều thuốc là lượng thuốc (g, mg, mcg, l, ml đối với từng thuốc) được bác sĩ kê đơn cho bệnh nhân sử dụng trong một lần và một thời điểm nhất định trong ngày.

Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả các quan sát được thực hiện trên bệnh nhân đã được lựa chọn trước để đảm bảo quan sát được thuận tiện.

Tiêu chuẩn loại trừ: những quan sát nằm ngoài thời gian quan sát của người nghiên cứu.

Thời gian quan sát: từ 7h00 đến 21h00 mỗi ngày, mỗi khoa lâm sàng quan sát ngẫu nhiên trong 1 ngày, khoảng thời gian quan sát từ 01/07 đến 15/12/2022.

Địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện tại một bệnh viện đa khoa hạng III với quy mô 500 giường bệnh nội trú, tại Việt Nam.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, quan sát trực tiếp, không can thiệp (người quan sát chỉ can thiệp khi phát hiện DRPs nghiêm trọng gây ảnh hưởng tới sức khỏe người bệnh (nhầm thuốc, nhầm liều).

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: cỡ mẫu của nghiên cứu là toàn bộ các lượt thực hiện thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu. Phương pháp chọn mẫu là lấy mẫu thuận tiện.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Nhóm quan sát gồm 2 thành viên thực hiện. 2 quan sát viên này được đào tạo kỹ năng nhận diện các thuốc, vật tư tiêm truyền trong 1 tháng. Trước khi lấy số liệu chính thức, nhóm tiến hành lấy số liệu thử nghiệm tại khoa Nội tổng hợp 2 và Nội tổng hợp 1 trong vòng 2 ngày. Trong quá trình thử nghiệm, nhóm quan sát cùng đi theo một xe tiêm, 2 người quan sát tiến hành quan sát độc lập và song song, sau đó so sánh và thống nhất cách lấy số liệu, hoàn thiện “Phiếu thu thập số liệu” và làm quen với môi trường làm việc tại khoa lâm sàng. Sau khi kết thúc nghiên cứu thử nghiệm, nhóm nhận thấy khoa lâm sàng có từ 2 xe tiêm trở lên, mỗi xe tiêm có 1 hoặc 1 nhóm điều dưỡng thực hiện thuốc tại một dãy phòng bệnh nhất định. Điều dưỡng hoặc nhóm điều dưỡng thực hiện thuốc luân phiên thay đổi theo ngày. Nhóm thống nhất lấy số liệu mỗi khoa trong vòng một ngày và thứ tự các khoa lấy số liệu là ngẫu nhiên. Mục đích quan sát được bảo mật, các điều dưỡng trưởng và điều dưỡng thực hiện thuốc không biết mục đích của nghiên cứu.

Tại mỗi khoa, mỗi thành viên trong nhóm quan sát sẽ đi cùng với một xe tiêm, tiến hành quan sát tất cả các lượt thuốc được thực hiện bởi một hoặc một nhóm điều dưỡng phụ trách xe tiêm đó, lựa chọn xe tiêm sáng chiều khác nhau để đảm bảo quan sát được tối đa các lượt thực hiện thuốc của các điều dưỡng khác nhau. Trong quá trình quan sát, người quan sát ghi nhận các thông tin thu thập được vào “Phiếu thu thập thông tin”.

DRPs được phát hiện bằng cách đối chiếu thông tin từ “Phiếu thu thập thông tin” với y lệnh của bác sĩ trong bệnh án điện tử, trường hợp y lệnh thiếu thông tin sẽ so sánh với Hướng dẫn sử dụng thuốc tiêm, truyền tại bệnh viện năm 2022. Sau đó tiến hành phân loại DRPs theo hệ thống phân loại được xây dựng căn cứ theo hệ thống phân loại của Elizabeth A. F (3), bao gồm: sai thuốc, sai liều, sai dạng bào chế, sai kỹ thuật chuẩn bị, truyền đạt thông tin sai/thiếu, bỏ lỡ thuốc, chênh lệch thời gian (thời gian bệnh nhân nhận được thuốc chênh lệch quá 90 phút so với thời gian trong y lệnh), tốc độ đưa thuốc (chênh lệch quá 15% tốc độ qui định), sai đường dùng, sai kỹ thuật đưa thuốc, DRPs khác.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

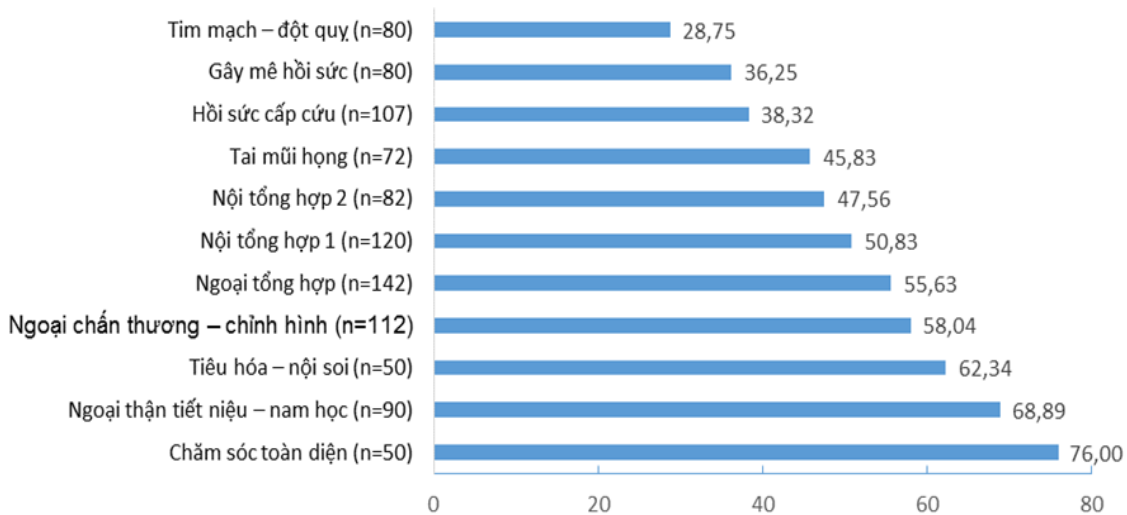
Toàn bộ dữ liệu được phân tích trên phần mềm Microsoft Excel 2016 và R.4.0.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đưa vào đánh giá 1012 lượt thực hiện thuốc tiêm, truyền tại 11 khoa lâm sàng, kết quả ghi nhận 518 lượt thực hiện thuốc có DRPs (51,19%), với tổng số DRPs là 573, số lượng DRPs trung bình/lượt thực hiện thuốc là 0,56. Tỷ lệ DRPs trong thực hiện thuốc tiêm, truyền ở các khoa lâm sàng được thể hiện trong hình 1. Khoa có tỷ lệ

DRPs nhiều nhất là khoa Chăm sóc toàn diện và nam học (68,89%) và khoa Tiêu hóa-nội (76%), tiếp theo là khoa Ngoại thận tiết niệu soi (62,34%).

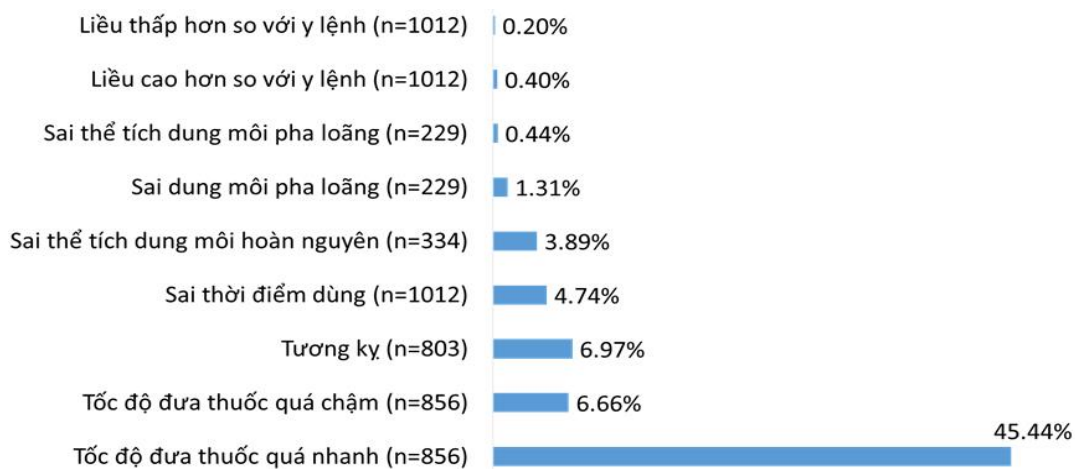
Tỉ lệ DRPs trong thực hiện thuốc ở các khoa lâm sàng (%)



Hình 1. Tỉ lệ DRPs trong thực hiện thuốc tiêm, truyền ở các khoa lâm sàng

Chi tiết DRPs được thể hiện trong hình 2. DRPs phổ biến nhất là tốc độ đưa thuốc quá nhanh (45,44%) liên quan chủ yếu đến các thuốc tiêm tĩnh mạch chậm. DRPs liều cao hơn so với y lệnh được ghi nhận với 0,4% lượt thực hiện thuốc, gặp phải với 2 thuốc Solu-medrol và Piracetam tiêm. DRPs sai dung môi hoàn nguyên gặp phải với 2 thuốc Nexium và Ulceron với tỉ lệ 1,31%. Vấn đề

tương kỵ tiêm truyền cũng được ghi nhận với tỉ lệ 6,97%. Các cặp tương kỵ được thể hiện chi tiết ở bảng 1. Cặp tương kỵ có tần suất gặp nhiều nhất là Cefotaxim và Ciprofloxacin, sau đó là Cefotaxim và Metronidazol, Metronidazol và Ceftriaxon, Ampicillin/ sulbactam và Clindamycin, Vancomycin và Ciprofloxacin.



Hình 2. Tỉ lệ DRPs trong thực hiện thuốc tiêm, truyền theo nhóm sai sót

Bảng 1. Các cặp tương kỵ dùng thuốc tiêm, truyền

Cặp hoạt chất có nguy cơ tương kỵ	Số lượng	Khoa lâm sàng
Ceftazidim- Ciprofloxacin	10	Nội Tổng hợp 1, Nội TH 2, Chăm sóc toàn diện, Ngoại Tổng hợp
Cefotaxim - Metronidazol	8	Ngoại thận tiết niệu – nam học
Ceftriaxon - Metronidazol	4	Nội tổng hợp 2, Ngoại tổng hợp
Ampicillin/sulbactam - Clindamycin	4	Ngoại chấn thương – chỉnh hình
Vancomycin - Ciprofloxacin	3	Nội Tổng hợp 1, Ngoại chấn thương – chỉnh hình

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ DRPs của điều dưỡng trong thực hành thuốc tiêm, truyền là 51,19%. DRPs trung bình/thực hiện thuốc là 0,56. DRPs phổ biến nhất liên quan đến sai tốc độ (45,44%) và tương kỵ khi dùng thuốc (6,97%). Trong một nghiên cứu được thực hiện tại khoa cấp cứu của một bệnh viện giảng dạy ở Tehran năm 2015, sai sót trong thực hiện thuốc nhiều nhất là sai thuốc (27,1%), sai liều (17,9%), sai tốc độ (17,2%) trong khi tương kỵ khi dùng thuốc là 4,5% (4). Một nghiên cứu tương tự được thực hiện tại sáu khoa nội và khoa phẫu thuật tại hai bệnh viện giảng dạy ở Úc, cho thấy tốc độ truyền sai và tương kỵ thuốc là những sai sót phổ biến nhất khi dùng thuốc đường tĩnh mạch (5). Nhìn chung, kết quả nghiên cứu khá tương đồng với các kết quả của các nghiên cứu khác trên thế giới khi các lỗi sai thường gặp là sai sót về tốc độ, thời gian và tương kỵ khi dùng thuốc. Chỉ có 6 trường hợp được ghi nhận là sai liều so với y lệnh cho thấy liều thuốc sử dụng cho bệnh nhân được đảm bảo khá chính xác. Đây có thể do điều dưỡng khi thực hiện thuốc thường mang theo sổ thực

hành thuốc để kiểm tra trước khi dùng thuốc.

Về tốc độ thực hiện thuốc tiêm, truyền, tất cả các lượt kê đơn thuốc tiêm tĩnh mạch chậm của bác sĩ đều được thực hiện nhanh hơn so với y lệnh. Thời gian thực hiện thuốc phần lớn dưới 1 phút 30 giây. Mặc dù, đối với nhóm kháng sinh, điều dưỡng có điều chỉnh tốc độ tiêm chậm hơn so với tiêm tĩnh mạch các thuốc khác, dù vậy thời gian tiêm vẫn dưới 1 phút. Do số lượng bệnh nhân lớn, việc tiêm tĩnh mạch chậm theo đúng thời gian như Hướng dẫn tiêm, truyền là rất khó khả thi để thực hiện. Đối với thuốc tiêm đường tĩnh mạch, thể tích thuốc thường ít nên nồng độ thuốc cao, nếu tiêm tĩnh mạch quá nhanh, một lượng thuốc lớn tập trung tại vị trí tiêm hoặc trong tuần hoàn có thể gây ra một số phản ứng có hại. Một số thuốc được bác sĩ kê tiêm tĩnh mạch chậm mà nhóm ghi nhận được: Ceftazidim, Cefazolin, Ampicillin – Sulbactam, Pantoprazol, Metoclopramid, Acety leucin, Diphenylhydramin, Methylprednisolon. Tiêm tĩnh mạch chậm là đưa thuốc theo đường tĩnh mạch trong thời gian từ 3 – 5 phút. Tiêm tĩnh mạch chậm được khuyến cáo với mục đích: điều dưỡng thực hiện thuốc có thời gian quan

sát người bệnh và vị trí tiêm thuốc để phát hiện sớm những phản ứng bất lợi, đặc biệt là các biểu hiện của sốc phản vệ như mày đay, ban ngứa, choáng, tụt huyết áp, tím tái, đổ mồ hôi... để xử lý kịp thời; hạn chế các phản ứng kích ứng tại chỗ gây viêm tĩnh mạch, sưng đau vị trí tiêm, đặc biệt là đối với các thuốc có độ hòa tan thấp; đối với các thuốc tiêm có chứa tá dược propylen glycol, nếu tiêm tĩnh mạch nhanh có thể gây hạ huyết áp, truy tìm mạch hoặc ức chế hệ thần kinh trung ương; đối với một số thuốc tiêm, nếu tiêm tĩnh mạch nhanh có thể gây ra các tác dụng không mong muốn như: Digoxin nếu tiêm tĩnh mạch nhanh có thể gây co thắt mạch máu toàn thân và động mạch vành.

Về quá trình chuẩn bị thuốc, các lượt điều dưỡng sử dụng thiếu thể tích dung môi hoàn nguyên xảy ra đối với Ulcerol 40mg (92%) và Nexium 40mg (8%). Theo y lệnh và Hướng dẫn tiêm, truyền, thể tích dung môi tối thiểu để hòa tan 1 lọ Ulcerol 40mg là 10ml nước cất pha tiêm, trên thực tế điều dưỡng chỉ sử dụng 5ml để hòa tan thuốc. Đây là thuốc được tiêm trực tiếp vào tĩnh mạch với tốc độ tiêm tĩnh mạch chậm. Việc điều dưỡng sử dụng lượng dung môi thấp để hòa tan có thể làm cho thuốc không tan hết và nồng độ quá cao kết hợp với việc đưa thuốc vào tĩnh mạch tốc độ lớn có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện những biến cố bất lợi trên bệnh nhân. Mặc dù trong quá trình quan sát, nhóm chưa phát hiện ra bất kỳ biến cố có hại nào nhưng không có nghĩa là không xuất hiện trên bệnh nhân trong tương lai.

Vấn đề tương kỵ ghi nhận với tỉ lệ lớn (6,97%), cao hơn nghiên cứu được thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực của bệnh viện Iran năm 2015 với tỉ lệ ghi nhận chỉ 4,5% (4). Nguyên nhân chính là do bệnh viện chưa thực hiện tráng rửa kim luồn thường quy giữa các lần đưa thuốc. Số lượt thực hiện sử dụng kim luồn là 834 (82,41%) lượt và 178 (17,59%) lượt không sử dụng kim luồn. Tuy nhiên, số lượt điều dưỡng thực hiện tráng kim luồn giữa các lần đưa thuốc không nhiều. Một lượt không tráng kim luồn được tính là giữa các lượt dùng thuốc liên tiếp mà không sử dụng 3-5ml NaCl 0.9% để tráng. Đối với những lượt sử dụng thuốc ngay sau khi đặt kim luồn hay những lượt thực hiện thuốc có sẵn kim luồn nhưng ngay trước đó không sử dụng thuốc nào sẽ không tính là không tráng. Việc không tráng kim luồn giữa các lần đưa thuốc liên tiếp làm tăng nguy cơ xảy ra tương kỵ giữa một số cặp thuốc đặc biệt đối với đường tiêm tĩnh mạch do nồng độ thuốc cao, tốc độ tiêm nhanh khiến thuốc tập trung nồng độ lớn gần vị trí tiêm, tăng cơ hội tiếp xúc giữa các thuốc. Nghiên cứu ghi nhận được 54 lần thực hiện thuốc có khả năng xảy ra tương kỵ. Biện pháp hạn chế tương kỵ xảy ra là tráng kim luồn với 3-5ml NaCl 0.9%, hoặc kéo dài khoảng thời gian giữa 2 lần dùng thuốc và tránh dùng liên tiếp hai thuốc xảy ra tương kỵ với nhau. Bệnh viện cần xây dựng quy trình đưa thuốc qua kim luồn, tập trung vào vấn đề tráng kim luồn giữa các lần đưa thuốc để đảm bảo hạn chế tối đa tương kỵ dùng thuốc.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận DRPs thực hiện thuốc tiêm, truyền ở tất cả các khoa lâm sàng. Những DRPs phổ biến nhất là không tiêm tĩnh mạch chậm với các thuốc đã được nhà sản xuất hướng dẫn tiêm tĩnh mạch chậm. Do không thực hiện tráng kim luôn thường quy giữa các lần thực hiện thuốc nên vấn đề tương kỵ thuốc được ghi nhận với tỉ lệ không nhỏ. Những DRPs sai liều, sai thể tích dung môi hoàn nguyên được ghi nhận với một số lượng nhỏ. Bệnh viện cần tìm ra nguyên nhân hệ thống và xây dựng giải pháp, tập huấn cho toàn thể cán bộ y tế về vấn đề thực hiện thuốc tiêm, truyền an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM.** Prevalence and nature of medication administration errors in health care settings: a systematic review of direct observational evidence. *The Annals of pharmacotherapy.* 2013;47(2):237-56.
2. **Runciman WB, Roughead EE, Semple SJ, Adams RJ.** Adverse drug events and medication errors in Australia. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care.* 2003;15 Suppl 1:i49-59.
3. **Flynn EA, Barker KN.** Research on errors in dispensing and medication administration. In: Cohen MR, editor. *Medication errors.* Washington: American Pharmacists Association; 2007. p. 15-35.
4. **Bagheri-Nesami M, Esmaili R, Tajari M.** Intravenous medication administration errors and their causes in cardiac critical care units in Iran. *Materia socio-medica.* 2015; 27(6): 442-6.
5. **Westbrook JI, Rob MI, Woods A, Parry D.** Errors in the administration of intravenous medications in hospital and the role of correct procedures and nurse experience. *BMJ quality & safety.* 2011;20(12):1027-34.

TÁC DỤNG CHỐNG VIÊM MẠN TRÊN MÔ HÌNH GÂY U HẠT THỰC NGHIỆM CỦA CAO TOÀN PHẦN SÀI HỒ NAM (*PLUCHEA PTEROPODA* HEMSL.) THU HÁI TẠI HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Dung¹, Ngô Thị Quỳnh Mai¹, Phạm Thị Minh Hà¹

TÓM TẮT

Sài hồ nam (*Pluchea pteropoda* Hemsl) phân bố chủ yếu ở vùng ven biển, cửa sông, thường được dân gian dùng trong chữa cảm do nhiệt sốt, cảm nắng, viêm loét... Mặc dù, đã có nhiều bằng chứng khoa học chỉ ra rằng các cây thuộc chi *Pluchea* thể hiện tác dụng chống viêm tốt, nhưng các nghiên cứu trên Sài hồ nam còn hạn chế, chỉ có một số ít nghiên cứu về đặc điểm thực vật và thành phần hóa học nhằm định danh loài này. Do đó, để cung cấp những bằng chứng và cơ sở khoa học cho việc phát triển các sản phẩm chăm sóc và bảo vệ sức khỏe từ nguồn nguyên liệu bản địa, đề tài “Tác dụng chống viêm mạn trên mô hình gây u hạt thực nghiệm của cao toàn phần Sài hồ nam (*Pluchea pteropoda* Hemsl) thu hái tại Hải Phòng” được thực hiện. Đây là báo cáo đầu tiên về hoạt động chống viêm của *Pluchea pteropoda*, và kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây về tác dụng chống viêm của chi *Pluchea*. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy, cao toàn phần Sài hồ nam với liều 141,0 mg/kg và 282,0 mg/kg có tác dụng chống viêm mạn tính trên mô hình gây u hạt thực nghiệm sử dụng động vật thí nghiệm là chuột nhắt trắng.

Từ khóa: Sài hồ nam, chống viêm, *Pluchea pteropoda*

SUMMARY

CHRONIC ANTI-INFLAMMATORY EFFECTS ON AN EXPERIMENTAL GRANULOMATOUS MODEL OF SAI HO NAM (*PLUCHEA PTEROPODA* HEMSL.) COLLECTED IN HAI PHONG

Pluchea pteropoda Hemsl. is mainly distributed in coastal areas and estuaries, is often used by folk to treat colds caused by fever, sunstroke, ulcers, ... Although there is much scientific evidence studies shown *Pluchea* species have good anti-inflammatory effects, but research on Sai ho nam is limited, with only a few studies on plant characteristics and chemical composition to identify this species. Therefore, to provide evidence and scientific basis for the development of health care and protection products from indigenous raw materials, the topic "Chronic anti-inflammatory effects on an experimental granulomatous model of *Pluchea pteropoda* Hemsl. collected in Hai Phong" were carried out. This is the first report on the anti-inflammatory activity of *Pluchea pteropoda*, and this result is consistent with previous studies on the anti-inflammatory effects of the genus *Pluchea*. The results of this study show that whole Sai hunan extract at doses of 141.0 mg/kg and 282.0 mg/kg has chronic anti-inflammatory effects on an experimental granulomatous model using experimental animals, white mice.

Keywords: Sai ho nam, anti-inflammatory, *Pluchea pteropoda*

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Quỳnh Mai

Email: ntqmai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 11/3/2024

Ngày duyệt bài: 19/4/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sài hồ nam (*Pluchea pteropoda* Hemsl); còn có tên gọi khác là Lúc, Hải sài, Nam sài hồ; là một loài thuộc họ Cúc (*Asteraceae*) [1]. Cây phân bố chủ yếu ở vùng ven biển nhiệt đới châu Á, từ phía nam Trung Quốc, gồm cả đảo Hải Nam đến Việt Nam, Campuchia, Thái Lan và một số nước khác ở Đông Nam và Nam Á. Tại Việt Nam, nơi sống chủ yếu của Sài hồ nam thuộc lưu vực các cửa sông, trên bờ các kênh rạch, ven đường đi, bờ ruộng cao ở khu vực ven biển [1]. Theo Y học cổ truyền, cây có vị đắng, tính hơi lạnh, có công năng phát tán phong nhiệt, giải uất, lợi tiểu, điều kinh, do đó có tác dụng với trường hợp cảm nắng, cảm do nhiệt sốt [1]. Trong dân gian còn dùng lá để xông làm toát mồ hôi, hoặc trị các vết loét có giới ở trâu, bò [1].

Nhiều bằng chứng khoa học đã chỉ ra các cây thuộc chi *Pluchea* thể hiện tác dụng chống viêm [2]. Cây Cúc tần (*Pluchea indica* Less) đã được chứng minh có tác dụng chống viêm cả trên in vitro và in vivo [2]. Sài hồ nam cũng là một cây thuộc chi *Pluchea* và có nhiều đặc điểm hình thái giống với cây Cúc tần, dễ gây nhầm lẫn và nhiều lúc được sử dụng thay thế cho nhau [1]. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về tác dụng sinh học của Cúc tần, nhưng các nghiên cứu trên Sài hồ nam còn hạn chế, chỉ có một số ít nghiên cứu về đặc điểm thực vật và thành phần hóa học nhằm định danh loài này [3]. Trong nghiên cứu sàng lọc một số cây thuốc ở vùng ven biển Hải Phòng của Ngô Thị Quỳnh Mai và cộng sự [4], cho thấy Sài hồ nam có nhiều polyphenol với hàm lượng 44,29 mg/g và hoạt tính dọn gốc tự do DPPH rõ ràng với IC₅₀ là 89,6 µg/ml, thể hiện tiềm năng của loài cây này trong nghiên cứu ứng dụng phát triển thuốc. Theo nghiên cứu của Đoàn

Thanh Tường [5], lần đầu tiên đã phân lập được 8 hợp chất có cấu trúc sterol và triterpenoid từ dịch chiết n-hexan của cây Sài hồ nam ở Hải Hậu, Nam Định. Hải Phòng, thành phố ven biển với đường bờ biển dài hơn 125 km, là môi trường thuận lợi cho sự sinh trưởng và phát triển của Sài hồ nam. Do đó, để cung cấp những bằng chứng và cơ sở khoa học cho việc phát triển các sản phẩm chăm sóc và bảo vệ sức khỏe từ nguồn nguyên liệu bản địa, đề tài “Tác dụng chống viêm mạn trên mô hình gây u hạt thực nghiệm của cao toàn phần Sài hồ nam (*Pluchea pteropoda* Hemsl) thu hái tại Hải Phòng” được thực hiện với mục tiêu đánh giá tác dụng chống viêm mạn tính bằng mô hình gây u hạt thực nghiệm của cao toàn phần cây Sài hồ nam thu hái tại Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đề tài sử dụng cao toàn phần của toàn cây Sài hồ nam (*Pluchea pteropoda* Hemsl) thu hái tại Cát Hải, Hải Phòng từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 10 năm 2023. Mẫu nghiên cứu được giám định tên khoa học bởi Trung tâm Tài nguyên Dược liệu, Viện Dược liệu và lưu mẫu tại Bộ môn Dược liệu - Dược cổ truyền, Khoa Dược, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Chuẩn bị mẫu

- Mẫu thử: Cao toàn phần cây Sài hồ nam (CTPSHN) pha trong nước cất với nồng độ 14,1 mg/ml và 28,2 mg/ml để tương ứng với mức liều 141,0 mg/kg và 282,0 mg/kg khi cho chuột uống 1 ml/100 g cân nặng. Mức liều này được tính toán dựa vào mức liều thường dùng trên người là 20 gram dược liệu khô/ngày và bảng ngoại suy liều giữa các loài [6].

- Mẫu đối chứng dương: prednisolon được pha trong nước cất ở nồng độ 0,50 mg/ml tương ứng liều 5 mg/kg khi cho chuột uống 1ml/100g cân nặng.

2.2.2. Động vật thí nghiệm

Chuột nhắt trắng chủng Swiss đực khỏe mạnh, trọng lượng 25 -30 g do Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương cung cấp. Để chuẩn bị cho thử nghiệm, chuột được cho ăn thức ăn đầy đủ theo tiêu chuẩn của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Chuột được chăm sóc và nuôi trong phòng thí nghiệm với nhiệt độ duy trì $25 \pm 1^\circ\text{C}$, ăn uống đầy đủ, chu kỳ sáng tối là 12/12 giờ (chu kỳ sáng từ 7:00 - 19:00). Chuột được nuôi ổn định 5 ngày trước khi tiến hành thí nghiệm.

2.2.3. Tiến hành thí nghiệm

Tác dụng chống viêm mạn tính được thử theo mô hình gây u hạt thực nghiệm có cải tiến [6]. Thí nghiệm được tiến hành trên chuột nhắt như sau:

Chuột được chia ngẫu nhiên thành các lô, mỗi lô 10 con.

- Lô 1 (Lô chứng bệnh lý): chuột được uống nước

- Lô 2 (Lô uống cao toàn phần Sài hồ nam liều 141,0 mg/kg): chuột được uống dung dịch Sài hồ nam liều 141,0 mg/kg

- Lô 3 (Lô uống cao toàn phần Sài hồ nam liều 282,0 mg/kg): chuột được uống dung dịch Sài hồ nam liều 282,0 mg/kg

- Lô 4 (Lô chứng dương): chuột được uống prednisolone liều 5 mg/kg.

Ngày thứ 1: Chuột ở các lô được gây mê bằng cloral hydrat liều 350 mg/kg theo đường tiêm phúc mạc. Khi chuột đã hôn mê, cạo lông ở lưng và sát trùng bằng dung dịch ethanol 70°. Rạch da theo một đường có chiều dài khoảng 2 cm và đặt ở dưới da một viên gạc bông vê tròn có tẩm carrageenan

1% (đã được sấy tiệt trùng ở 100°C trong 2 giờ) vào dưới da lưng chuột. Khâu vết rách lại, sát trùng bằng dung dịch Betadin.

Ngày sau khi cấy bông, cho chuột uống nước, thuốc đối chiếu prednisolone liều 5 mg/kg, và cao toàn phần Sài hồ nam liều 141,0 và 282,0 mg/kg hàng ngày vào một giờ nhất định, mỗi ngày 1 lần theo từng lô. Chuột được cho uống mỗi lần với thể tích 1ml/100g cân nặng chuột từ ngày thứ nhất đến ngày thứ 10.

Ngày thứ 11, chuột được nhin ăn 2 tiếng trước khi gây mê bằng cloral hydrat liều 350 mg/kg theo đường tiêm phúc mạc và làm chết chuột bằng cách kéo đứt sống cổ, bóc tách ổ viêm. Thực hiện cân từng ổ viêm khi vừa bóc tách được khối lượng ổ viêm tươi. Sau đó, đem các ổ viêm tươi sấy khô đến khối lượng không đổi ở nhiệt độ 80°C rồi mang đi cân được khối lượng ổ viêm khô.

2.2.4. Xử lý số liệu

Các số liệu thực nghiệm được xử lý thống kê theo phương pháp thống kê sinh học, sử dụng R4.3.1 và Microsoft Excel. Kết quả thí nghiệm được biểu thị bằng trị số trung bình $\pm$ sai số chuẩn ($M \pm SE$). Đánh giá, so sánh giữa các lô thí nghiệm bằng phương pháp thống kê sử dụng kiểm định Mann - Whitney U - test. Giá trị đạt ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Khối lượng u hạt tươi

Mức độ tăng khối lượng u hạt tươi trên chuột ở các lô chứng dương prednisolon 5 mg/kg, lô cao toàn phần Sài hồ nam liều 141,0 mg/kg và 282,0 mg/kg được tính toán và so sánh với lô chứng bệnh lý, thể hiện ở Bảng 1.

Bảng 1. Ảnh hưởng của cao toàn phần lên mức độ tăng khối lượng u hạt tươi

Lô	Khối lượng ổ viêm tươi (mg)	Phần trăm ức chế viêm (I _t %)
Chứng bệnh lý	314 ± 24,04	
CTPSHN 141,0 mg/kg	243 ± 21,7*	22,8
CTPSHN 282,0 mg/kg	223 ± 19,8**	29,0
Prednisolon 5 mg/kg [#]	135,5 ± 11,7***	56,9

*: $p < 0,05$ so với lô chứng bệnh lý cùng thời điểm

**: $p < 0,01$ so với lô chứng bệnh lý cùng thời điểm

***: $p < 0,001$ so với lô chứng bệnh lý cùng thời điểm

[#]: chứng dương

Kết quả cho thấy lô chuột uống cao toàn phần Sài hồ nam với liều 141,0 mg/kg và 282,0 mg/kg đã làm giảm khối lượng ổ viêm so với lô chứng bệnh lý lần lượt là 22,8 % và 29 % có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,01$. Lô chứng dương uống prednisolon liều 5 mg/kg đã làm giảm 56,9 % khối lượng ổ viêm so với lô chứng bệnh lý, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2. Khối lượng u hạt khô

Mức độ tăng khối lượng u hạt khô trên chuột ở các lô chứng dương prednisolon 5 mg/kg, lô cao toàn phần Sài hồ nam liều 141,0 mg/kg và 282,0 mg/kg được tính toán và so sánh với lô chứng bệnh lý được thể hiện ở Bảng 2.

Bảng 2. Ảnh hưởng cao toàn phần lên mức độ tăng khối lượng u hạt khô

Lô	Khối lượng ổ viêm khô (mg)	Phần trăm ức chế viêm (I%)
Chứng bệnh lý	81 ± 5,8	
CTPSHN 141,0 mg/kg	60,4 ± 6,0*	25,4
CTPSHN 282,0 mg/kg	49,2 ± 5,1***	39,3
Prednisolon 5 mg/kg [#]	37,6 ± 4,7***	53,6

*: $p < 0,05$ so với lô chứng bệnh lý cùng thời điểm

**: $p < 0,01$ so với lô chứng bệnh lý cùng thời điểm

***: $p < 0,001$ so với lô chứng bệnh lý cùng thời điểm

[#]: chứng dương

Kết quả cho thấy chuột uống cao toàn phần Sài hồ nam với liều 141,0 mg/kg và 282,0 mg/kg đã làm giảm khối lượng ổ viêm khô so với lô chứng bệnh lý lần lượt là 25,4 % và 39,3 % đạt ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. Lô chứng dương uống prednisolon liều 5 mg đã làm giảm 53,6 % khối lượng ổ viêm khô so với lô chứng bệnh lý, đạt ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Trong các mô hình thử nghiệm tác dụng chống viêm mạn tính in vivo, mô hình gây u

hạt bằng viên bông tẩm carrageenan là mô hình được sử dụng phổ biến. Carrageenan là một polysaccharide có khả năng kích thích quá trình viêm. Cơ thể chuột sẽ phản ứng viêm bằng cách tập trung nhiều tế bào, tạo ra mô bào lưới, nguyên bào sợi bao quanh vật lạ làm tăng khối lượng u hạt cũng như tăng dịch rỉ làm tăng khối lượng u tươi. Mô hình gây u hạt thực nghiệm được xem là một mô hình tin cậy để đánh giá tác dụng trên sự suy giảm chức năng đại thực bào và sự hình thành u hạt, dùng cho đánh giá tác dụng của thuốc ức chế chống lại sự hoạt hóa

(activation), thâm nhiễm (infiltration) và kết tập (aggregation) của đại thực bào, chống lại quá trình hình thành các tổ chức u hạt trong viêm mạn. Đây là những vấn đề có vai trò trung tâm trong việc hình thành, duy trì và phát triển u hạt trong nhiều tình trạng bệnh. Prednisolon là thuốc chống viêm steroid kinh điển, tác dụng chủ yếu chống viêm mạn tính do ức chế đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào do các lympho T đảm nhận. Vì vậy, nhóm nghiên cứu đã lựa chọn Prednisolon làm thuốc đối chiếu trong mô hình thử nghiệm tác dụng chống viêm mạn tính của cao toàn phần cây Sài hồ nam thu hái tại Hải Phòng [7].

Kết quả thực nghiệm thu được cao toàn phần Sài hồ nam với mức liều 141,0 mg/kg và 282,0 mg/kg đã ức chế cả quá trình tiết dịch và sự tăng sinh mô trong thử nghiệm tác dụng chống viêm mạn tính. Tác dụng chống viêm ở mức liều 282,0 mg/kg trên ổ viêm tươi và ổ viêm khô đều thể hiện tác dụng mạnh hơn liều 141,0 mg/kg, thể hiện sự tuyến tính theo liều của mẫu thử.

Đây là báo cáo đầu tiên về hoạt động chống viêm của Sài hồ nam, và kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây về tác dụng chống viêm của chi *Pluchea*. Theo nghiên cứu đã công bố cho thấy cả dịch chiết từ lá và rễ của một loài *Pluchea* khác là cây Cúc tần (*P. indica*) đều có tác dụng chống viêm. Chiết xuất lá *P. indica* cho thấy tác dụng ức chế phù nề ở liều từ 150 đến 600 mg/kg. Ở mức liều 150 mg/kg, chiết xuất lá *P. indica* làm giảm thể tích phù chân chuột lần lượt là 37,5%, 36% và 23,5% sau 1, 3 và 5 giờ. Chiết xuất từ rễ của loại cây này cho thấy tác dụng chống viêm đáng kể chống lại nhiều loại tác nhân gây viêm khác nhau, bao gồm histamine, serotonin, hyaluronidase và carrageenan [2]. Theo nghiên cứu của Hamid

và cộng sự [2], cao chiết methanol của rễ cây Cúc tần cho thấy ở liều 100 mg/kg và 300 mg/kg có tác dụng chống viêm mạn tính với tác dụng ức chế khối lượng khối u 63,1 và 69,8% bằng thử nghiệm tạo u hạt bằng cấy bông tằm carrageenan trên chuột cống. Phân đoạn ethylacetat của lá cây Cúc tần thể hiện tác dụng chống viêm trên mô hình gây phù tai chuột bằng ethylphenylpropiolate và mô hình gây phù chân chuột bằng carrageenan. Cơ chế của nó cũng được chứng minh là do ức chế sản xuất NO và PEG₂ [8]. Một loài *Pluchea* khác phổ biến ở Nam Mỹ, *P. sagittalis*, lại thể hiện tác dụng chống phù trên nhiều mô hình đánh giá tác dụng chống viêm trên cả chuột cống và chuột nhắt. Dịch chiết nước toàn cây của loài này ức chế phù tai chuột gây ra bởi acid arachidonic 44,3% và ức chế phù tai chuột gây ra bởi dầu croton là 53,1% ở mức liều 100 µg/con. Trên mô hình gây phù chân chuột bằng carrageenan và dextran, mức liều 100 mg/kg cao chiết nước cây này có tác dụng ức chế viêm 50% và 63,3%. Như vậy, mặc dù khả năng ức chế ổ viêm tươi và ổ viêm khô của cao toàn phần Sài hồ nam ở mức liều 141,0 mg/kg và 282,0 mg/kg đều dưới 40% nhưng cũng thể hiện sự tương đồng về tác dụng chống viêm mạn tính trên mô hình gây u hạt thực nghiệm của các loài này. Do có sự tương quan về liều và tác dụng nên mức liều cao hơn của Sài hồ nam có thể cho kết quả chống viêm tốt hơn. Nghiên cứu này được coi là bước sàng lọc ban đầu cho việc tìm kiếm các thuốc chống viêm có nguồn gốc từ thiên nhiên.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Cao toàn phần Sài hồ nam với liều 141,0 mg/kg và 282,0 mg/kg có tác dụng chống viêm mạn tính trên mô hình gây u hạt thực nghiệm sử dụng động vật thí nghiệm là chuột

nhất trắng. Kết quả nghiên cứu cho thấy lô chuột uống cao toàn phần Sài hồ nam với liều 141,0 mg/kg và 282,0 mg/kg đã làm giảm khối lượng ổ viêm tươi so với lô chứng bệnh lý lần lượt là 22,8%; 29% và làm giảm khối khối lượng ổ viêm khô lần lượt là 25,4% và 39,3%.

Với các kết quả nghiên cứu trên, nhóm nghiên cứu kiến nghị tiếp tục thực hiện các nghiên cứu về tính an toàn và cơ chế tác dụng chống viêm của Sài hồ nam để làm căn cứ phát triển sản phẩm chăm sóc sức khỏe theo định hướng chống viêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Huy Bích, et al.**, Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam. Vol. 2. 2006: Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật.
2. **Abd Hamid, R., E. Abd Kadir, và Z. Ahmad**, Anti-inflammatory and antinociceptive activities of the ethanolic extract of *Pluchea indica* (L) less leaf. *Pharmacologyonline*, 2008. 2: p. 349-360.
3. **Liang, Z., et al.**, The complete chloroplast genome of *Pluchea pteropoda* Hemsl, a mangrove associate plant. *Mitochondrial DNA B Resour*, 2021. 6(6): p. 1729-1731.
4. **Ngô Thị Quỳnh Mai, et al.**, Khảo sát thành phần hóa học của một số cây thuốc thu hái tại vùng ven biển Cát Hải, Hải Phòng. *Tạp chí Khoa học sức khỏe*, 2022. 1(2): p. 49 - 56.
5. **Đoàn Thanh Tường**, Nghiên cứu một số thành phần hóa học cây Sài hồ nam (*P.teropoda* Hemsl và cây Cúc tần (*P.indica* Less)Việt Nam, in *Hóa học*. 2001, Trường Đại học sư phạm Hà Nội.
6. **Viện Dược liệu**, Phương pháp nghiên cứu tác dụng dược lý của thuốc từ thảo dược. 2006: Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật.
7. **Patel M., Muruganathan, và G.S.K. P**, In vivo animal models in preclinical evaluation of anti-inflammatory activity- a review. *International journal of pharmaceutical research and allied sciences*, 2012. 1(2): p. 1 - 5.
8. **Buapool, D., et al.**, Molecular mechanism of anti-inflammatory activity of *Pluchea indica* leaves in macrophages RAW 264.7 and its action in animal models of inflammation. *Journal of Ethnopharmacology*, 2013. 146(2): p. 495-504.

Kiến thức của người chăm sóc sản phụ sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2023

Trần Thuỳ Dương¹, Nguyễn Thị Hòa², Nguyễn Thị Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức về chăm sóc sau sinh của người chăm sóc và xác định một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 150 người chăm sóc tại 3 khoa Sản 1, Sản 2 và Sản 3 tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. **Kết quả:** Tỷ lệ kiến thức đúng thuộc 4 khía cạnh liên quan đến chăm sóc sau sinh bao gồm: chế độ ăn uống, nuôi con sữa mẹ, vệ sinh cá nhân, chế độ vận động con lần lượt là 14,7%; 11,3%; 20,0%, 27,3%. Tỷ lệ kiến thức chung đúng của người chăm sóc chiếm 18,3%. Các yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh gồm: số lần chăm sóc sau sinh, địa điểm sinh sống. **Kết luận:** Giúp đỡ sản phụ và người chăm sóc trong việc chọn lọc những thói quen tốt, thay đổi dần những thói quen không có lợi cho sản phụ sau sinh.

Từ khóa: người chăm sóc, chăm sóc sau sinh

SUMMARY

THE KNOWLEDGE OF PRACTICE ABOUT POSTPARTUM CARE IN

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thuỳ Dương.

Email: ttduong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 8/4/2024

Ngày duyệt bài: 16/4/2024

CARE GIVERS AT HAI PHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2023

Objective: Describe the status of caregivers' knowledge of postpartum care and some related factors at Hai Phong obstetrics hospital in 2023. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted Over 150 caregivers at 3 obstetrics departments 1, 2 and 3 at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** The rate of correct knowledge in 4 aspects related to postpartum care including: diet, breastfeeding, personal hygiene, and child exercise regimen was low at 14,7%; 11,3%; 20,0%, 27,3%. The rate of correct general knowledge of caregivers is 18,3%. Factors related to postpartum care knowledge include: number of times of postpartum care, location of living. **Conclusion:** Helping pregnant women and caregivers in choosing good habits and gradually changing habits that are not beneficial for postpartum women.

Keywords: caregivers, postpartum care

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giai đoạn ngay sau sinh là giai đoạn rất nhạy cảm nếu sản phụ và trẻ sơ sinh được chăm sóc một cách khoa học sẽ tạo được tiền đề tốt cho sức khỏe của mẹ-con, góp phần giảm thiểu tỷ lệ tử vong và bệnh tật, đảm bảo sự an toàn, phòng tránh hoặc phát hiện sớm những biến chứng sau sinh, giúp sản phụ chóng hồi phục về sức khỏe [1], [2]. Tuy nhiên, hầu hết các hoạt động chăm sóc sau

sinh (CSSS) hiện nay mới chỉ được chú trọng trong thời gian các bà mẹ nằm viện (24-48 giờ đầu tiên) [1], [3]. Công tác chăm sóc sau sinh bị xem nhẹ làm giảm cơ hội nâng cao sức khỏe của bà mẹ và trẻ em, cũng như làm chậm quá trình phát hiện sớm và điều trị bệnh tật cho họ. Kiến thức và thực hành về chăm sóc sau sinh của bà mẹ hiện còn mang tính kinh nghiệm và tự phát, chịu nhiều ảnh hưởng của niềm tin và thực hành truyền thống, đặc biệt là vấn đề chăm sóc sau sinh. Các kinh nghiệm trong chăm sóc bà mẹ sau sinh được đúc kết từ những thế hệ đi trước thường có lợi cho phụ nữ và trẻ sơ sinh, tuy nhiên sự phát triển của khoa học kỹ thuật và y tế hiện đại đã chứng minh rằng một trong số đó tiềm tàng những nguy cơ đáng lo ngại: như kiêng tắm gội, sưởi ấm bằng lò than... [4]. Những thực hành này cần được giải thích và giáo dục để thay đổi nhằm bảo vệ tốt sức khỏe của sản phụ và trẻ nhỏ. Đề tài gồm 2 mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng kiến thức về chăm sóc sau sinh của người chăm sóc cho sản phụ sau sinh

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến vấn đề chăm sóc sau sinh của đối tượng trên tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những người chăm sóc cho các sản phụ sau sinh tại khoa Sản 1, Sản 2 và Sản 3 -

Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ 01/06/2023 đến 01/09/2023

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những người chăm sóc sản phụ sau sinh; đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Những người chăm sóc không có khả năng trả lời; những người tâm diéc, tâm thần.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ 01/06/2023 đến 01/09/2023

Địa điểm: khoa Sản 1, 2 và 3, Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

2.3. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là số người chăm sóc sản phụ sau đẻ tham gia nghiên cứu.

- Ước tính cỡ mẫu với $p = 0,5$.

- Z: Hệ số tin cậy, tương ứng với $\alpha = 0,05$, có $Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$

Qua tính toán được cỡ mẫu tối thiểu cần cho NC là 150 người chăm sóc.

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu bằng phương pháp thuận tiện. Phát phiếu bộ câu hỏi tự điền cho người nhà chăm sóc sản phụ tại 3 khoa Sản 1, Sản 2, Sản 3 cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.6. Xử lý số liệu: Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=150)

Đặc điểm		Số lượng (Tỉ lệ %)
Tuổi trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn		34,84 $\pm$ 12,37
Địa điểm	Ngoại thành	62 (41,3%)
	Nội thành	88 (58,7%)
Nghề nghiệp	Nông dân	18 (11,8%)
	Nội trợ	72 (47,4%)
	Công nhân	25 (16,4%)
	Kinh doanh	17 (11,2%)
	Viên chức	16 (10,5%)
	NVYT	4 (2,6%)
	Tiểu học	6 (4,0%)
Trình độ học vấn	THCS	27 (18,0%)
	THPT	45 (30,0%)
	Trung cấp, cao đẳng	53 (35,3%)
	Đại học, sau ĐH	19 (12,7%)

Nhận xét:

- Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 34,84 $\pm$ 12,37 tuổi
- Địa điểm của nhóm chăm sóc sản phụ chủ yếu nằm ở khu vực nội thành chiếm 58,7%. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nội trợ chiếm 47,4%, là nhân

viên y tế chỉ chiếm 2,6%. Trình độ học vấn của người chăm sóc thuộc nhóm trung cấp, cao đẳng chiếm tỷ lệ cao nhất với 35,3%, sau đó đến THPT 30,0%.

3.2. Thực trạng kiến thức của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Kiến thức của người chăm sóc về cho trẻ bú mẹ

Kiến thức về cho trẻ bú mẹ	Rất đồng ý	Đồng ý	Không chắc chắn	Không đồng ý	Rất không đồng ý
Không nên cho trẻ bú mẹ nếu chưa tiến hành bóp sữa	15 (10,0%)	52 (34,6%)	20 (13,4%)	58 (38,7%)	5 (3,3%)
Nên xoa bóp vú với lá mít nóng, lá đu đủ, lá vú sữa...	6 (4,0%)	37 (24,7%)	65 (43,3%)	36 (24,0%)	6 (4,0%)
Nên cho trẻ uống nước sau mỗi lần cho trẻ bú mẹ	12 (8,0%)	30 (20,0%)	19 (12,7%)	72 (48,0%)	17 (11,3%)

Nhận xét: Tỷ lệ người chăm sóc cho rằng phải tiến hành bóp sữa rồi mới cho trẻ bú mẹ chiếm tỉ lệ còn cao 44,6%; Họ cho rằng sau mỗi lần bú mẹ phải cho trẻ uống nước (28,0%).

Bảng 3. Kiến thức của người chăm sóc về chế độ vệ sinh cá nhân

Kiến thức về chế độ vệ sinh cá nhân	Rất đồng ý	Đồng ý	Không chắc chắn	Không đồng ý	Rất không đồng ý
Nên hạn chế các hoạt động có tiếp xúc với nước, kể cả tắm rửa gội đầu	10 (6,7%)	72 (48,0)	14 (9,3%)	47 (31,3%)	7 (4,7%)
Không nên đánh răng bằng bàn chải và kem đánh răng	4 (2,6%)	33 (22,0%)	22 (14,7%)	82 (54,7%)	9 (6,0%)
Nên xông mình bằng nước lá (các lá có tinh dầu: lá sả, bạc hà, lá bưởi..)	16 (10,7%)	93 (62,0%)	29 (19,3%)	12 (8,0%)	0
Nên nằm than để sưởi ấm cơ thể	5 (3,3%)	8 (5,3%)	19 (12,7%)	76 (50,7%)	42 (28,0%)

Nhận xét: Tỷ lệ người chăm sóc cho rằng phải hạn chế các hoạt động tiếp xúc với nước như tắm rửa, gội đầu 54,7%; Không nên đánh răng bằng bàn chải và kem đánh răng chiếm tỷ lệ 28,6%; vẫn còn một số người chăm sóc cho rằng nên nằm than để sưởi ấm cơ thể 8,6%.

Bảng 4. Kiến thức của người chăm sóc về chế độ vận động, sinh hoạt

Kiến thức về chế độ vận động, sinh hoạt	Rất đồng ý	Đồng ý	Không chắc chắn	Không đồng ý	Rất không đồng ý
Không nên quan hệ tình dục	35 (23,3%)	88 (58,7%)	8 (5,3%)	18 (12,0%)	1 (0,7%)
Nên hạn chế vận động, tránh đi lại nhiều	20 (13,3%)	71 (47,3%)	14 (9,4%)	41 (27,4%)	4 (2,6%)
Nên tránh tiếp xúc với gió (nằm phòng kín, nhét bông lỗ tai, mang tất, đội mũ..)	35 (23,3%)	101 (67,3%)	3 (2,0%)	10 (6,7%)	1 (0,7%)
Nên nghỉ ngơi nhiều, không nên làm việc gắng sức (leo cầu thang, mang vác nặng, làm việc nhà...)	46 (30,7%)	101 (67,3%)	2 (1,3%)	1 (0,7%)	0 (0,0)

Nhận xét: Tỷ lệ người chăm sóc hiểu rằng không nên quan hệ tình dục trong thời gian sau sinh là 79,0%; Cần nghỉ ngơi nhiều, hạn chế làm việc gắng sức 98,0%; Tuy nhiên vẫn còn số đông người chăm sóc cho rằng hạn chế vận động, tránh đi lại chiếm 60,6%.

Bảng 5. Kiến thức chung của người chăm sóc

	Không đúng	Đúng
KT chung về chế độ ăn uống	128(85,3)	22(14,7)
KT chung về nuôi con sữa mẹ	133(88,7)	17(11,3)
KT chung về vệ sinh cá nhân	120(80,0)	30(20,0)
KT chung về chế độ vận động, sinh hoạt	109(72,7)	41(27,3)
KT chung	76 (50,7)	74(49,3)

Nhận xét: Tỷ lệ kiến thức đúng thuộc 4 khía cạnh liên quan đến chăm sóc sau sinh bao gồm: chế độ ăn uống, nuôi con sữa mẹ, vệ sinh cá nhân, chế độ vận động con ở mức thấp 14,7%; 11,3%; 20,0%, 27,3%. Tỷ lệ kiến thức chung đúng của người chăm sóc chiếm 49,3%.

3.3. Mối liên quan giữa kiến thức chăm sóc sức khỏe sau sinh và một số yếu tố

Bảng 6. Liên quan giữa số lần chăm sóc sau sinh với kiến thức chung

Số lần sinh con	Kiến thức chung		OR (95%CI)	p
	Không đạt	Đạt		
Con so	45 (68,2%)	21 (31,8%)	3,6 (1,8 – 7,2)	< 0,001
Con rạ	31 (36,9%)	53 (63,1%)		

Nhận xét: Có mối liên quan giữa số lần chăm sóc sau sinh và kiến thức chung: những người chăm sóc cho sản phụ đẻ con so có nguy cơ kiến thức không đúng cao hơn nhóm chăm sóc cho sản phụ đẻ con rạ 3,6 lần với $p < 0,05$.

Bảng 7: Liên quan giữa địa điểm và kiến thức chung của người chăm sóc

Địa điểm	Kiến thức chung		OR (95%CI)	p
	Không đạt	Đạt		
Ngoại thành	39 (62,9)	23 (37,1)	2,3 (1,2 – 4,5)	0,01
Nội thành	37 (42,0)	51 (58,0)		

Nhận xét: Có mối liên quan giữa địa điểm và kiến thức chung về chăm sóc sau sinh; những người chăm sóc thuộc địa bàn ngoại thành có nguy cơ kiến thức không đúng cao hơn nhóm nội thành 2,3 lần với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả Bảng 1, chúng tôi thấy có 44,6% sản phụ và người chăm sóc đồng ý với việc không nên cho trẻ bú mẹ nếu chưa tiến hành bóp sữa. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Phúc Nguyệt (2014): có 10% bà mẹ vắt bỏ sữa non trước khi cho con bú [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trên đều đưa ra được điểm chung về quan điểm của các đối tượng nghiên cứu, họ cho rằng: Những tia sữa đầu thường không sạch, cần bóp bỏ trước khi cho trẻ bú. Đồng thời theo họ hành động đó cũng giúp ích cho việc làm thông tia sữa. Tuy nhiên, việc bóp bỏ sữa non trước

khi cho bé bú là điều không cần thiết. Vì sữa non giàu các yếu tố tăng trưởng và kháng thể hơn sữa thông thường và là chất tăng cường miễn dịch tự nhiên mạnh nhất mà khoa học biết đến [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 28,0% đối tượng đồng ý với việc nên cho trẻ uống nước sau mỗi lần cho trẻ bú mẹ. Theo họ, trẻ cần được tráng miệng bằng nước để làm sạch lại khoang miệng. Nghiên cứu của Nasuf AWA (2018) cho biết: Khoang miệng là nơi cư trú chủ yếu của vi khuẩn và niêm mạc miệng là một giao diện quan trọng giữa hệ vi sinh vật, các yếu tố hoạt động miễn dịch trong sữa non và hệ thống miễn dịch của trẻ sơ sinh [5].

Theo Bảng 2, chỉ có 8,6% đối tượng cho rằng nên nằm than để sưởi ấm cơ thể theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Mặc dù đây là tỷ lệ thấp, tuy nhiên vẫn phản ánh sự sai sót trong kiến thức về chăm sóc sau sinh của các đối tượng. Hoạt động này có thể

được hợp lý hóa từ quan điểm: Nhiệt độ ẩm áp rất có lợi cho bà mẹ sau sinh và trẻ sơ sinh, giúp ngăn ngừa tình trạng hạ thân nhiệt, nhưng khỏi từ việc đốt củi chứa các hạt bụi rất mịn và các chất gây ô nhiễm không khí như carbon dioxide, formaldehyde, Nitơ oxit, lưu huỳnh oxit gây ảnh hưởng xấu tới sức khỏe [8]. Có 54,7% đối tượng cho rằng nên hạn chế các hoạt động có tiếp xúc với nước, kể cả tắm rửa gội đầu trong nghiên cứu của chúng tôi. Họ nghĩ rằng, sau sinh cơ thể sản phụ yếu, dễ bị nhiễm lạnh nếu tắm nước lạnh, hoặc có thể băng huyết tử cung nếu tắm nước nóng, điều này có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn hậu sản. Về vấn đề vệ sinh răng miệng, qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 28,6% đối tượng cho rằng không nên đánh răng bằng bàn chải và kem đánh răng trong thời gian ở cữ. Điều này thường gặp ở nhiều nước khác trên thế giới cho dù tiềm ẩn rất nhiều nguy cơ liên quan đến nhiễm trùng răng miệng. Trong thời điểm khảo sát, các đối tượng cho chúng tôi biết: họ lo sợ rằng trong giai đoạn sau sinh nếu chải răng sẽ dễ lại biến chứng tụt lợi, mất men răng sau này và họ nghe được điều này từ các thế hệ đi trước. Tuy nhiên, trong 1 nghiên cứu của Zhen Huang (2020) cho biết: Các bà mẹ sau sinh dễ nhiễm vi khuẩn *P.nigrescens* (10%) và *P.gingivalis* (81,8%) (các loại vi khuẩn gây bệnh nha chu), biểu hiện bằng các triệu chứng: Chảy máu nướu, răng lung lay, sưng nướu; nguyên nhân do các đối tượng có nhận thức chăm sóc răng miệng kém và có quan niệm sai lầm về sức khỏe răng miệng; nếu các yếu tố mảng bám không được loại bỏ thì sẽ có nhiều đối tượng mắc bệnh nha chu hơn; một số phụ nữ không đánh răng trong tháng

đầu tiên sau sinh nên tình trạng viêm nha chu sau sinh trở nên tồi tệ hơn [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ ra rằng đa số đối tượng đồng ý nên nghỉ ngơi nhiều, không nên làm việc gắng sức (98,0%) và 60,6% đối tượng đồng ý với việc nên hạn chế vận động. Tuy nhiên, việc hạn chế vận động trong thời kỳ hậu sản có thể làm bế sản dịch, gây ra các biến chứng liên quan đến nhiễm trùng hậu sản, làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của sản phụ sau sinh [4].

Về mối liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa số lần sinh và địa điểm sinh sống với kiến thức chung về chăm sóc sau sinh với $p < 0,05$. Điều này có thể lý giải do khi chăm sóc con rạ, những người chăm sóc có cơ hội được tiếp cận với nhân viên y tế, tích lũy thêm nhiều kinh nghiệm mới và loại bỏ các thói quen, quan điểm không phù hợp trong chăm sóc sau sinh. Địa điểm sinh sống cũng cho thấy sự ảnh hưởng bởi tập quán, thói quen vùng miền tới kiến thức chăm sóc sau sinh.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ kiến thức đúng thuộc 4 khía cạnh liên quan đến chăm sóc sau sinh bao gồm: chế độ ăn uống, nuôi con sữa mẹ, vệ sinh cá nhân, chế độ vận động con lần lượt là 14,7%; 11,3%; 20,0%, 27,3%.

- Tỷ lệ kiến thức chung đúng của người chăm sóc chiếm 18,3%.

- Các yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh gồm: số lần chăm sóc sau sinh, địa điểm sinh sống

VI. KIẾN NGHỊ

- Nhân viên y tế tại các khoa phòng nên

phát các tranh ảnh, sổ hướng dẫn và theo dõi sau sinh tại nhà để những trường hợp ở xa viện cũng có thể tiếp cận dễ dàng, dễ hiểu để nâng cao nhận thức, thái độ của sản phụ và người nhà sản phụ.

- Giúp đỡ sản phụ và người chăm sóc, đặc biệt những trường hợp sinh con so trong việc chọn lọc những thói quen tốt, thay đổi dần những thói quen không có lợi cho sản phụ sau sinh.

VII. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.4.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Minh Tiến** (2021), "Một số yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh của bà mẹ sinh con lần đầu sinh tại bệnh viện phụ sản Thái Bình", Tạp chí Y học Việt Nam. 500(2).
2. **Phạm Phương Lan, Vương Tiến Hòa, Nguyễn Thị Thùy Dương** (2014), "Thực trạng chăm sóc sau sinh của bà mẹ ở hai bệnh viện trên địa bàn Hà Nội và đánh giá mô hình chăm sóc sau sinh tại nhà", Luận án tiến sĩ Y tế công cộng.
3. **Phùng Thị Huyền** (2021), "Đánh giá kết quả và một số yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng

của ERLOTINIB trong điều trị bước một ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EGFR", Tạp chí Y học Việt Nam. 500(2).

4. **Trần Thị Phúc Nguyệt, Hà Minh Trang** (2014), "Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tại xã Khánh Hà, huyện Thường Tín, Hà Nội", Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm. 10(3), tr. 117-122.
5. **Amna Widad A Nasuf, Shalini Ojha, Jon Dorling** (2018), "Oropharyngeal colostrum in preventing mortality and morbidity in preterm infants", Cochrane Database of Systematic Reviews (9)
6. **E Davis, G Martinez, F Blostein & et al** (2022), "Dietary patterns and risk of a new carious lesion postpartum: a cohort study", Journal of Dental Research. 101(3), tr. 295-303.
7. **M Xanthou, J Bines, WA Walker** (1995), "Human milk and intestinal host defense in newborns: an update", Advances in pediatrics. 42, tr. 171-208.
8. **Rosmala Dewi, Ida Yustina, Etti Sudaryati & et al** (2020), "Postpartum maternal care tradition in Manunggang Jae village Padangsidempuan city Indonesia", Britain International of Exact Sciences (BIOEx) Journal. 2(1), tr. 231-239.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TRĨ ĐỘ III BẰNG PHƯƠNG PHÁP LONGO TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Phạm Văn Thương¹, Phạm Quang Tiến¹, Vũ Ngọc Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị trĩ độ III bằng phương pháp Longo tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 71 bệnh nhân điều trị trĩ độ III bằng phương pháp phẫu thuật Longo tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 12/2022 đến tháng 06/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 48,55 tuổi, đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 5 năm. Thời gian phẫu thuật trung bình là 26,2 phút. Không có sự khác biệt giữa thời gian phẫu thuật và phân loại trĩ, các bệnh lý kèm theo vùng hậu môn, số lượng búi trĩ. 60,56% không cần khâu tăng cường diện cắt. Thời gian đau sau mổ trung bình 3,1 ngày. Thời gian nằm viện trung bình 4,8 ngày. Theo dõi xa thấy 100% bệnh nhân có trương lực cơ thắt hậu môn bình thường, 9,86% hẹp hậu môn mức độ nhẹ. Tỷ lệ trĩ tái phát là 11,26%. **Kết luận:** Phẫu thuật Longo là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị trĩ độ III với ưu điểm ít đau sau mổ, tỷ lệ tái phát ở mức chấp nhận được

Từ khóa: Bệnh trĩ, phẫu thuật Longo

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY TO TREAT GRADE III HEMORRHOIDS USING THE LONGO METHOD AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of surgery to treat grade III hemorrhoids using the Longo method at Hai Phong Medical University Hospital. **Subjects and methods:** Retrospective and prospective cross-sectional descriptive study on 71 patients treated for grade III hemorrhoids with Longo surgery at Hai Phong Medical University Hospital from December 2022 to June/ 2023. **Results:** The average age was 48.55 years old, the majority of patients had disease duration < 5 years. The average surgery time is 26.2 minutes. There is no difference between surgery time and hemorrhoid classification, accompanying diseases in the anal area, and number of hemorrhoids. 60.56% did not need stitches to strengthen the cut area. The average duration of pain after surgery is 3.1 days. The average hospital stay is 4.8 days. Long-term follow-up showed that 100% of patients had normal anal sphincter tone, and 9.86% had mild anal stenosis. The rate of hemorrhoid recurrence is 11.26%. **Conclusion:** Longo surgery is a safe and effective method in treating grade III hemorrhoids with the advantage of less pain after surgery and an acceptable recurrence rate.

Keywords: Hemorrhoidal disease, Longo procedure

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 14/5/2024

Ngày duyệt bài: 20/5/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trĩ là tình trạng bệnh lý thường gặp trên lâm sàng và xảy ra ở mọi lứa tuổi, trong đó tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm trên 40 tuổi vào khoảng 58% [1]

Mục tiêu cơ bản của điều trị bệnh trĩ là giảm thiểu các triệu chứng gây khó chịu và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh. Điều trị trĩ cho đến nay có rất nhiều phương pháp như: điều chỉnh chế độ ăn uống, chế độ làm việc, vệ sinh tại chỗ, dùng thuốc đông tây y toàn thân hoặc tại chỗ, các thủ thuật can thiệp vào búi trĩ như tiêm xơ, thắt vòng, các phương pháp phẫu thuật khác nhau như Milligan - Morgan, Ferguson... [1]

Tháng 06/1998, Antonio Longo đã trình bày tổng kết một phương pháp phẫu thuật để điều trị trĩ với nội dung cơ bản là cắt một vòng niêm mạc trực tràng trên đường lược khoảng 2cm, nhằm kéo búi trĩ và niêm mạc trực tràng sa trở về vị trí cũ, đồng thời loại bỏ nguồn máu đi từ niêm mạc tới các búi trĩ [2]

Được đánh giá có nhiều ưu điểm như: an toàn, hiệu quả, kỹ thuật dễ thực hiện, đặc biệt là ít đau sau mổ và nhanh chóng đưa bệnh nhân trở về sinh hoạt bình thường, phẫu thuật Longo được áp dụng ở hầu hết các trung tâm phẫu thuật tại các nước có nền kinh tế phát triển [1], [2]

Tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng cũng đã triển khai kỹ thuật này từ những năm 2016 và mang lại những kết quả bước đầu. Những năm gần đây với số lượng bệnh nhân khám, điều trị bệnh trĩ nói chung và điều trị bằng phẫu thuật Longo nói riêng ngày càng nhiều. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị bệnh trĩ trong giai đoạn này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên

cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị trĩ độ III bằng phương pháp Longo tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 71 bệnh nhân điều trị trĩ độ III bằng phương pháp phẫu thuật Longo tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 12/2022 đến tháng 06/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh trĩ độ III theo phân độ của Banov (1985) [3]:

+ Độ I: trĩ cương tụ, chỉ to lên trong lòng ống hậu môn.

+ Độ II: sa trĩ khi rặn, tự co lên sau khi đi ngoài.

+ Độ III: sa trĩ khi rặn, phải dùng tay đẩy lên.

+ Độ IV: trĩ sa thường xuyên, đẩy lên được, sau đó lại sa ra ngoài.

- Được điều trị bằng phẫu thuật Longo tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2023.

- Hồ sơ ghi đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

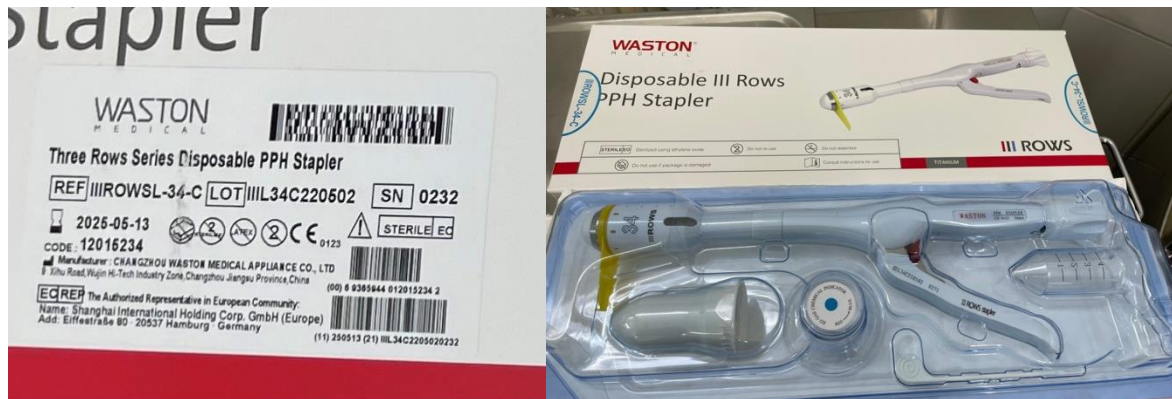
- Phẫu thuật Longo kết hợp với phẫu thuật khác.

- Bệnh nhân có áp xe vùng hậu môn, hẹp hậu môn, sa toàn bộ niêm mạc trực tràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiền cứu

2.3. Quy trình phẫu thuật

Dụng cụ và phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật Longo gồm: dụng cụ nong hậu môn (ống nong hậu môn và vòng nhựa), dụng cụ soi hậu môn, dụng cụ móc chỉ khâu và máy PPH Stapler.



Hình 1. Bộ dụng cụ phẫu thuật Longo

(Nguồn: BV Đại Học Y Hải Phòng)

Kỹ thuật phẫu thuật

- Bệnh nhân được gây tê tủy sống. Nằm ngửa tư thế sản phụ khoa.
- Đưa dụng cụ nong hậu môn vào lòng ống hậu môn, trĩ sa khi nong hậu môn
- Khâu mũi Purse string bằng prolene 2/0 trên đường lược 2cm.

- Máy PPH được mở ra tới vị trí tối đa.
- Cho phần đầu PPH vào miệng túi vừa tạo ra rồi thắt chặt.
- Dùng dụng cụ móc chỉ để kéo 2 sợi chỉ (đã được thắt lại với nhau khi thắt miệng túi) vào 2 lỗ ở hai bên của máy PPH.



Hình 2. Đưa máy PPH vào miệng túi

- Toàn bộ đầu máy PPH được đưa vào trong ống hậu môn bằng cách vận nút điều chỉnh ở phía đuôi máy PPH.
- Vận nút điều chỉnh cho đến khi vạch đỏ (trên thân PPH) gần khớp với rìa hậu môn, giữ khoảng 2 phút để ép mô.
- Bóp cò súng của máy bấm PPH một cách dứt khoát cho đến khi nghe tiếng “crắc”. Giữ nguyên vị trí đóng cò súng 1 phút trước khi thả ra để giúp cho sự cầm máu

- được tốt hơn.
- Kiểm tra thấy cắt nguyên vòng niêm mạc.
- Khâu tăng cường cầm máu đường cắt bằng Vicryl 3.0
- Kiểm tra thấy không thấy điểm chảy máu. Nhét gạc hậu môn.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- **Đặc điểm chung của BN:** Tuổi, giới, thời gian mắc bệnh

- Đặc điểm phẫu thuật:

+ Thời gian phẫu thuật và các yếu tố liên quan

+ Các xử trí bổ sung: Đốt điện cầm máu, khâu cầm máu diện cắt, cắt da thừa, cắt polyp hậu môn, mở búi trĩ lấy huyết khối,...

- Kết quả sớm:

+ Thời gian và mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS

+ Biến chứng sớm: Chảy máu, rối loạn tiểu tiện,...

+ Thời gian nằm viện sau mổ

- Kết quả xa:

+ Tỷ lệ trĩ tái phát

+ Biến chứng xa: Hẹp hậu môn, mất tự chủ hậu môn

+ Sự hài lòng về kết quả phẫu thuật của bệnh nhân: bệnh nhân tự chấm điểm theo thang điểm 10 với: 10 điểm là rất hài lòng, 0 điểm là hoàn toàn không hài lòng.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 20.0.

Thống kê mô tả được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tỷ lệ phần trăm. So sánh sự khác biệt về tỷ lệ: sử dụng test χ^2 và hiệu chỉnh bằng Fisher's exact test, so sánh sử dụng test T - Student. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2023, tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng có 71 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh trĩ và điều trị phẫu thuật bằng phương pháp Longo đủ điều kiện lựa chọn vào nghiên cứu. Qua quá trình nghiên cứu, chúng tôi thu được một số kết quả:

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của BN

Chỉ tiêu đánh giá	Kết quả
Tuổi	48,55 $\pm$ 10,23 tuổi (từ 19 - 83 tuổi).
Giới	Nam: 57,75%, Nữ: 42,25%
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm: 42 BN (59,15%) 5 – 10 năm: 29 BN (40,85%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 48,55 tuổi, tỷ lệ mắc của nam và nữ là tương đương. Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 5 năm.

Đặc điểm kỹ thuật**Bảng 3.2. Thời gian phẫu thuật và các yếu tố liên quan**

		Thời gian mổ	p
Phân loại trĩ	Trĩ hỗn hợp	27,3 $\pm$ 4,5	0,08
	Trĩ nội	23,5 $\pm$ 3,7	
Số lượng búi trĩ	1 búi	22,4 $\pm$ 5,2	0,07
	≥ 2 búi	27,1 $\pm$ 4,3	
Các bệnh lý kèm theo vùng hậu môn	Không	25,4 $\pm$ 4,4	0,21
	Có	26,7 $\pm$ 5,0	

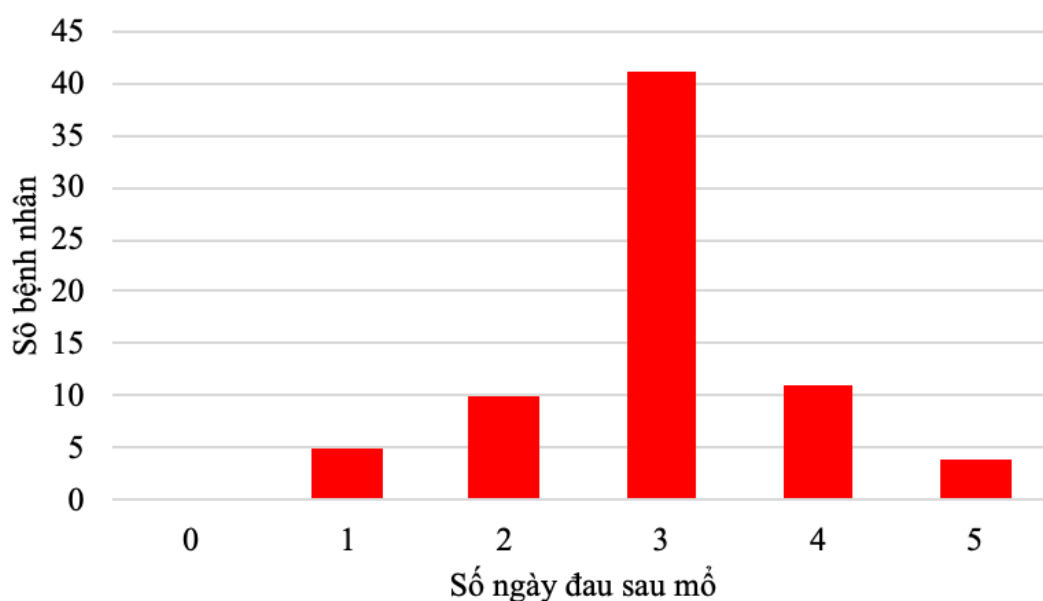
Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 26,2 $\pm$ 6 phút (20 – 40 phút). Không có sự khác biệt giữa thời gian phẫu thuật và phân loại trĩ, các bệnh lý kèm theo vùng hậu môn, số lượng búi trĩ.

Bảng 3.3. Số mũi khâu tăng cường đường nối máy

Số mũi khâu tăng cường	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Không khâu	43	60,56
1 mũi	16	22,53
2 mũi	9	12,68
3 mũi	3	4,23

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp không cần khâu tăng cường diện cắt chiếm 60,56%.

Kết quả sớm



Biểu đồ 3.1. Thời gian đau sau mổ

Nhận xét: Thời gian đau sau mổ trung bình là $3,1 \pm 1,3$ ngày (1 – 5 ngày). Đa phần bệnh nhân đau 3 ngày đầu sau mổ.

- Có 2 BN gặp tình trạng bí tiểu sau mổ chiếm 2,82 %.

- Thời gian nằm viện trung bình là $4,8 \pm 1,7$ ngày (3 – 7 ngày).

- BN chủ yếu xuất viện sau 5 ngày.

Kết quả xa

- 100% BN sau mổ có trương lực cơ thất hậu môn bình thường, không có trường hợp nào giảm trương lực cơ thất sau mổ.

- Có 3 BN sau mổ gặp tình trạng hẹp hậu môn mức độ nhẹ chiếm 9,86%.

- Có 8 BN có trĩ tái phát chiếm 11,26%

Bảng 3.4. Nhận định của bệnh nhân về kết quả điều trị

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
Rất hài lòng	48	67,61
Hài lòng	16	22,53
Bình thường	7	9,86
Tổng	71	100

Nhận xét: Đa số BN rất hài lòng với phẫu thuật 67,61%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình mắc bệnh trĩ là $48,55 \pm 10,23$ tuổi, trong đó BN nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi, BN lớn tuổi nhất là 83 tuổi. Kết quả này tương đồng với kết quả của Phạm Văn Duyệt (2021) [4], tuổi mắc trĩ trung bình là $50,2 \pm 10,4$, Nguyễn Mạnh Nhâm tuổi trung bình là $45,2 \pm 14,94$ và độ tuổi 30-60 chiếm 68% [5]

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới, chiếm 57,75%. Chúng tôi có cùng nhận định với các tác giả: Nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt về tỷ lệ mắc trĩ giữa nam giới và nữ giới có thể là do nam giới thường phải làm những công việc nặng nhọc, hoặc có thể liên quan đến thói quen ăn cay hoặc dùng chất kích thích như rượu, bia và đặc biệt do liên quan đến bệnh lý tăng sinh lành tính tiền liệt tuyến vì việc cố rặn tiểu lâu và trong thời gian dài có thể làm giãn búi mạch máu gây bệnh trĩ [3], [4]

4.2. Đặc điểm kỹ thuật

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu, chúng tôi chỉ định phẫu thuật Longo đối với trĩ độ III. Ghi nhận một số đặc điểm kỹ thuật:

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $26,2 \pm 6$ phút, ngắn nhất là 20 phút, dài nhất là 40 phút. Thời gian phẫu thuật của nhóm trĩ hỗn hợp là $27,3 \pm 4,5$ phút cao hơn nhóm trĩ nội đơn thuần là $23,5 \pm 3,7$ phút. Trên nhóm BN có từ 2 búi trĩ trở lên thời gian phẫu thuật trung bình cũng dài hơn $27,1 \pm 4,3$ phút so với $22,4 \pm 5,2$ phút và nhóm BN có bệnh lý khác kèm theo thời gian phẫu thuật cũng dài hơn $26,7 \pm 5,0$ phút so với $25,4 \pm 4,4$ phút. Tuy nhiên các sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$).

Theo các tác giả, thời gian phẫu thuật khác nhau giữa các bệnh nhân tùy thuộc vào nhiều yếu tố, ví dụ như trĩ biến chứng phức tạp, xảy ra tai biến, sự cố máy móc, v.v. Ngoài ra, các trường hợp có các bệnh lý hậu môn khác kèm theo như polyp, đa thừa, v.v. cũng là một trong những nguyên nhân kéo dài thời gian phẫu thuật hơn so với trĩ nội đơn thuần do chúng tôi sẽ xử trí luôn các tổn thương kèm theo sau khi tiến hành cắt trĩ Longo để tránh cho BN phải trải qua nhiều lần phẫu thuật [4], [5]

Vị trí khâu mũi túi

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các BN đều được khâu mũi túi trên đường lược 3 cm. Theo khuyến cáo của Hội hậu môn trực tràng, vị trí khâu mũi túi nên được đặt trên đường lược khoảng 3 cm để treo búi trĩ. Tuy nhiên nếu trong quá trình phẫu thuật các phẫu thuật viên đánh giá búi trĩ quá lớn và sa nhiều thì có thể khâu cao hơn để treo búi trĩ lên một cách hiệu quả hơn [6]

Khâu tăng cường đường nối máy

Diện cắt niêm mạc trong phẫu thuật Longo được nối bằng các vòng ghim kim loại, mặc dù vậy chảy máu từ đường nối này vẫn là vấn đề thường gặp. Có nhiều biện pháp kiểm soát các điểm chảy máu trên vòng cắt của phẫu thuật Longo, một trong số đó là khâu cầm máu.

Trịnh Hồng Sơn (2011) [7] thông báo có 4 trường hợp phải mổ cấp cứu do bết chứng chảy máu tại đường nối máy sau phẫu thuật Longo trong thời gian từ 2007 đến 2009. Theo Nguyễn Hoàng Diệu [8] có 69,2% cần khâu 3 mũi trở xuống, khâu nhiều nhất là 8 mũi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28 bệnh nhân chiếm 39,44% cần khâu tăng cường diện cắt, số mũi khâu cầm máu tối đa là 3. Các mũi khâu này đều sử dụng loại chỉ

tiêu, đơn sợi và đường kính nhỏ. Ngoài ra, trên bệnh nhân cao tuổi, phụ nữ sau sinh, có tình trạng xa trực tràng. Cần phải khâu treo trực tràng sau phẫu thuật cắt trĩ Longo.

4.3. Kết quả sớm

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các BN đều gặp tình trạng đau rất vùng hậu môn sau mổ. Chủ yếu là đau nhẹ và đau vừa (theo phân loại của Zollinger) chiếm 32,39% và 67,61%. Không có BN nào đau nhiều. Thời gian đau sau mổ trung bình là 3.1 ± 1.3 ngày (1 – 5 ngày). Đau sau mổ 3 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất là 41 BN chiếm 57,74%. Thời gian đau mà mức độ đau liên quan trực tiếp đến số ngày dùng thuốc giảm đau sau mổ và loại thuốc giảm đau đã dùng.

Phạm Văn Duyệt [4] thấy thời gian đau sau mổ 1 ngày chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 66.7%. Theo Triệu Triệu Dương [9], kết quả nghiên cứu phân loại mức độ đau theo WHO gồm 2 nhóm (nhóm 1: đau nhẹ: mức I, II; nhóm 2: đau mức III). Kết quả sau phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều có cảm giác đau nhưng hầu hết chỉ đau ở mức độ I, II (99,1%). Có 0,9% đau ở mức độ III (gặp ở hầu hết những bệnh nhân đã bị sơ sọ niêm mạc vùng lược do trước đó đã được can thiệp phẫu thuật thắt- cắt trĩ, tiêm xơ hoặc bôi thuốc đông y).

Tình trạng đau sau phẫu thuật cắt trĩ luôn là mối quan tâm chính của các phẫu thuật viên và vấn đề này ảnh hưởng đến tâm lý bệnh nhân trước phẫu thuật. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng ưu điểm của cắt trĩ bằng phương pháp Longo là ít đau sau mổ giúp cho bệnh nhân quay trở lại với sinh hoạt bình thường sớm hơn.

Nghiên cứu thấy thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $4,8 \pm 1,7$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 7 ngày. Đa số BN xuất viện sớm sau 5 ngày, chiếm 72,8%.

Kết quả tương tự nghiên cứu Phạm Văn Duyệt (2021) [4], thời gian nằm viện sau mổ trung bình $5,0 \pm 2,0$ ngày, ngắn nhất 3 và dài nhất là 10 ngày. Nhưng dài của Ronald Bleday [10] năm 2012 tại Boston với thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 2,5 ngày.

4.4. Kết quả xa

Trong thời gian theo dõi xa, chúng tôi cho thấy không có BN nào gặp tình trạng giảm trương lực cơ thắt hậu môn. Có 7 BN gặp tình trạng hẹp ống hậu môn sau phẫu thuật ở mức độ vừa và nhẹ, các bệnh nhân này đều được nong hậu môn mà không phải can thiệp phẫu thuật lại.

Triệu Triệu Dương thấy tỷ lệ hẹp hậu môn phải nong sau phẫu thuật (0,9%) [9]. Các tác giả cho rằng hẹp miệng nối niêm mạc là một biến chứng khá nặng nề, gây ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Các yếu tố có thể làm tăng tỉ lệ hẹp hậu môn đó là: trĩ sa nhiều, tăng trương lực cơ thắt, vòng niêm mạc cắt đến lớp cơ [9]. [10]. Có 3 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi gặp phải biến chứng này ở các mức độ nhẹ, các BN này đều được được nong hậu môn bằng tay khi khám lại sau mổ 2 tuần và hướng dẫn tự nong tại nhà cho kết quả tốt, đại tiện không gặp cản trở.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 BN có các dấu hiệu của trĩ tái phát chiếm 11,26%. Theo Ommer (2011) thấy tỉ lệ tái phát ở trĩ độ IV có thể lên đến 50% [11], vì thế một số tác giả cho rằng trĩ độ IV không nên thực hiện phẫu thuật Longo mà thay vào đó là các phẫu thuật kinh điển.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Longo là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị trĩ độ III với ưu điểm ít đau sau mổ, tỷ lệ tái phát ở mức chấp nhận được

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jayne D.G. Laughlan K., Jackson D., et al** (2009), Stapled haemorrhoidopexy compared to Milligan–Morgan and Ferguson haemorrhoidectomy: a systematic review, *Int J Colorectal Dis*, 24 (3), tr. 335–344
2. **Antonio Longo** (1998), Treatment of Hemorrhoid Disease by Reduction of Mucosa and Hemorrhoid Prolapse with a Circular-Suturing Device: a New Procedure. Rome, Italy, tr. 777–84.
3. **Knoepp L.F. Banov L., Erdman L.H., et al** (1985), Management of hemorrhoidal disease, *J S C Med Assoc* 1975, 81 (7), tr. 398–401
4. **Phạm Văn Duyệt** (2021), Đánh giá kết quả sớm điều trị trĩ bằng phương pháp Longo tại Bệnh viện đại học Y Hải Phòng.
5. **Nguyễn Mạnh Nhâm, Lê Mạnh Cường** (2016), “Nghiên cứu bước đầu qua 800 trường hợp điều trị bệnh trĩ nội bằng máy WD – II”, *Tạp chí Ngoại khoa*, số 4/2016 tr. 18-23
6. **Wang H.T. Gao X.H., Chen J.G., et al** (2010), Rectal perforation after procedure for prolapse and hemorrhoids: possible causes, *Dis Colon Rectum*, 53 (10), tr. 1439–1445
7. **Trịnh Hồng Sơn and Nguyễn Thành Quang** (2011), Biến chứng chảy máu phải mổ lại sau phẫu thuật Longo, *Học Thực Hành*, 2 (751), tr. 39–41
8. **Nguyễn Hoàng Diệu** (2007), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Longo trong điều trị bệnh trĩ tại bệnh viện Việt Đức, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
9. **Triệu Triều Dương, Đặng Vĩnh Dũng** (2015), Kết quả sớm trong điều trị bệnh trĩ nội độ III và IV bằng phẫu thuật Longo tại bệnh viện TWQĐ 108, *Y học Việt Nam*, 7 tr. 49–51
10. **R. Bleday, et al.** (2012), Symptomatic hemorrhoids: Current incidence and complications of operative therapy, *Diseases of the Colon & Rectum*, 2012. 35(5) tr. 477-481
11. **A. Ommer, et al** Long-term results after stapled hemorrhoidopexy: a prospective study with a 6-year follow-up, *Dis Colon Rectum*, 2011. 54(5) tr. 601-8

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM LỖI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY BẰNG ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA KẾT HỢP VỚI PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, SÓNG XUNG KÍCH

Đoàn Thị Thanh Hà¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay là một bệnh viêm điểm bám và phần mềm quanh khớp thường gặp. Tỷ lệ mắc bệnh từ 1-3% dân số toàn cầu, thường gặp ở độ tuổi 40-60¹. Đa số bệnh nhân viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay tự đỡ, giảm đau không cần điều trị, một số tái phát sau 6 tháng². Một phần nhỏ bệnh nhân tình trạng đau kéo dài từ vài tuần, vài tháng hoặc hàng năm, ảnh hưởng đến chức năng chi trên của người bệnh¹. Những bệnh nhân này cần được can thiệp điều trị. Các phương pháp điều trị viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay bao gồm: điều trị nội khoa, dụng cụ hỗ trợ, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng...³ Trên lâm sàng các phương pháp trên được bác sĩ áp dụng linh hoạt có thể đơn độc hoặc phối hợp, trong đó liệu pháp sóng xung kích là một biện pháp vật lý được sử dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới và nhiều nghiên cứu chỉ ra là nó có hiệu quả và an toàn^{3,4}. **Mục tiêu** của nghiên cứu này nhằm mô tả kết quả điều trị viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay bằng phương pháp điều trị nội khoa, phục hồi chức năng kết hợp sóng xung kích. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 60 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng,

trong khoảng thời gian từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022 bằng phương pháp nghiên cứu mô tả kết quả can thiệp. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay là nữ giới, nằm trong độ tuổi lao động, tổn thương chủ yếu bên tay thuận. Sau 15 ngày điều trị mức độ giảm đau, cơ lực và cải thiện hoạt động chức năng chi trên của nhóm nghiên cứu được cải thiện tốt. Điều trị bằng phương pháp nội khoa kết hợp phục hồi chức năng, sóng xung kích mang lại hiệu quả điều trị tốt hơn điều trị nội khoa đơn thuần.

Từ khóa: Viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay, liệu pháp sóng xung kích, phục hồi chức năng

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF LATERAL EPICONDYLITIS USING INTERNAL MEDICAL TREATMENT, REHABILITATION AND SHOCK WAVES THERAPY AT THE REHABILITATION DEPARTMENT – HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Lateral epicondylitis is inflammation or, in some cases, microtearing of the tendons that join the forearm muscles on the outside of the elbow. The incidence of the disease ranges from 1-3% of the population, usually occurring between the ages of 40 and 60. Most patients with lateral epicondylitis get better on their own and have pain relief without treatment. Some relapse after 6 months ¹. A

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Thanh Hà
Email: dttha@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/02/2024
Ngày phản biện khoa học: 07/03/2024
Ngày duyệt bài: 14/04/2024

small portion of patients have pain that lasts for several weeks, months or years. affects the patient's upper limb function ². These patients need treatment intervention. Lateral epicondylitis treatment methods include: medical treatment, support devices, physical therapy, rehabilitation...³. Clinically, these methods are flexibly applied by doctors, including one or more methods, of which functional rehabilitation treatment and shockwave therapy is a widely used method in many countries around the world. world and many studies show that it is effective and safe ^{3,4}. **The objective** of this study is to describe the results of treatment of lateral epicondylitis using medical treatment, rehabilitation, and shock wave therapy. **Materials and methods:** The study was conducted on 60 patients who met the selection criteria at Hai Phong Medical University hospital, during the period from March 2022 to December 2022, the research method describes the results of intervention. **Results:** The majority of lateral epicondylitis patients are female, of working age, mainly on the dominant hand. After 15 days of treatment, the level of pain reduction, muscle strength and improvement in upper limb function of the study group improved well.

Keywords: Lateral Epicondylitis, shock wave therapy, rehabilitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay là một bệnh viêm điểm bám và phần mềm quanh khớp thường gặp. Bệnh đặc trưng bởi tình trạng tổn thương vi thể gân bám gân duỗi chung cổ tay¹. Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm từ 1-3% dân số toàn cầu, thường gặp ở độ tuổi 40-60. Đa số bệnh nhân viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay tự đỡ, giảm đau không cần điều trị, một số tái phát sau 6 tháng².

Một phần nhỏ bệnh nhân tình trạng đau kéo dài từ vài tuần, vài tháng hoặc hàng năm, ảnh hưởng đến chức năng chi trên của người bệnh¹. Những bệnh nhân này cần được can thiệp điều trị. Các phương pháp điều trị viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay bao gồm: giảm vận động căng bàn tay, thuốc NSAIDs, tiêm tại chỗ (corticosteroid, huyết tương giàu tiểu cầu, acid hyaluronic, Botulium toxin), dụng cụ hỗ trợ, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng...⁴ Trên lâm sàng các phương pháp trên được bác sĩ áp dụng linh hoạt có thể đơn độc hoặc phối hợp, trong đó liệu pháp sóng xung kích là một biện pháp vật lý được sử dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới và nhiều nghiên cứu chỉ ra là nó có hiệu quả và an toàn³. Đồng thời có nhiều nghiên cứu điều trị nội khoa bệnh nhân có cải thiện tốt tình trạng bệnh. Theo tác giả Liu WC và CS cho thấy điều trị bằng PHCN sóng xung kích tốt hơn tiêm Corticoid vào lõi cầu ngoài xương cánh tay⁵. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào tiến hành đánh giá hiệu quả điều trị viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay bằng phương pháp phục hồi chức năng, kết hợp sóng xung kích, và so sánh với điều trị nội khoa đơn thuần.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu Mô tả kết quả điều trị viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay bằng nội khoa, phục hồi chức năng kết hợp sóng xung kích. Và so sánh giữa 2 nhóm bệnh nhân để thấy được hiệu quả của phương pháp kết hợp giữa nội khoa và phục hồi chức năng, sóng xung kích.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán viêm lõi cầu ngoài

xương cánh tay và đáp ứng các tiêu chuẩn sau: Bệnh nhân không có chống chỉ định với sóng xung kích. Bệnh nhân hợp tác được với nhân viên y tế. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Địa điểm: Khoa Phục hồi chức năng bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

- Thời gian: 03/2022 – 12/2022.

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

2.3. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.4. Phương pháp thu thập thông tin:

Phương pháp điều trị: Điều trị nội khoa bao dùng thuốc giảm đau, chống viêm đường uống theo thang điểm VAS. Điều trị Phục hồi chức năng gồm: Vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, dụng cụ trợ giúp. Liệu pháp sóng xung kích đặt đầu phát sóng ở lồi cầu ngoài xương cánh tay bên tổn thương với

mức áp xuất 2-4 bar tần số 10 -15 Hz với số xung bắt đầu là 400 xung sau đó nâng dần lên 2000 xung cho 1 lần điều trị, điều trị 2 lần / tuần.

Bệnh nhân nhóm chứng: Bệnh nhân được kê đơn thuốc giảm đau, chống viêm đường uống trong 2 tuần.

Bệnh nhân nhóm can thiệp: Bệnh nhân được kê đơn thuốc giảm đau, chống viêm đường uống, và điều trị phục hồi chức năng, sóng xung kích

Tiêu chuẩn đánh giá: Đánh giá dựa trên cơ lực, thang điểm VAS và Đánh giá mức độ đau và khuyết tật theo thang điểm Quik DASH vào 2 thời điểm: Thời điểm vào viện và thời điểm sau điều trị 15 ngày..

2.5. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Thao tác các lệnh khảo sát đặc điểm các biến, kiểm định Chi bình phương, kiểm định T test trên 2 mẫu độc lập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

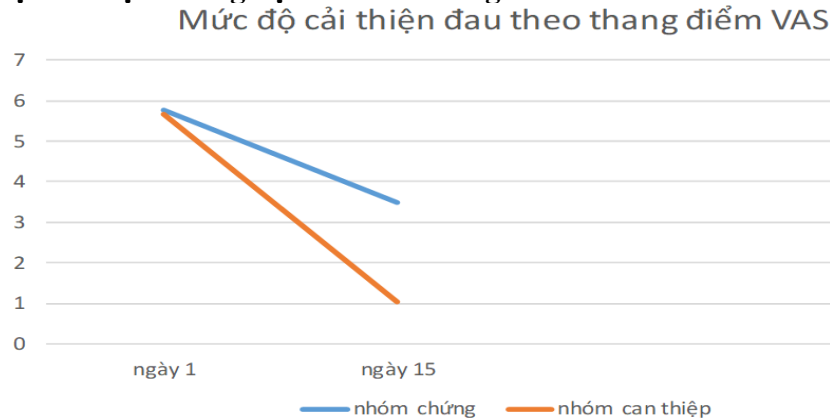
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

STT	Đặc điểm	Đặc tính	Tỉ lệ
1	Tuổi	Tuổi trung bình: 45,63 ± 8,9	
		30 – dưới 40 tuổi	Nhóm chứng: 20%
			Nhóm NC: 30%
		40 - 60 tuổi	Nhóm chứng: 56,7%
			Nhóm NC: 60%
		Trên 60 tuổi	Nhóm chứng: 16,7%
			Nhóm NC: 6,7%
2	Giới	Nam	Nhóm chứng: 26,7%
			Nhóm NC: 20%
		Nữ	Nhóm chứng: 73,3%
			Nhóm NC: 80%
3	Bên tổn thương	Tay thuận	Nhóm chứng: 70%
			Nhóm NC: 76%
		Tay không thuận	Nhóm chứng: 30%
			Nhóm NC: 24%

Nhận xét: độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $45,63 \pm 8,9$, phần lớn bệnh nhân trong độ tuổi lao động (40– 60 tuổi). Nữ giới chiếm 80% ở nhóm nghiên cứu, 73,3% ở nhóm chứng. Bên tổn thương chủ yếu bên tay thuận, nhóm chứng 70%, nhóm nghiên cứu 76%

3.2. Mức độ cải thiện cường độ đau theo thang điểm VAS



Hình 1. Mức độ cải thiện VAS sau điều trị

Nhận xét: Điểm VAS trung bình sau trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Sự khác biệt sau điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

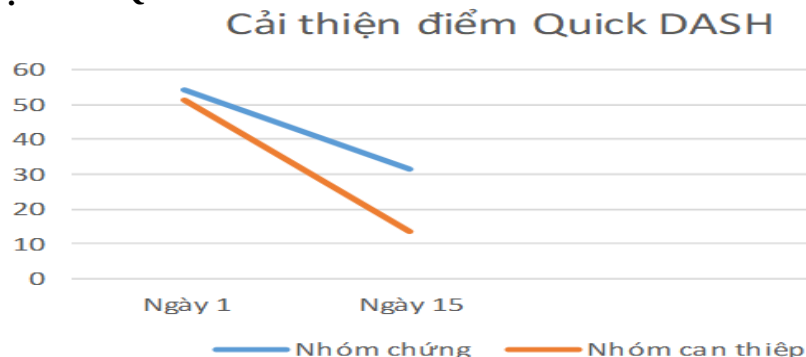
3.3. Cải thiện cơ lực

Bảng 2. Cải thiện cơ lực sau điều trị

Mức độ	Nhóm chứng (n=30)		Nhóm nghiên cứu (n=30)		p
	Ngày 1	Ngày 15	Ngày 1	Ngày 15	
3/5	36,7	0	46,7	0	<0,05
4/5	63,3	73,3	53,3	20,0	
5/5	0	26,7	0	80,0	
Tổng	100	100	100	100	

Nhận xét: Sau điều trị 80% bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu có cơ lực 5/5. Ở nhóm chứng phần lớn cơ lực 4/5 chiếm 73,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm và giữa trước và sau điều trị với $p < 0,05$.

3.4. Cải thiện điểm Quick DASH



Hình 2. Cải thiện điểm Quick DASH sau điều trị

Nhận xét: Sau điều trị điểm Quick DASH giảm ở nhóm NC từ $51,1 \pm 11,5$ xuống $13,7 \pm 9,0$. Nhóm chứng giảm từ $54,2 \pm 12,2$ xuống $31,5 \pm 5,5$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy phần lớn bệnh nhân bị viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay có độ tuổi 40 – 60 tuổi là độ tuổi lao động, bắt đầu bước sang lứa tuổi già. Điều này cho thấy tính chất bệnh có liên quan đến mức độ vận động và sự thoái hóa, lão hóa của gân cơ. Kết quả này cũng gần tương tự các tác giả khác, theo Trần Ngọc Ân viêm điểm bám gân lõi cầu ngoài xương cánh tay thường gặp ở tuổi 40 - 60, hiếm khi xảy ra trước tuổi 30⁶.

Bệnh xảy ra phần lớn ở nữ giới 73,3% ở nhóm chứng và 80% ở nhóm nghiên cứu. Điều này có thể do nữ giới tuy không phải làm việc nặng nhọc như nam giới nhưng thời gian làm việc thường kéo dài, công việc tỉ mỉ, động tác lặp lại nhiều lần như dệt may, đan lát, nội trợ, giặt giũ... Mặt khác nữ giới có khối lượng cơ bắp ít hơn, cơ lực yếu hơn nam giới, nên có thể dễ bị tác động vi chấn thương hơn nam giới.

Tổn thương ở tay thuận chiếm đa số. Điều này phù hợp với tính chất vận động hàng ngày của tay thuận sẽ nhiều hơn. Ở nghiên cứu này chúng tôi không có bệnh nhân nào bị tổn thương cả 2 bên tay. Lý do có lẽ do cỡ mẫu chưa đủ lớn và thời gian nghiên cứu còn ngắn.

Mức độ đau theo thang điểm VAS ở cả 2 nhóm đều giảm. Nhưng ở nhóm nghiên cứu kết quả có tốt hơn. Cơ lực nắm của bàn tay cũng tốt hơn ở nhóm nghiên cứu. Theo Trần Ngọc Ân, cường độ đau cũng liên quan đến sức nắm bàn tay, nếu đau nhiều thì sức nắm giảm nhiều, khi cường độ đau giảm thì sức nắm bàn tay tăng lên⁶.

Trước điều trị, cả hai nhóm đều có điểm Quick DASH từ 50 đến 60 điểm, cho thấy mức độ đau và tàn tật của các bệnh nhân ở mức trung bình. Hầu hết các bệnh nhân gặp khó khăn trong các hoạt động hàng ngày ở mức trung bình tức là vẫn thực hiện được hoạt động nhưng chậm hơn bình thường hoặc thực hiện hoạt động không hoàn toàn.

Sau điều trị 15 ngày điều trị thấy rằng các bệnh nhân có sự cải thiện đáng kể nhất là ở nhóm nghiên cứu với điểm Quick DASH trung bình giảm 37,4 điểm từ $51,1 \pm 11,5$ điểm xuống còn $13,7 \pm 9,0$ điểm; còn ở nhóm chứng điểm Quick DASH trung bình giảm 22,7 điểm từ $54,2 \pm 12,2$ điểm xuống còn $31,5 \pm 5,5$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau điều trị với $p < 0,01$. Hầu hết các bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu đều không còn gặp khó khăn trong các hoạt động chức năng. Còn các bệnh nhân ở nhóm chứng chủ yếu là còn gặp khó khăn nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Điều trị viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay bằng phương pháp nội khoa, phục hồi chức năng, liệu pháp sóng xung kích có mang lại hiệu quả tốt hơn việc điều trị bằng

nội khoa đơn thuần. Thể hiện bằng mức độ đau, cơ lực, chức năng chi trên của bệnh nhân tốt hơn ở nhóm can thiệp điều trị phối hợp.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.153.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Landesa-Piñeiro L, Leirós-Rodríguez R.** Physiotherapy treatment of lateral epicondylitis: A systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2022;35(3):463-477. doi: 10.3233/ BMR-210053. PMID: 34397403.
2. **Sanders TL, Jr., Maradit Kremers H, Bryan AJ, Ransom JE, Smith J, Morrey BF.** The epidemiology and health care burden of tennis elbow: a population-based study. *The American journal of sports medicine.* May 2015;43(5):1066-1071.
3. **Yao G, Chen J, Duan Y, Chen X.** Efficacy of Extracorporeal Shock Wave Therapy for Lateral Epicondylitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int.* 2020 Mar 18;2020: 2064781. doi: 10.1155/2020/2064781. PMID: 32309425; PMCID: PMC7106907.
4. **Yao G, Chen J, Duan Y, Chen X.** Efficacy of Extracorporeal Shock Wave Therapy for Lateral Epicondylitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2020;2020:2064781.
5. **Liu WC, Chen CT, Lu CC, Tsai YC, Liu YC, Hsu CW, Shih CL, Chen PC, Fu YC.** Extracorporeal Shock Wave Therapy Shows Superiority Over Injections for Pain Relief and Grip Strength Recovery in Lateral Epicondylitis: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Arthroscopy.* 2022 Jun;38(6): 2018-2034.e12. doi: 10.1016/j.arthro.2022.01.025. Epub 2022 Jan 31. PMID: 35093494.
6. **Trần Ngọc Ân NTN.** Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam. 2016.

SÀNG LỌC TÁC DỤNG KHÁNG VIRUS SARS-COV-2 CỦA CÁC FLAVONOID TỪ DƯỢC LIỆU BẰNG DOCKING PHÂN TỬ

Ngô Thị Quỳnh Mai¹, Lê Thị Yên¹,
Trần Thị Ngân¹, Nguyễn Thị Thu Phương¹

TÓM TẮT

SARS-CoV-2 hay các bệnh do CoV gây ra vẫn thu hút sự quan tâm nghiên cứu của các nhà khoa học. Các hợp chất tự nhiên là nguồn nguyên liệu phong phú cho việc tìm kiếm các chất dẫn đường. Trong nghiên cứu này, 30 flavonoid chính từ dược liệu đã được sàng lọc tác dụng ức chế SARS-CoV-2 thông qua main protease và enzym chuyển dạng chuyển Angiotensin 2 bằng docking phân tử sử dụng phần mềm Autodock Vina. Kết quả cho thấy 30 flavonoid đều có khả năng ức chế protein Mpro của SARS-CoV-2 và thụ thể ACE2 người. Trong đó, các hợp chất thể hiện khả năng liên kết mạnh nhất là: rutin, quercetin 3-O-rhamnoside, cyanidin 3-sophoroside, silibinin A, silibinin B. Rutin có khả năng liên kết mạnh nhất với cả Mpro và ACE2 với năng lượng liên kết lần lượt là -8.6 và -10.9 kcal/mol. Với tác dụng ức chế virus cùng sự sẵn có về nguồn cung cấp dược liệu, các flavonoid này có thể là các chất dẫn đường tiềm năng để nghiên cứu các thuốc điều trị SARS-CoV-2.

Từ khóa: docking phân tử, flavonoid, SARS-CoV-2

SUMMARY

SCREENING FOR SARS-COV-2 INHIBITORS OF FLAVONOIDS FROM HERBS USING MOLECULAR DOCKING

SARS-CoV-2 or other diseases caused by CoV still attract the research interest of scientists. Natural compounds are a rich source of raw materials for the search for guides. In this study, 30 main flavonoids from medicinal plants were screened for their inhibitory effect on SARS-CoV-2 through main protease and Angiotensin 2 converting enzyme by molecular docking using Autodock Vina software. The results showed that all 30 flavonoids could inhibit the Mpro protein of SARS-CoV-2 and the human ACE2 receptor. Among them, the compounds showing the strongest binding ability are: rutin, quercetin 3-O-rhamnoside, cyanidin 3-sophoroside, silibinin A, silibinin B. Rutin has the strongest binding ability with both Mpro and ACE2 with binding energies are -8.6 and -10.9 kcal/mol, respectively. With their virus-inhibiting effects and the availability of medicinal supplies, these flavonoids could be potential leads for researching drugs to treat SARS-CoV-2.

Keywords: molecular docking, flavonoid, SARS-CoV-2

¹Khoa Dược học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Quỳnh Mai
Email: ntqmai@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28/2/2024
Ngày phản biện khoa học: 4/3/2024
Ngày duyệt bài: 19/4/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

SARS-CoV-2, hay còn được gọi là 2019-nCoV, là virus gây bệnh COVID 19. Virus này lần đầu tiên được xác định trong đường hô hấp của những bệnh nhân viêm phổi ở Vũ

Hán, Hồ Bắc, Trung Quốc vào tháng 12 năm 2019, sau đó được xác định là một loại β -coronavirus mới (nCoV) [1]. Các mục tiêu tiềm năng của các thuốc điều trị SARS-CoV-2 là spike protein (S), main protease (Mpro), ARN polymerase phụ thuộc ARN, và enzym chuyển Angiotensin 2 (ACE2) [2]. Trong đó, Mpro là một loại enzyme quan trọng hoạt động phối hợp với các thành phần khác để giúp sao chép và phiên mã RNA của virus, cũng là mục tiêu được nghiên cứu nhiều nhất đối với các loại thuốc kháng CoV [3]. ACE2, một protein liên kết màng loại I, được biểu hiện ở nhiều mô bao gồm tim, thận, ruột, phổi [4]. ACE2 được cho là có liên quan đến sự nhân lên của virus, tạo điều kiện thuận lợi cho sự nhân lên của coronavirus trong phổi, giải thích nguyên nhân gây tổn thương thận, suy tim và tổn thương gan ở bệnh nhân nhiễm COVID-19 [5].

Flavonoid là một nhóm các sản phẩm tự nhiên có cấu trúc polyphenol, có mặt trong nhiều dược liệu y học cổ truyền và các dạng thuốc bào chế hiện đại. Một số flavonoid đã được chứng minh có tác dụng ức chế chống lại coronavirus bằng cách liên kết với các mục tiêu virus quan trọng trong quá trình xâm nhập và/hoặc nhân lên của virus, cũng như hoạt động điều hòa miễn dịch và chống viêm. Do đó đây được coi là một nhóm hoạt chất tiềm năng cho phát triển các thuốc điều trị [6]. Tuy nhiên, do số lượng lớn các chất cần nghiên cứu, kỹ thuật docking phân tử là một công cụ quan trọng có thể cải thiện đáng kể hiệu quả và giảm chi phí trong việc nghiên cứu thuốc mới [7].

Vì những lý do trên, đề tài “Sàng lọc tác dụng kháng virus SARS-COV-2 của các flavonoid từ dược liệu bằng docking phân tử” được thực hiện với mục tiêu sàng lọc tác dụng kháng virus SARS-COV-2 của 30

flavonoid phổ biến từ dược liệu bằng docking phân tử.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

30 flavonoid chính trong các dược liệu thuộc Danh mục dược liệu thiết yếu (Thông tư số 19/2018/TT-BYT ngày 30/8/2018). Từ các dược liệu thuộc Danh mục thuốc thiết yếu, lựa chọn các cây thuốc có flavonoid là thành phần chính, xác định flavonoid chính trong các dược liệu đã tìm được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô phỏng tương tác của các flavonoid với các protein mục tiêu bằng docking phân tử với phần mềm Vinadock để đánh giá khả năng ức chế hoạt động của virus thông qua các protein này. Sử dụng các phần mềm sau: ChemBio3D 14.0, Discovery Studio 2021 Client (<http://mglttools.scripps.edu/downloads>), MGLTools - 1.5.7 (<http://mglttools.scripps.edu/downloads>), Autodock Vina 4.2 (<https://vina.scripps.edu/downloads/>).

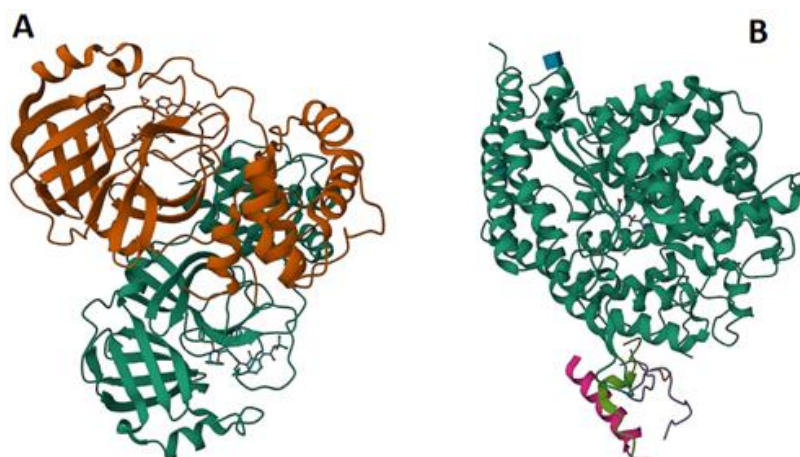
Các bước tiến hành như sau:

Bước 1. Chuẩn bị phối tử bằng phần mềm Discovery Studio 2021 Client và lưu file dưới dạng pdbqt. Cấu trúc của 3D 30 flavonoid (Apigenin, Baicalein, Brazilin, Carthamidin, Chrysin, Cyanidin, Cyanidin 3_sophorosit, Hesperetin, Homoplantagin, Hyperin, Kaempferol, Luteolin, Mulberrin, Myricetin, Oroxylin A, Puerarin, Quercetin, Quercetin 3_O_rhamnoside, Rhamnocitrin, Rutin, Scutellarein, Silibinin A, Silibinin B, Silicristin, Sinensetin, Tangeretin, Tectoridin, Tectorigenin, Vitexin, Wogonin) được tải về từ PubChem (<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/>).

Bước 2. Cấu trúc X-ray của Mpro (6Y2G) và enzyme chuyển ACE2 (1R4L)

được lấy từ ngân hàng dữ liệu protein (protein data bank: <https://www.rcsb.org>) Chuẩn bị protein bằng phần mềm Discovery

Studio 2021 Client và Autodock Vina, thêm hydrogen vào protein, lưu dưới dạng pdbqt.



Hình 1. Cấu trúc 3D của (A) Mpro (6Y2G) và (B) enzyme chuyển ACE2 (1R4L)

Bước 3. Docking phân tử: Các tệp .pdbqt của protein và phối tử được sử dụng để thực hiện docking. Vị trí liên kết được xác định bởi một hình hộp chữ nhật 3 chiều (gridbox). Do 2 protein 6Y2G và 1R4L đã có phối tử liên kết sẵn, tọa độ hộp lưới được đặt trung tâm (center) tại vị trí của phối tử ban đầu và điều chỉnh kích thước để bao phủ hoàn toàn phối tử. Thực hiện docking bằng phần mềm Autodock Vina. Năng lượng và vị trí liên kết được tính toán và sử dụng để đánh giá độ bền liên kết giữa protein-phối tử.

Bước 4. Phân tích kết quả: Sau khi thu được năng lượng liên kết và vị trí gắn kết của phối tử - protein, biểu diễn hình ảnh tương tác bằng phần mềm Discovery Studio 2021 Client.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

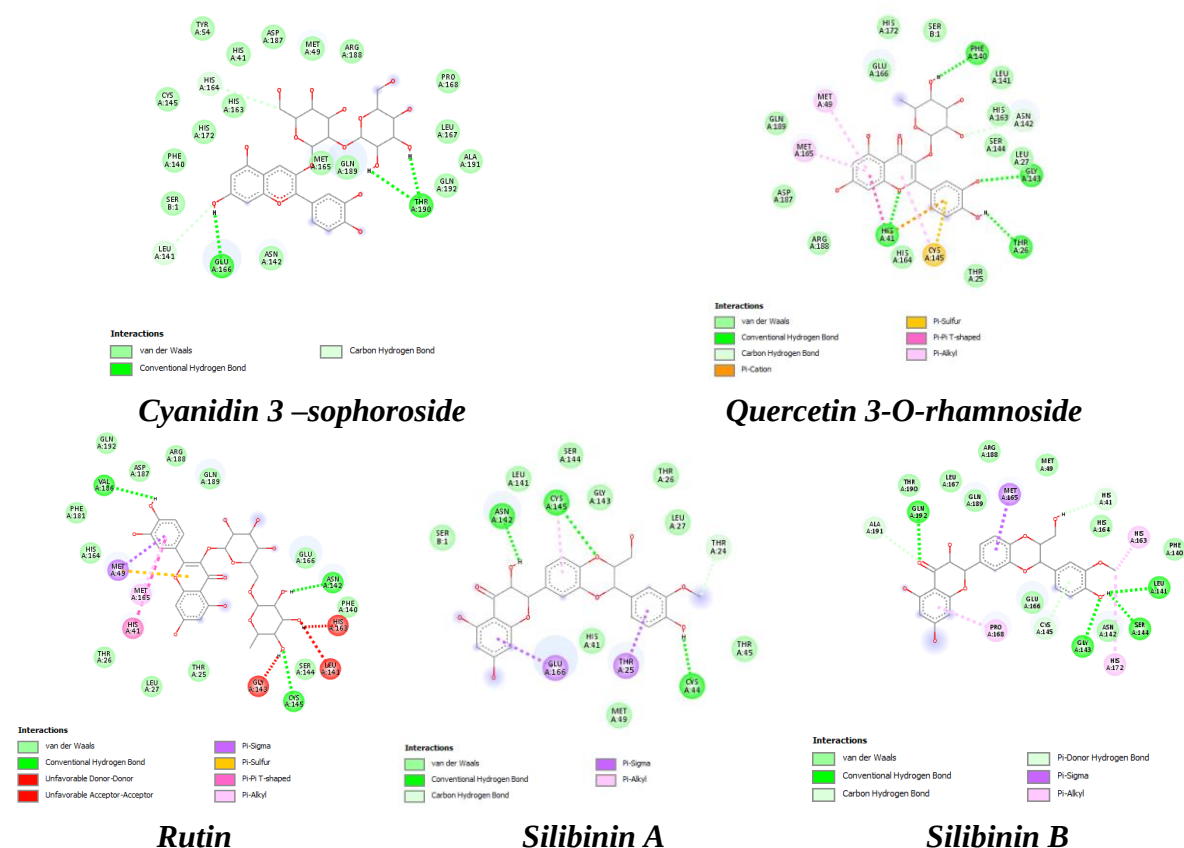
3.1. Kết quả docking phân tử của Mpro (6Y2G) với các flavonoid

Kết quả mô phỏng bằng docking phân tử cho thấy các flavonoid đều gắn vào vùng

hoạt động của Mpro (6Y2G) với năng lượng liên kết thấp, từ -6.5 kcal/mol với wogonin đến -8.6 kcal/mol với rutin. Các hợp chất có năng lượng liên kết thấp nhất lần lượt là: rutin (-8.6 kcal/mol), homoplantagin (-8.5 kcal/mol), quercetin 3-O-rhamnoside (-8.4 kcal/mol), vitexin (-8.3 kcal/mol), cyanidin 3-sophoroside (-8.1 kcal/mol), silibinin A (-8.1 kcal/mol), silibinin B (-8.1 kcal/mol). Một số chất có khả năng liên kết bền vững nhất trong số 30 flavonoid được phân tích hình ảnh tương tác với protein bằng phần mềm Discovery Studio 2021 Client. Kết quả cho thấy các flavonoid đều gắn vào vùng hoạt động của Mpro chủ yếu bằng các liên kết hydro, Van der Waals, carbon-hydrogen. Ngoài ra ở các trung tâm hoạt động còn có sự tham gia của các liên kết pi-carbon, pi-alkyl, pi-pi T shaped, pi-sigma... để giải phóng năng lượng và làm chặt hơn tương tác giữa ligand-enzym.

Bảng 1. Năng lượng liên kết của một số flavonoid với protein Mpro và ACE2

STT	Flavonoid	Mpro		ACE2	
		Năng lượng liên kết (kcal/mol)	Vị trí tương tác	Năng lượng liên kết (kcal/mol)	Vị trí tương tác
1	Cyanidin 3 -sophorosit	-8.1	GLU A:166, THR A:190	-10	HIS A:345, PRO A:346, HIS A:505, ARG A:273, ASP A:368
2	Homoplantagin	-8.5	ASN A:142, GLU A:166, CYS A:145, HIS: 163, HIS A:164, LEU A:141	-9.5	LYS A:363, ARG A:273
3	Mulberrin	-7.9	HIS A:41, GLU A:166, PHE A:140	-9	ASP A:368, THR A:371
4	Puerarin	-7.9	PHE A:140, GLU A:166	-9.2	GLU A:145, ASN A:149
5	Quercetin 3 -O-rhamnoside	-8.4	THR A:26, HIS A:41, PHE A:140	-10.1	ASN A:149, ARG A:273
6	Rutin	-8.6	ASN A:142, CYS A:145, VAL A:186	-10.9	LYS A:363, ASP A:367, ASN A:149, GLU A:145, ARG A:273, TYR A:515
7	Silibinin A	-8.1	CYS A:44, ASN A:142, CYS A:145	-10.3	LYS A:363, ARG A:518
8	Silibinin B	-8.1	GLY A:143, SER A:144, LEU A:141, GLN A:192	-10.7	LYS A:363, ASN A:149, ASP A:368, CYS A:361, THR A:371, GLN A:442
9	Silicristin	-7.8	ASN A:142, GLU A:166	-10	THR A:365, ASP A:269, ARG A:518, GLU A:145, HIS A:345, HIS A:505, ARG A:273
10	Vitexin	-8.3	SER A:144	-9.4	ASN A:149, LYS A:363

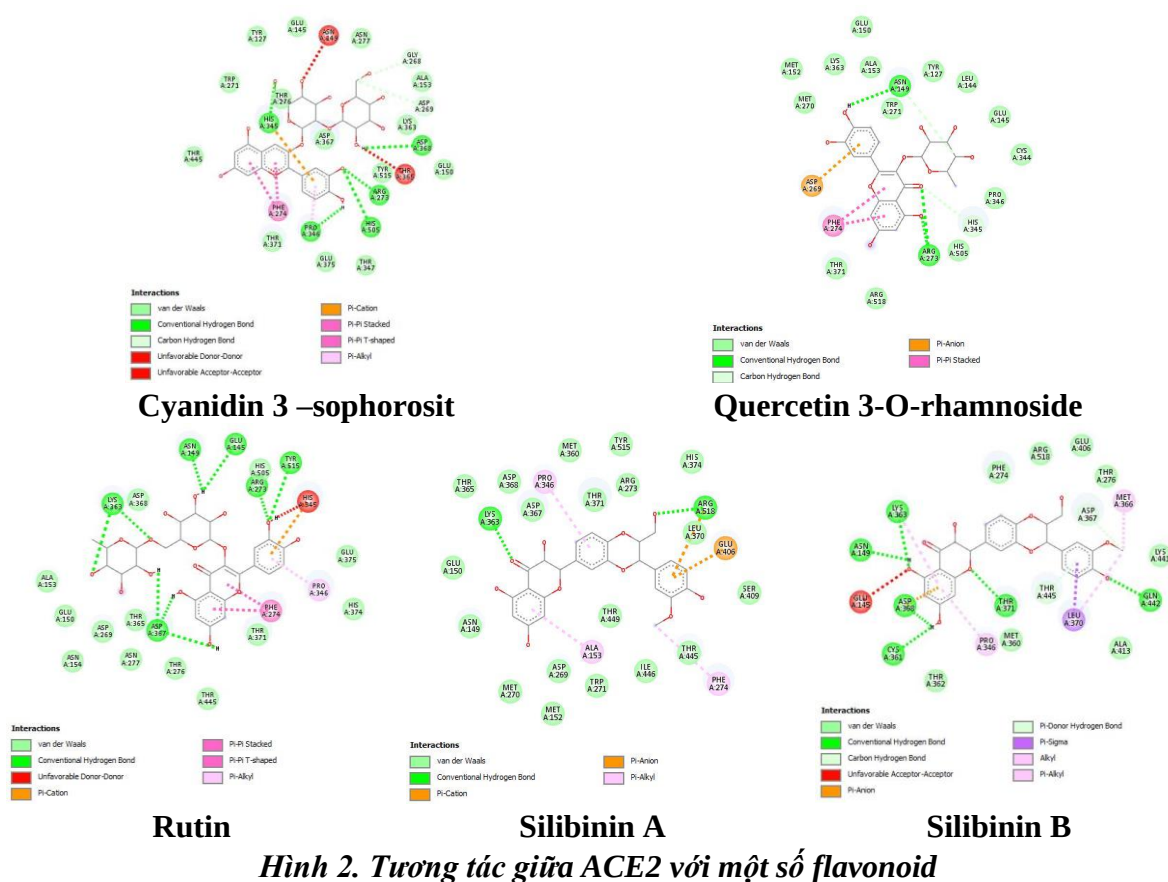


Hình 1. Tương tác giữa Mpro với một số flavonoid

3.2. Kết quả docking phân tử của ACE2 (1R4L) với các flavonoid

Kết quả từ Bảng 1 cho thấy năng lượng liên kết của ACE2 (1R4L) với các flavonoid nằm trong khoảng từ -8.2 (tangeretin) đến -10.9 (rutin), thấp hơn so với năng lượng liên kết với Mpro. Trong đó, 10 hợp chất cho năng lượng liên kết thấp nhất là: rutin (-10.9 kcal/mol), silibinin B (-10.7 kcal/mol), silibinin A (-10.3 kcal/mol), quercetin 3-O-rhamnoside (-10.1 kcal/mol), cyanidin 3-sophoroside (-10 kcal/mol), silicristin (-10 kcal/mol).

Từ 30 flavonoid ban đầu, lựa chọn 5 hợp chất có năng lượng liên kết thấp nhất, biểu diễn hình ảnh tương tác bằng phần mềm Discovery Studio 2021 Client. Qua Hình 3.4 về tương tác 2D giữa phối tử-protein, ta có thể thấy các hợp chất tương tác với các amino acid với nhiều loại liên kết khác nhau. Rutin là chất có năng lượng liên kết thấp nhất và đồng thời cũng có số lượng liên kết hydro cao nhất là 9 liên kết với các acid amin: LYS A:363, ASP A:367, ASN A:149, GLU A:145, ARG A:273, TYR A:515, ngoài ra còn có các liên kết van der Waals, Pi-Pi T shaped, Pi-Pi stacked, Pi-alkyl.



IV. BÀN LUẬN

4.1. Về mô hình docking

Kết quả docking bằng Autodock Vina cho thấy, các ligand đều có xu hướng gắn với các protein ở vị trí hoạt động. Vị trí gắn của các flavonoid với protein Mpro tại các acid amin PHE140, ASN142, CYS145, GLY143, SER144 [8] và ACE2 tại ARG273, HIS505, HIS345, PRO346, THR371, TYR515 [9] có sự tương đồng với các nghiên cứu đã công bố. Kết quả này cho thấy việc áp dụng phương pháp sàng lọc ảo bằng docking phân tử có khả năng ứng dụng để nghiên cứu tương tác giữa các chất trong ngân hàng các hợp chất tự nhiên hoặc tổng hợp với các protein này. Các phương pháp in silico có thể cho phép sàng lọc ảo hàng triệu

hợp chất trong thời gian ngắn, do đó giảm chi phí ban đầu cho việc xác định các hợp chất dẫn đường và cải thiện cơ hội tìm kiếm các ứng cử viên thuốc điều trị mong muốn [7]. Tuy nhiên, kết quả sàng lọc phụ thuộc vào chức năng tính toán của phần mềm docking. Bên cạnh đó, một protein có thể tồn tại trong chuyển động liên tục giữa các trạng thái hình dạng khác nhau, trong khi với các phần mềm docking, các thụ thể này luôn ở trạng thái cứng (rigid). Do đó, sẽ có sự khác biệt giữa mô phỏng và thực tế diễn ra trong cơ thể sinh vật [10]. Do đó, phương pháp sàng lọc in silico mặc dù có rất nhiều lợi thế nhưng không thể thay thế hoàn toàn cho các phương pháp thực nghiệm. Để phát triển một thuốc hoàn chỉnh cần tiến hành nhiều bước

nghiên cứu thực nghiệm cũng như nghiên cứu lâm sàng để đảm bảo tính an toàn cũng như hiệu quả điều trị.

4.2. Về kết quả tương tác flavonoid-protein

Kết quả cho thấy rằng tất cả các flavonoid trong nghiên cứu này đều liên kết với protein Mpro của virus và thụ thể ACE2 của con người ở một mức độ nào đó. Các phối tử đều gắn kết tại vị trí hoạt động của protein. Điều đó cho thấy rằng các flavonoid được nghiên cứu đều có tiềm năng trở thành các chất ức chế Mpro và ACE2 tốt. Có sự khác nhau về khả năng gắn kết giữa các phối tử, tuy nhiên cũng thấy sự tương đồng về mức độ liên kết của các flavonoid với 2 protein này khi các chất có liên kết bền vững với Mpro thì cũng liên kết bền vững với ACE2. Cả 5 chất có năng lượng liên kết với Mpro ≤ -8.0 kcal/mol thì cũng có năng lượng liên kết với ACE2 ≤ -10.0 kcal/mol. Các hợp chất thể hiện khả năng gắn kết tốt với cả hai protein là: cyanidin 3-sophorosit, quercetin 3-O-rhamnoside, rutin, silibinin A và silibinin B. Rutin thể hiện năng lượng liên kết thấp nhất với cả hai protein. Rutin cũng đã được chứng minh là thành phần quan trọng trong tác dụng ức chế sự nhân lên của virus của bài thuốc cổ truyền Trung Quốc Xuefu Zhuyu [11]. Silibinin, một flavonolignan từ cây Kế sữa (*Silybum marianum*) đã được chứng minh có khả năng giảm triệu chứng của các trường hợp mắc COVID nặng theo cơ chế hạn chế bão cytokin và giảm tế bào T thông qua con đường ức chế trực tiếp STAT3, chất chính điều chỉnh tín hiệu gây viêm và phản ứng miễn dịch [12].

Với khả năng ức chế cả hai protein, các flavonoid được lựa chọn nghiên cứu đã thể hiện hoạt động ức chế đa mục tiêu tiềm năng chống lại SARS-CoV-2 bằng cách liên kết với các mục tiêu virus thiết yếu cần thiết trong quá trình xâm nhập và nhân lên của virus. Các phối tử liên kết với Mpro làm ức chế khả năng tách polyprotein để tạo ra các protein không cấu trúc (Non-structure Protein, NSP), từ đó ngăn cản tạo thành phức hợp sao chép-phiên mã, ức chế sự nhân lên của virus. Bằng cách gắn với thụ thể ACE2, các hợp chất làm thay đổi/gián đoạn quá trình liên kết của protein S với thụ thể ACE2 ở miền liên kết (receptor-binding domain, RBD), ngăn cản sự xâm nhập và lây nhiễm của SARS-CoV-2. Các flavonoid trong nghiên cứu này đều là hoạt chất chính có trong các dược liệu Hòe hoa, Phúc bồn tử, Cốc tinh thảo, Diếp cá, Cúc gai, Kế sữa. Với tác dụng ức chế virus cùng với sự sẵn có về nguồn cung cấp dược liệu, flavonoid có thể là các chất dẫn đường tiềm năng để nghiên cứu các thuốc điều trị COVID 19.

V. KẾT LUẬN

Cả 30 flavonoid đều cho thấy khả năng ức chế với protein Mpro của SARS-CoV-2 và thụ thể ACE2 ở người. Trong đó, các hợp chất thể hiện khả năng liên kết mạnh nhất là: rutin, quercetin 3-O-rhamnoside, cyanidin 3-sophorosit, silibinin A, silibinin B.

VI. KIẾN NGHỊ

Thực hiện thêm các nghiên cứu in vitro và in vivo để làm sáng tỏ tác dụng của các hoạt chất đã sàng lọc trước khi tiến hành các thử nghiệm lâm sàng để phát triển các thuốc điều trị SARS-CoV-2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Guo, Y.-R., et al.**, The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak—an update on the status. *Military medical research*, 2020. 7: p. 1-10.
2. **Zhou, P., et al.**, A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, 2020. 579(7798): p. 270-273.
3. **Shamsi, A., et al.**, Potential drug targets of SARS-CoV-2: From genomics to therapeutics. *Int J Biol Macromol*, 2021. 177: p. 1-9.
4. **Basu, A., A. Sarkar, and U. Maulik**, Molecular docking study of potential phytochemicals and their effects on the complex of SARS-CoV2 spike protein and human ACE2. *Scientific Reports*, 2020. 10(1): p. 17699.
5. **Hoffmann, M., et al.**, SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *cell*, 2020. 181(2): p. 271-280. e8.
6. **Alzaabi, M.M., et al.**, Flavonoids are promising safe therapy against COVID-19. *Phytochemistry Reviews*, 2022. 21(1): p. 291-312.
7. **Fan, J., A. Fu, and L. Zhang**, Progress in molecular docking. *Quantitative Biology*, 2019. 7(2): p. 83-89.
8. **Sajid Jamal, Q.M., A.H. Alharbi, and V. Ahmad**, Identification of doxorubicin as a potential therapeutic against SARS-CoV-2 (COVID-19) protease: a molecular docking and dynamics simulation studies. *J Biomol Struct Dyn*, 2022. 40(17): p. 7960-7974.
9. **Towler, P., et al.**, ACE2 X-ray structures reveal a large hinge-bending motion important for inhibitor binding and catalysis. *J Biol Chem*, 2004. 279(17): p. 17996-8007.
10. **Liu, J. and R. Wang**, Classification of current scoring functions. *Journal of chemical information and modeling*, 2015. 55(3): p. 475-482.
11. **Xing, Y., et al.**, Traditional Chinese medicine network pharmacology study on exploring the mechanism of Xuebijing Injection in the treatment of coronavirus disease 2019. *Chin J Nat Med*, 2020. 18(12): p. 941-951.
12. **Speciale A., et al.**, Silibinin as potential tool against SARS-Cov-2: In silico spike receptor-binding domain and main protease molecular docking analysis, and in vitro endothelial protective effects. *Phytother Res*. 2021. 35(8):4616-4625.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN MẮT VÀ DA LIỄU, HẢI DƯƠNG NĂM 2022

Nguyễn Minh Ngọc¹, Phạm Văn Hán¹, Vũ Văn Trường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng về sự hài lòng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Mắt và Da Liễu, năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 400 bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện. **Kết quả:** nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam chiếm 41%, nữ là 59%. Tỷ lệ người từ 50-59 tuổi là cao nhất, chiếm 53,75%, thấp nhất là dưới 30 tuổi 2,25%. Số người bệnh hoàn toàn hài lòng với tất cả các dịch vụ chiếm 64,5%. Tuy nhiên, với mỗi tiêu chí đánh giá sự hài lòng của người bệnh về chất lượng chăm sóc sức khỏe đều cho tỷ lệ hài lòng trên 80%. Người bệnh cũng phản hồi tích cực về việc sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác tới bệnh viện (94%). Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa độ tuổi, nghề nghiệp với sự hài lòng của người bệnh. Số chênh của tỷ lệ chưa hài lòng ở nhóm tuổi dưới 60 thấp hơn so với nhóm từ 60 tuổi trở lên (OR=0,62; 95%CI:0,39-0,95). Về nghề nghiệp, nhóm hưu trí có tỷ lệ hài lòng cao nhất 75,9%, thấp nhất là nhóm học sinh-sinh viên 42,9% ($p < 0,05$).

Từ khóa: Sự hài lòng; bệnh nhân nội trú; Hải Dương.

SUMMARY

PATIENT SATISFACTION AND ASSOCIATED FACTORS AMONG INPATIENT AT HAI DUONG OPHTHALMOLOGY AND DERMATOLOGY HOSPITAL IN 2022

Objective: To describe the status of patient satisfaction and its associated factors. **Subject and methods:** A cross-sectional study was conducted at Hai Duong Ophthalmology and Dermatology hospital in 2022 to. **Results:** The percentage of male participants accounted for 41%, female accounted for 59%. The highest percentage were people 50-59 years of age, accounted for 53.7%, the lowest group was under 30 years old, accounted for 2.25%. Number of patients who completely satisfied were 64.5%. However, each criteria of patient satisfaction's assessment about the quality of health care all had the rate of satisfaction over 80%. Patients also responded positively about returning or recommending others to the hospital (94%). Our study also found a statistically significant relationship between factors of age, and occupation with patient satisfaction. The odd in dissatisfaction percentage in the group under 60 was lower than in the group 60 and above (OR=0.62;95%CI:0.39-0.95). Regarding to occupation factor, the retiree group reported to have the highest rate of satisfaction 75.9%, the lowest rate fell on student group 42.9% ($p<0,05$).

Keywords: Patient satisfaction; inpatient; Hai Duong

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Mắt và Da liễu Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Ngọc

Email: nmngoc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 5/3/2024

Ngày duyệt bài: 19/4/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của người bệnh là một trong các chỉ số đo lường chất lượng hoạt động khám chữa bệnh. Bộ Y tế đã ban hành nhiều công cụ pháp lý, văn bản hướng dẫn nhằm nâng cao sự hài lòng của người bệnh đối với các dịch vụ y tế tại cơ sở khám chữa bệnh. Các công cụ đó bao gồm kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện [1]; phê duyệt chương trình đổi mới phong cách phục vụ của cán bộ và nhân viên y tế hướng đến sự hài lòng của người bệnh [2]; Ban hành hướng dẫn xây dựng thí điểm một số chỉ số cơ bản đo lường chất lượng bệnh viện được áp dụng tại các bệnh viện công lập và tư nhân [3].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh và cũng đã được sử dụng như những chỉ số đo lường hiệu quả trong công tác khám chữa bệnh trong bệnh viện. Tại nước ta, sự cạnh tranh các loại hình dịch vụ trong y tế cũng càng ngày càng mạnh mẽ hơn. Chính vì vậy, các nghiên cứu tại các bệnh viện khác nhau cũng đã được ghi nhận và so sánh các kết quả. Một nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa Nghệ An năm 2020 cho thấy sự hài lòng của bệnh nhân về nhân viên y tế, việc công khai chi phí, cơ sở vật chất, tư vấn, cấp phát thuốc ... đều đạt trên 90% [4]. Nghiên cứu khác tại bệnh viện đa khoa Hải Dương (2015) lại cho thấy tỷ lệ hài lòng chung là 68,8% [5]. Mỗi bệnh viện lại có đặc thù và cách vận hành riêng. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan về sự hài lòng của người bệnh nội trú tại bệnh viện Mắt và Da liễu Hải Dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chọn mẫu toàn bộ 5 khoa có bệnh nhân nội trú.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên
- Người bệnh biết đọc, biết viết, không mắc các bệnh tâm thần

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh là người nhà nhân viên bệnh viện

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 04 năm 2022 đến tháng 09 năm 2022 tại 5 khoa lâm sàng có người bệnh điều trị nội trú ở bệnh viện Mắt và Da liễu Hải Dương.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng khoảng, sử dụng sai số tuyệt đối:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu. $Z_{1-\alpha/2}$: Là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê. Lấy mức ý nghĩa thống kê = 5%, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. p: Tỷ lệ tham khảo, Lấy p = 0,688, tham khảo nghiên cứu trước [5]. d: độ chính xác mong muốn, d = 0,05. Tính được cỡ mẫu tối thiểu n = 330 người, thực tế triển khai trên 400 người.

2.5. Phương pháp chọn mẫu:

Chọn toàn bộ mẫu trên 5 khoa đáp ứng tiêu chí nghiên cứu từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2022.

2.6. Biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

2.6.1. Các biến số và chỉ số đánh giá sự hài lòng về chất lượng dịch vụ KCB tại bệnh viện Mắt và Da liễu Hải Dương gồm: (07 nhân tố và 29 tiểu mục), bao gồm sự hài lòng của NB về

- Thời gian chờ: đánh giá việc được bác sĩ khám bệnh; sự sẵn sàng có mặt của điều dưỡng, ktv tại buồng bệnh khi NB yêu cầu;

được thực hiện các xét nghiệm; đăng ký vào viện; và thanh toán khi ra viện;

- Chăm sóc của điều dưỡng, kỹ thuật viên: là sự hài lòng của NB về tinh thần thái độ phục vụ trong quá trình chăm sóc; thực hiện các thao tác quy trình kỹ thuật, thủ thuật chăm sóc;

- Điều trị của bác sĩ: là sự hài lòng của NB về tinh thần thái độ của bác sĩ trong quá trình điều trị; cách thăm khám và điều trị; thảo luận với bác sĩ về yêu cầu điều trị; - Sự hài lòng của người bệnh về tư vấn và GDSK: là sự hài lòng của NB về tư vấn chế độ ăn, vận động; hướng dẫn tái khám của bác sĩ, điều dưỡng, ktv; hướng dẫn phòng bệnh, phòng các biến chứng;

- Thông tin được cung cấp: là sự hài lòng của NB về việc được giải thích về tình trạng bệnh tật chế độ điều trị; công khai, hướng dẫn, sử dụng thuốc hàng ngày; chế độ dinh dưỡng; thông tin kết quả xét nghiệm; dự kiến chi phí điều trị; dự kiến thời gian điều trị;

- Đáp ứng nhu cầu: là sự hài lòng của NB về sơ đồ, chỉ dẫn đến các khoa; khuôn viên cảnh quan; an ninh tại bệnh viện; khoảng không, công tác vệ sinh nội vụ buồng bệnh; cung cấp nước uống hàng ngày; cung cấp chăn màn, quần áo...; công tác nhà vệ sinh, nhà tắm; trang thiết bị chẩn đoán, chăm sóc điều trị; cung cấp các phương tiện thông tin nghe nhìn;

- CSSK và điều trị: là sự hài lòng của NB về việc điều trị nội trú tại bệnh viện Mắt và Da liễu Hải Dương.

2.6.2. Các biến số phân tích yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Mắt và Da liễu Hải Dương

- Giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, thu nhập bình quân

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Bộ câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc xây dựng trên phiếu khảo sát theo mẫu của Bộ Y tế theo công văn số 1334/KCB-QLCL của Cục Quản lý khám, chữa bệnh về việc hướng dẫn kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện, đánh giá sự hài lòng người bệnh. Các câu hỏi được đánh giá theo thang đo Likert và tổng hợp theo tiêu chuẩn đánh giá tỷ lệ hài lòng theo hướng dẫn của Bộ Y tế ban hành kèm theo quyết định số 3869/QĐ-BYT [6].

* Cách tính điểm:

- Điểm trung bình của mỗi nhóm tiêu chí bằng tổng số điểm của nhóm trong tất cả các mẫu phiếu khảo sát.

- Điểm trung bình chung bằng tổng số điểm của phiếu trong tất cả các mẫu phiếu khảo sát.

- Điểm hài lòng chung của người bệnh cho bệnh viện = tổng điểm/tổng số câu hỏi

- Điểm hài lòng cho từng nhóm tiêu chí = tổng điểm từng nhóm tiêu chí/tổng số câu hỏi mỗi nhóm

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Các phiếu điều tra được làm sạch trước khi nhập liệu và xử lý. Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng phần mềm Spss 16.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả tính tỷ lệ %, tần số. Sử dụng Fisher exact, chi2 test, tính toán giá trị OR, 95%CI, p-value để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố và sự hài lòng của bệnh nhân.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được triển khai với sự cho phép của lãnh đạo bệnh viện Mắt và Da Liễu Hải Dương. Người bệnh tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, sau khi được giải thích đầy đủ về mục tiêu của nghiên cứu. Thông tin thu thập trung thực, khách quan, được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng về sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ KCB tại bệnh viện Mắt và Da liễu Hải Dương

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân (n = 400)

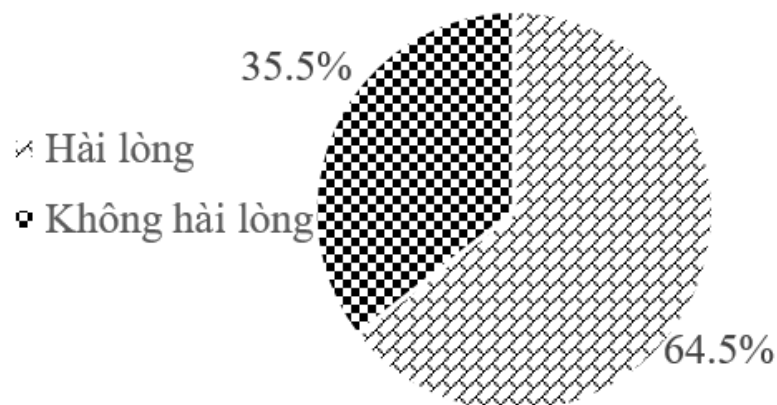
Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	164	41
	Nữ	236	59
Độ tuổi	< 30 tuổi	9	2,25
	30 - 39 tuổi	21	5,25
	40 - 49 tuổi	35	8,75
	50 - 59 tuổi	215	53,75
	60 tuổi trở lên	120	30

Tỷ lệ nam là 41%, nữ là 59%. Tỷ lệ người từ 50 tuổi trở lên là cao nhất, chiếm 53,75%, thấp nhất là dưới 30 tuổi 2,25%.

Bảng 2. Tỷ lệ hài lòng chung của bệnh viện theo các nhóm tiêu chí (n=400)

Nhóm tiêu chí	Tình trạng hài lòng		Không hài lòng	
	n	%	n	%
Sự HL về tiếp cận dịch vụ KCB	380	95	20	5
Sự HL về chăm sóc của điều dưỡng, KTV	392	98	8	2
Sự HL về điều trị của Bác sỹ	348	86,9	52	13,1
Sự HL về tư vấn và GDSK	370	92,4	30	7,6
Sự HL về thông tin được cung cấp	336	84	64	16
Sự HL về đáp ứng nhu cầu	370	92,4	30	7,6
Sự HL về chất lượng CSSK	351	87,7	49	12,3

Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ở các nhóm tiêu chí đều đạt trên 80%. Trong đó, tỷ lệ người bệnh hài lòng cao nhất ở nhóm tiêu chí về thời gian chờ 95%, tỷ lệ hài lòng thấp nhất ở nhóm tiêu chí về thông tin được cung cấp 84%.



Hình 1. Tỷ lệ người bệnh hài lòng về chất lượng dịch vụ KCB toàn viện (n=400)

Số người bệnh hài lòng với tất cả dịch vụ khám chữa bệnh toàn viện chiếm là 64,5%, 35,5% người bệnh chưa hài lòng.

Bảng 3. Nhu cầu quay lại hoặc giới thiệu cho người khác của người bệnh (n=400)

Tiêu chí Khoa	Không muốn quay lại	Muốn chuyển sang bệnh viện khác	Có thể sẽ quay lại	Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác	Tổng
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Điều trị nội	0	0	5 (4,7)	102 (95,3)	107
PT- GMSH	0	0	6 (6,1)	92 (93,9)	98
Khúc xạ	0	0	2 (2,1)	93 (97,9)	95
Khám bệnh	0	1 (1,6)	5 (8,1)	56 (90,3)	62
Điều trị Da liễu	0	1 (2,6)	4 (10,5)	33 (86,8)	38
Tổng	0	2 (0,5)	22 (5,5)	376 (94)	400

Có 376 trên tổng số 400 (94%) người bệnh lựa chọn sẽ quay trở lại KCB ở bệnh viện và giới thiệu cho người khác. Tỷ lệ này cao nhất ở khoa Khúc xạ 97,9%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Mắt và Da liễu Hải Dương

Bảng 4. Mối liên quan giữa sự hài lòng với tuổi và thu nhập của người bệnh (n = 400)

Đặc điểm	Kết quả	Chưa hài lòng		Hài lòng		OR 95%CI	P
		n	%	n	%		
Giới tính	Nữ	90	38,1	146	61,9	1,33 0,87-2,02	0,186
	Nam	52	31,7	112	68,3		
Tuổi	< 60 tuổi	90	32,1	190	67,9	0,62 0,39-0,95	0,019
	≥ 60 tuổi	52	43,3	68	56,7		
Thu nhập	≥ 2 triệu	84	35,7	151	64,3	1,20 0,67-1,55	0,505
	< 2 triệu	58	35,2	107	64,8		

Số chênh về tỷ lệ chưa hài lòng ở nhóm người bệnh nữ cao hơn ở nhóm nam. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Số chênh tỷ lệ chưa hài lòng của người bệnh ở nhóm dưới 60 tuổi thấp hơn nhóm từ 60 tuổi trở lên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hài lòng và chưa hài lòng với yếu tố thu nhập theo tháng của người bệnh.

Bảng 5. Liên quan đến sự hài lòng của người bệnh với nghề nghiệp và trình độ học vấn (n = 400)

Đặc điểm	Kết quả	Chưa hài lòng		Hài lòng		P
		n	%	n	%	
Trình độ học vấn	Tiểu học	2	28,6	5	71,4	0,688
	THCS	17	35,4	32	65,3	
	THPT	60	37,7	100	62,5	
	THCN, nghề	34	32,4	71	67,6	
	Cao đẳng, đại học	10	27,8	26	72,2	
	Sau đại học	19	44,2	24	55,8	

Nghề nghiệp	Nông dân	49	35,5	89	64,5	0,008
	Công nhân	26	52,0	24	48,0	
	Công chức, viên chức	21	27,3	56	72,7	
	Học sinh, sinh viên	4	57,1	3	42,9	
	Lao động tự do	22	28,9	54	71,1	
	Hưu trí	7	24,1	22	75,9	
	Khác	13	56,5	10	43,5	

Tỷ lệ chưa hài lòng của người bệnh ở nhóm cao đẳng, đại học là thấp nhất (27,8), nhóm sau đại học là cao nhất (44,2%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ hài lòng cao ở các nhóm hưu trí (75,9%), công chức, viên chức (72,7%), lao động tự do (71,1%), thấp nhất ở nhóm học sinh, sinh viên (42,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 400 người bệnh hiện đang điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng của bệnh viện Mắt và Da liễu Hải Dương, trong đó tỷ lệ nam (41%) thấp hơn nữ (59%). Nhóm trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,75%, thấp nhất là nhóm dưới 30 tuổi với 2,25%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thuý, là do phân tuyến chuyên môn kỹ thuật của bệnh viện Mắt và Da liễu là bệnh viện chuyên khoa hạng II, còn bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương là bệnh viện hạng I nên số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị nội trú nhiều hơn [5]. Tiêu chí đánh giá sự tiếp cận dịch vụ KCB của người bệnh có tỷ lệ hài lòng là 95%. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Trần Thị Lý về sự hài lòng của người bệnh tại bệnh viện Việt Nhật năm 2021 [7]. Bệnh viện Mắt và Da liễu Hải Dương là một bệnh viện chuyên khoa hạng II, tuyến tỉnh, do đó các quy trình hoạt động được quản lý khắt khe theo tiêu

chuẩn bệnh viện hạng II, cơ sở vật chất cũng được đầu tư tốt và đầy đủ.

Sự hài lòng của người bệnh về sự chăm sóc của điều dưỡng, kỹ thuật viên là tương đối cao 98%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Hà Thị Soạn tại một số bệnh viện tỉnh Phú Thọ năm 2006-2007 là 90% hài lòng về tinh thần thái độ phục vụ của nhân viên y tế [8]. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Lưu Minh Châu năm 2019 cho thấy nội dung duy nhất về sự hỗ trợ của điều dưỡng khi giúp người bệnh trong hoạt động sinh hoạt thường nhật trong bệnh viện có điểm trung bình thấp hơn điểm trung bình về sự hài lòng tối thiểu, tác giả nhận định rằng đa phần các điều dưỡng chỉ hướng dẫn người nhà thực hiện chứ không trực tiếp tham gia thao tác và đây là thực trạng chung hiện nay [9]. Mức độ hài lòng của người bệnh đối với bác sĩ chiếm 86,9%, bao gồm sự hài lòng của người bệnh với các tiểu mục tinh thần thái độ của bác sĩ, cách thăm khám của bác sĩ, và yêu cầu điều trị. Tỷ lệ này thấp hơn kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thuý với 95,3% [5]. So sánh với một số nghiên cứu khác như của Cáp Minh Đức năm 2020 [10], kết quả này của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn.

Sự hài lòng của người bệnh về tư vấn và giáo dục sức khỏe chiếm 92,4%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý với 93,5% [5], nhưng cao hơn của Trần Thị Lý [7], và Nguyễn Thị Thuý Hiếu tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng [11].

Phòng bệnh thông qua hình thức tư vấn và truyền thông GDSK đã được chứng minh là có tính hiệu quả cao trong phòng bệnh cho cộng đồng. Sự hài lòng về thông tin được cung cấp là 84%. Để thông báo kết quả cho người bệnh, cán bộ y tế phải có chuyên môn, phải hiểu biết rõ về bệnh, về kết quả xét nghiệm, cũng như chế độ điều trị. Ngoài ra, tiêu chí này còn bao gồm tiêu mục về thông tin về chi phí điều trị và thời gian điều trị bệnh. Việc có thể dự kiến về thời gian và tổng chi phí phụ thuộc vào các yếu tố như chẩn đoán chính xác bệnh, mức độ tuân thủ điều trị, mức độ đáp ứng điều trị. Do vậy, các dự kiến này ở bệnh viện điều trị nội trú sẽ không chính xác bằng ở các trung tâm y tế hay điều trị ngoại trú, đây cũng có thể là lý do khiến tỷ lệ hài lòng ở tiêu chí này của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Lý [7], hay Nguyễn Thị Thuý [5]. Sự hài lòng về đáp ứng nhu cầu của người bệnh là 92,4%. Tỷ lệ hài lòng của chúng tôi cao hơn kết quả của Nguyễn Thị Thuý [5], Trần Thị Lý [7] và Nguyễn Thị Thuý Hiếu [11]. Hầu như người bệnh đánh giá ở mức hài lòng và rất hài lòng ở tiêu chí này. Sự hài lòng về chất lượng CSSK 87,7%. Nhìn chung tỷ lệ này cũng tương đồng với các kết quả của nghiên cứu khác. Khi đánh giá nhu cầu quay lại hoặc giới thiệu người khác đến bệnh viện, có đến 94% số người bệnh trả lời chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác đến. Trong đó, khoa Điều trị nội, khoa phẫu thuật-gây mê hồi sức và khoa Khúc xạ là ba khoa không có người bệnh nào muốn chuyển sang bệnh viện khác.

Về mối liên quan giữa tuổi, giới tính và sự hài lòng của người bệnh, kết quả của chúng tôi tương đồng với của tác giả Trần Thị Lý [7], nhóm tuổi trên 60 tuổi có tỷ lệ chưa hài lòng cao hơn nhóm dưới 60 tuổi.

Bảng 4 cũng thể hiện mối liên quan giữa thu nhập bình quân hàng tháng của người bệnh với sự hài lòng của người bệnh. Nhóm người bệnh có thu nhập dưới 2 triệu một tháng có tỷ lệ hài lòng cao hơn nhóm có thu nhập cao hơn. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Người bệnh có thu nhập thấp thường có yêu cầu và kỳ vọng thấp hơn so với nhóm có thu nhập cao hơn về dịch vụ khám chữa bệnh cũng như các dịch vụ đi kèm như cảnh quan, trang thiết bị, nơi ở... Do vậy tỷ lệ hài lòng cao hơn ở nhóm này cũng có thể lý giải được.

Đánh giá sự hài lòng của người bệnh theo các nhóm nghề nghiệp cho thấy nhóm hưu trí có tỷ lệ hài lòng cao nhất chiếm 75,9%, tiếp theo là nhóm công chức-viên chức chiếm 72,7%, và lao động tự do 71,1%, thấp nhất ở nhóm học sinh sinh viên 42%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này của chúng tôi có khác so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thuý Hiếu năm 2022, cho thấy nhóm công chức viên chức có tỷ lệ hài lòng cao nhất, trong khi nhóm hưu trí lại có tỷ lệ hài lòng thấp nhất ($OR=2,35$; 95%CI:1,26-4,39) [11].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh hài lòng toàn diện tại bệnh viện còn thấp, 64,5%. Tuy nhiên, 94% người bệnh phản hồi lại là chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác đến bệnh viện. Nghiên cứu này cũng tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, nghề nghiệp của người bệnh với sự hài lòng của người bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Qua các kết quả này, bệnh viện cần cải thiện các tiêu chí còn có tỷ lệ phản hồi chưa cao, tìm ra nguyên nhân và giải pháp để nâng cao chất lượng phục vụ cũng như sự hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Ban hành nội dung kiểm tra đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2016. Quyết định số 6859/QĐ-BYT ngày 18/11/2016
2. **Bộ Y tế.** Kế hoạch triển khai thực hiện “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh.” Quyết định số 2151/QĐ-BYT ngày 4/6/2015.
3. **Bộ Y tế.** Ban hành hướng dẫn xây dựng thí điểm một số chỉ số cơ bản đo lường chất lượng bệnh viện được áp dụng tại các bệnh viện công lập và tư nhân. Quyết định số 7051/QĐ-BYT ngày 29/11/2016.
4. **Phạm Văn Hán, Vũ Quang Hưng, Cáp Minh Đức.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh nội trú tại Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An năm 2020. Tạp chí Y học dự phòng. 2020; 32 (1): 293-300.
5. **Nguyễn Thị Thuý.** Nghiên cứu sự hài lòng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân nội trú bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2015. Luận văn thạc sỹ y tế công cộng - trường Đại học Y dược Hải Phòng.
6. **Bộ Y tế.** Quyết định về ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế. Số 3869/QĐ-BYT, ngày 28/08/2019.
7. **Trần Thị Lý, Lê Văn Nhân, Nguyễn Thị Kim Chung.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến mức độ hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Việt Nhật năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 523(20): 36-45
8. **Hà Thị Soạn.** Đánh giá sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh đối với công tác khám chữa bệnh tại một số bệnh viện tỉnh Phú Thọ năm 2006-2007. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng. Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, 17-23.
9. **Lưu Minh Châu, Nguyễn Xuân Thuý.** Đánh giá sự hài lòng của người bệnh tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ năm 2019. Tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam. 2019; 36(3): 67-72
10. **Cáp Minh Đức, Phạm Thanh Hải, Lưu Vũ Dũng.** Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế huyện Nghĩa Đàn, tỉnh Nghệ An năm 2020. Tạp chí Y học dự phòng. 2022; 30(1):311-321
11. **Nguyễn Thị Thuý Hiếu, Cáp Minh Đức, Bùi Thị Sung và cs.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh đến khám tại phòng khám y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2021. Tạp chí Y học dự phòng. 2022; 32(1):189-199

HIỆU QUẢ CAN THIỆP DƯỢC LÂM SÀNG TRONG KIỂM SOÁT TƯƠNG TÁC THUỐC BẤT LỢI TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN GIAI ĐOẠN 2022-2023

Trần Thị Ngân¹, Trần Đức Hải²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp dược lâm sàng trong kiểm soát tương tác thuốc bất lợi nghiêm trọng trong điều trị nội trú tại bệnh viện Kiến An giai đoạn 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp, theo dõi dọc thời gian trên toàn bộ bệnh án nội trú của bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Kiến An giai đoạn từ 01/01/2022 đến 31/08/2023. Can thiệp dược lâm sàng bao gồm: xây dựng cơ sở dữ liệu danh mục tương tác thuốc, phối hợp cùng phòng Công nghệ thông tin xây dựng và hoàn thiện công cụ cảnh báo tương tác thuốc real-time tích hợp phần mềm kê đơn thuốc điện tử, phản hồi trực tiếp tới bác sĩ kê đơn về các lỗi tương tác thuốc chống chỉ định, nghiêm trọng. **Kết quả:** Phân tích 75.653 bệnh án nội trú nghiên cứu đã ghi nhận 0,72% bệnh án có tương tác thuốc bất lợi có ý nghĩa lâm sàng, tuy nhiên trong đó đa số tương tác thuốc ở mức độ nghiêm trọng (chiếm 97,98%). Cấp tương tác thuốc nghiêm trọng ghi nhận nhiều nhất là Atropin sulfat - Kali clorid. Tương tác thuốc chống chỉ định trước can thiệp ghi nhận trung bình 0,27 tương tác thuốc/1000 bệnh án, sau can thiệp không ghi nhận tương tác thuốc chống chỉ định. Tần suất xuất hiện tương

tác thuốc nghiêm trọng ở giai đoạn trước can thiệp trung bình là 4,84 tương tác thuốc/1000 bệnh án và có xu hướng tăng lên tới 12,13 tương tác thuốc/1000 bệnh án sau can thiệp ($p=0,0006$). **Kết luận và đề xuất:** Công cụ cảnh báo tương tác thuốc real-time kết hợp với giám sát tích cực của dược sĩ lâm sàng đã cho thấy hiệu quả trong việc kiểm soát tương tác thuốc chống chỉ định, tuy nhiên cần có những nghiên cứu với thời gian kéo dài hơn để đánh giá hiệu quả lâu dài và bệnh viện cần có những biện pháp tích cực hơn để kiểm soát tương tác thuốc bất lợi nghiêm trọng.

Từ khóa: tương tác thuốc; dược lâm sàng; nội trú.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF CLINICAL PHARMACY INTERVENTIONS IN PREVENTING DRUG INTERACTIONS AT KIEN AN HOSPITAL IN THE PERIOD 2022-2023

Objective: evaluate the effectiveness of clinical pharmacy interventions in preventing serious drug interactions in in-patients who treated at Kien An hospital in the period of 2022-2023. **Materials and Methods:** intervention study, longitudinal follow-up all medical records of in-patients who treated at Kien An hospital in the period from January 1, 2022 to August 31, 2023. Clinical pharmacy interventions include: building a drug interaction list database, coordinating with the Information Technology department to develop a real-time drug interaction warning tool which can be integrated

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Kiến An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngân

Email: ttngan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 10/3/2024

Ngày duyệt bài: 12/4/2024

into drug prescription software and directly feedback to prescribing doctors about contraindications and serious drug interactions.

Results: analysing of 75,653 medical records shown that there was 0.72% of medical records had clinically significant adverse drug interactions, however, the majority of drug interactions were at a serious level (accounting for 97.98%). The most serious drug interaction recorded was Atropine sulfate - Potassium chloride. Contraindicated drug interactions before intervention recorded an average of 0.27 drug interactions/1000 medical records. After intervention, no contraindicated drug interactions were found. The frequency of serious drug interactions in the pre-intervention period was on average 4.84 drug interactions/1000 medical records and tended to increase to 12.13 drug interactions/1000 medical records after intervention ($p = 0.0006$). **Conclusions and Recommendations:** Real-time drug interaction warning tools combined with active clinical pharmacy interventions have shown to be effective in controlling contraindicated drug interactions, however the further study with longer period of time should be done to evaluate long-term effectiveness and the hospital need to take more active interventions to control serious adverse drug interactions.

Keywords: drug interactions; clinical pharmacy; in-patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tương tác thuốc (TTT) là vấn đề thường gặp trong thực hành lâm sàng và là một trong những nguyên nhân gây chính dẫn đến nhập viện, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí y tế, thất bại điều trị, thậm chí đe dọa tính mạng người bệnh (1). Mặc dù phần lớn các tương tác thuốc có thể phòng tránh được nhưng đây vẫn là một thách thức đối với hệ

thống chăm sóc sức khỏe, đòi hỏi phải có biện pháp quản lý phù hợp (2). Có nhiều cách tiếp cận khác nhau để giảm thiểu tỷ lệ tương tác thuốc trong thực hành lâm sàng. Một trong những biện pháp hiệu quả nhất để quản lý tương tác thuốc là áp dụng hệ thống hỗ trợ quyết định lâm sàng (CDSS) với công cụ cảnh báo tương tác thuốc real-time ngay khi bác sĩ kê đơn (3). Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy nếu lạm dụng CDSS, điều này dẫn đến hiện tượng “mệt mỏi do có quá nhiều cảnh báo” (alert fatigue), bỏ qua cảnh báo (trên 80%) thậm chí bỏ qua cả các cảnh báo có ý nghĩa lâm sàng (3). Để tăng cường hiệu quả cảnh báo TTT, hoạt động tư vấn của dược sĩ lâm sàng cũng góp phần tích cực. Nghiên cứu của Moura (2012) cho thấy tỷ lệ TTT giảm 50% và tỷ lệ TTT nghiêm trọng giảm 81% khi có sự tư vấn của dược sĩ kết hợp phần mềm cảnh báo TTT (4).

Bệnh viện Kiến An là bệnh viện đa khoa hạng I tuyến thành phố với quy mô 550 giường bệnh kế hoạch, và số giường bệnh thực kê lên tới 738 giường nội trú. Với mô hình bệnh tật đa dạng và đòi hỏi phải kết hợp nhiều loại thuốc trong một đơn thuốc. Do đó, TTT luôn là vấn đề được bệnh viện hết sức quan tâm. Từ năm 2023, tổ dược lâm sàng bệnh viện đã bắt đầu xây dựng danh mục TTT cần lưu ý và tích hợp danh mục này lên phần mềm kê đơn triển khai tại các khoa điều trị nội trú của bệnh viện nhằm cảnh báo tương tác thuốc cho bác sĩ giúp giảm thiểu tối đa tương tác thuốc bất lợi. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu đánh giá hiệu quả can thiệp dược lâm sàng trong kiểm soát tương tác thuốc bất lợi nghiêm trọng trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Kiến An từ 01/01/2022 đến 31/08/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

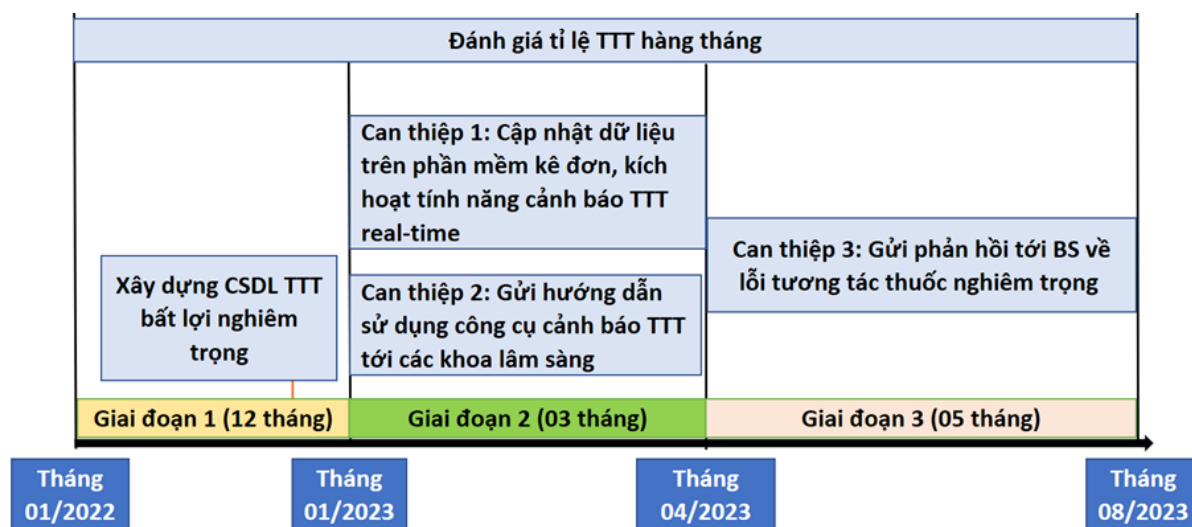
Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh án nội trú điều trị tại bệnh viện Kiến An có thời gian ra viện từ 01/01/2022 đến 31/08/2023.

Địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

Thời gian nghiên cứu: nghiên cứu tiến hành từ ngày 01/08/2022 đến ngày 31/10/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp, theo dõi dọc thời gian chia làm 3 giai đoạn với 03 can thiệp lâm sàng. Sơ đồ nghiên cứu được thể hiện trong hình 1.



Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu

Giai đoạn 1: Giai đoạn trước can thiệp (từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022 (12 tháng)): Giai đoạn này không thực hiện bất kỳ can thiệp nào. Bệnh viện đã có danh mục tương tác thuốc nghiêm trọng cần chú ý trên lâm sàng từ năm 2020 và phần mềm kê đơn Minh Lộ đã có công cụ cảnh báo tương tác thuốc nhưng chưa có dữ liệu tương tác thuốc để cảnh báo khi bác sĩ kê đơn. Nhóm nghiên cứu tiến hành cập nhật danh mục tương tác thuốc nghiêm trọng của bệnh viện dựa trên danh mục đã xây dựng năm 2020, danh mục thuốc đang sử dụng tại bệnh viện năm 2022 và căn cứ theo thông tin từ ba nguồn tài liệu tra cứu tương tác thuốc uy tín là: danh mục

TTT chống chỉ định theo quyết định 5948/2021/QĐ-BYT, Micromedex và Lexicomp (Uptodate), nhóm nghiên cứu hoàn thiện cơ sở dữ liệu danh mục tương tác thuốc nghiêm trọng cần chú ý trong thực hành lâm sàng của bệnh viện với các cặp tương tác thuốc chống chỉ định hoặc nghiêm trọng nhưng có mức độ bằng chứng tốt/rất tốt ở một trong ba nguồn tài liệu trên, ưu tiên danh mục tương tác thuốc chống chỉ định của Bộ Y tế

Giai đoạn 2: Từ tháng 01/2023 đến tháng 03/2023: thực hiện 2 can thiệp được lâm sàng:

➤ Can thiệp 1: cập nhật danh mục tương tác thuốc nghiêm trọng có ý nghĩa lâm sàng đã xây dựng ở giai đoạn 1 lên phần mềm kê đơn Minh lộ của bệnh viện.

➤ Can thiệp 2: gửi hướng dẫn sử dụng công cụ cảnh báo tương tác thuốc nghiêm trọng tích hợp phần mềm kê đơn của bệnh viện tới tất cả các khoa lâm sàng.

Giai đoạn 3: Từ tháng 04/2023 đến tháng 08/2023: thực hiện can thiệp được lâm sàng số 3: giám sát và gửi phản hồi tới các bác sĩ kê đơn (hàng tuần) về các trường hợp kê đơn có tương tác thuốc nghiêm trọng.

Nghiên cứu sử dụng phân tích trước – sau để so sánh tỷ lệ đơn xuất hiện TTT giữa các giai đoạn và phân tích chuỗi thời gian (time – series) để khảo sát diễn biến xuất hiện TTT theo thời gian của các giai đoạn.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng khoa học của trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Hội đồng khoa học kỹ thuật của Bệnh viện Kiến An thông qua, toàn bộ dữ liệu về bệnh án của bệnh nhân đều được mã hoá, bảo mật và chỉ được sử dụng với mục đích cho nghiên cứu này.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin đơn thuốc được thu thập từ bệnh án điện tử, tương tác thuốc được phát hiện qua tính năng báo cáo hồi cứu của công cụ cảnh báo tương tác thuốc.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Toàn bộ dữ liệu được phân tích trên phần mềm Microsoft Excel 2016 và R.4.0.0. Kiểm

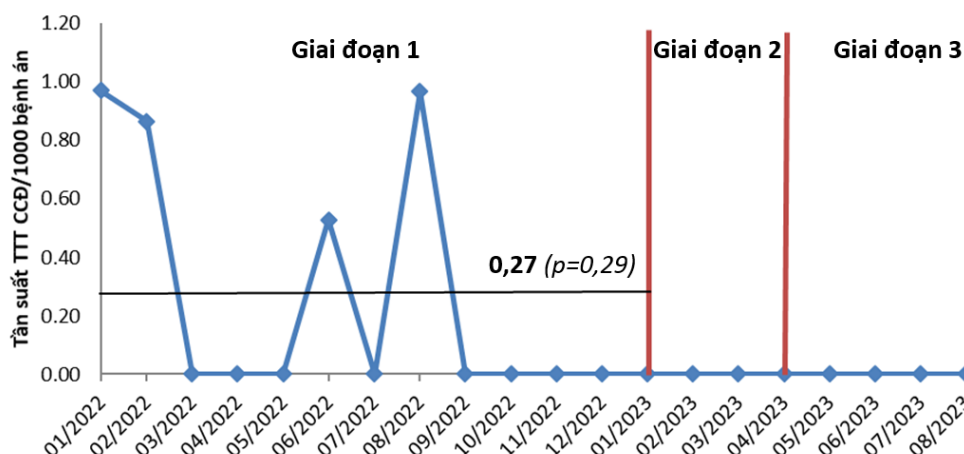
định Mann – Whitney được sử dụng để so sánh sự khác biệt số lượng tương tác thuốc trung bình giữa các giai đoạn. Mô hình hồi quy từng phần trong phân tích chuỗi thời gian được sử dụng để tính các chỉ số đặc trưng cho thay đổi về xu hướng và mức độ các biến phụ thuộc thời gian và can thiệp (5). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p\text{-value} < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân tích 75.653 bệnh án nội trú nghiên cứu đã ghi nhận 0,72% bệnh án có tương tác thuốc bất lợi có ý nghĩa lâm sàng, tuy nhiên trong đó đa số tương tác thuốc ở mức độ nghiêm trọng (chiếm 97,98%).

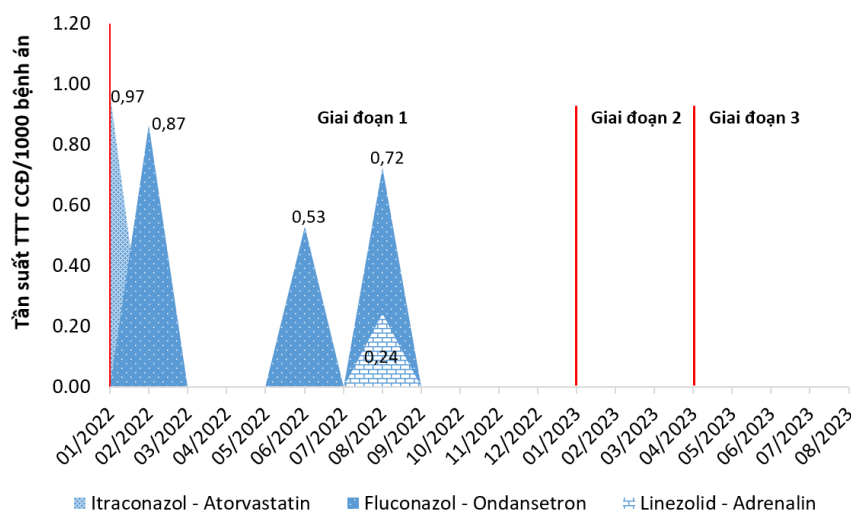
3.1. Hiệu quả can thiệp được lâm sàng trong kiểm soát tương tác thuốc chống chỉ định

Sự thay đổi tần suất xuất hiện tương tác thuốc chống chỉ định qua các giai đoạn được thể hiện trong hình 2. Kết quả cho thấy ở giai đoạn 1 khi chưa thực hiện cảnh báo tương tác thuốc real-time tỉ lệ xuất hiện tương tác thuốc chống chỉ định là 0,27 tương tác thuốc/1000 bệnh án nội trú. Ở giai đoạn 2 và giai đoạn 3 sau khi triển khai công cụ cảnh báo và chặn đơn thuốc có tương tác thuốc chống chỉ định trên phần mềm kê đơn, nghiên cứu không ghi nhận có tương tác thuốc chống chỉ định trong suốt khoảng thời gian 8 tháng sau can thiệp (từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2023). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,29$).



Hình 2. Sự thay đổi tần suất tương tác thuốc chống chỉ định qua các giai đoạn

Chi tiết các cặp tương tác thuốc chống chỉ định ghi nhận nhiều nhất trong nghiên cứu được mô tả chi tiết tại hình 3. Ba cặp tương tác thuốc chống chỉ định được ghi nhận nhiều nhất trong nghiên cứu là Itraconazol – Atorvastatin, Fluconazol – Ondansetron và Linezolid – Adrenalin.

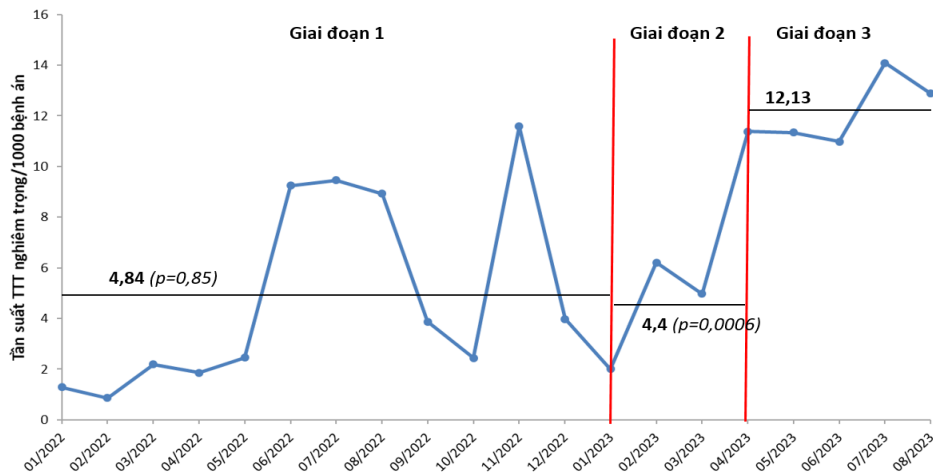


Hình 3. Các cặp tương tác thuốc chống chỉ định phổ biến nhất qua các giai đoạn

3.2. Hiệu quả can thiệp dược lâm sàng trong kiểm soát tương tác thuốc nghiêm trọng

Sự thay đổi tần suất xuất hiện tương tác thuốc nghiêm trọng qua các giai đoạn được thể hiện trong hình 4. Kết quả cho thấy ở giai đoạn 1 khi chưa thực hiện cảnh báo tương tác thuốc real-time tỉ lệ xuất hiện tương tác thuốc nghiêm trọng là 4,84 tương tác thuốc/1000 bệnh án nội trú. Ở giai đoạn 2 sau khi kích hoạt tính năng cảnh báo tương

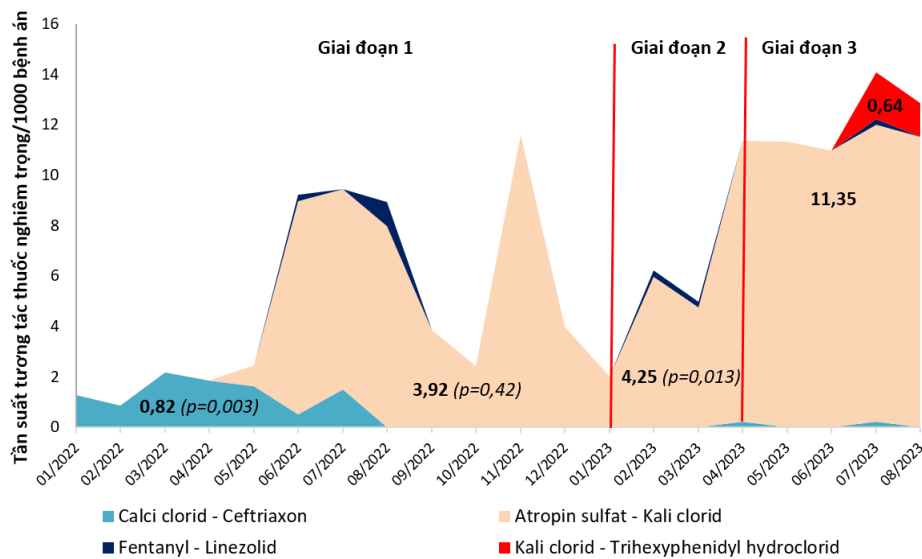
tác thuốc real-tiem trên phần mềm kê đơn, tỉ lệ xuất hiện tương tác thuốc nghiêm trọng giảm xuống còn 4,4 tương tác thuốc/1000 bệnh án ($p=0,85$). Đến giai đoạn 3, sau khi bổ sung can thiệp dược lâm sàng gửi thông báo tới tận tay bác sĩ về các lỗi kê đơn có tương tác thuốc nghiêm trọng, tỉ lệ tương tác thuốc nghiêm trọng có xu hướng tăng lên có ý nghĩa thống kê với tần suất là 12,13 tương tác thuốc/1000 bệnh án ($p=0,0006$, so với giai đoạn 2).



Hình 4. Sự thay đổi tần suất tương tác thuốc nghiêm trọng qua các giai đoạn

Chi tiết các cặp tương tác thuốc nghiêm trọng ghi nhận nhiều nhất trong nghiên cứu được mô tả chi tiết tại hình 5. Bốn cặp tương tác thuốc nghiêm trọng được ghi nhận nhiều nhất trong nghiên cứu là Calci clorid - Ceftriaxon, Atropin sulfat - Kali clorid, Fentanyl - Linezolid và Kali clorid - Trihexyphenidyl hydroclorid. Cặp tương tác Calci clorid - Ceftriaxon có tỉ lệ xuất hiện trung bình trong giai đoạn 1 là 0,82 tương tác/1000 bệnh án và giảm có ý nghĩa thống kê khi không còn xuất hiện ở giai đoạn 2 và

Giai đoạn 3 ($p=0,003$). Cặp tương tác Atropin sulfat - Kali clorid có tỉ lệ xuất hiện trung bình trong giai đoạn 1 là 3,94 tương tác/1000 bệnh án, tăng nhẹ ở giai đoạn 2 với tỉ lệ là 4,25 tương tác/1000 đơn thuốc ($p=0,42$), tuy nhiên ở giai đoạn 3 cặp tương tác này có xu hướng tăng cao với tần suất 11,35 tương tác/1000 bệnh án ($p=0,013$). Cặp tương tác Kali clorid - Trihexyphenidyl hydroclorid xuất hiện ở cuối giai đoạn 3 với tần suất trung bình là 0,64 tương tác/1000 bệnh án ($p=0,09$).



Hình 5. Các cặp tương tác thuốc nghiêm trọng phổ biến nhất qua các giai đoạn

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu rà soát 75.653 bệnh án nội trú trong khoảng thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2023 (18 tháng) đã phát hiện 0,72% bệnh án có tương tác, đa số tương tác ở mức độ nghiêm trọng chiếm 97,98% tổng số đơn thuốc xuất hiện tương tác thuốc. Kết quả này có sự khác biệt đáng kể khi so sánh với một số nghiên cứu tại Việt Nam. Nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2022 ghi nhận tỉ lệ tương tác thuốc của các bệnh án nội trú là 5,15% (6). Sự khác biệt này có thể xuất phát từ lý do liên quan đến quy mô và mô hình bệnh tật khác nhau của mỗi bệnh viện, đặc biệt là khác biệt trong chính phương pháp rà soát tương tác của từng nghiên cứu và do sự khác nhau giữa các danh mục tương tác bất lợi được xây dựng tại mỗi bệnh viện.

Ở giai đoạn 2, can thiệp dược lâm sàng được thực hiện bao gồm triển khai công cụ cảnh báo tương tác thuốc real-time tích hợp phần mềm kê đơn và thông báo tới bác sĩ điều trị về cách sử dụng công cụ này. Sang giai đoạn 3, dược sĩ lâm sàng can thiệp sâu hơn bằng cách gửi cảnh báo trực tiếp tới bác sĩ kê đơn về các lỗi tương tác thuốc nghiêm trọng. Tương tác thuốc chống chỉ định đã hoàn toàn không được ghi nhận ở giai đoạn 2 và 3 vì khi triển khai phần mềm cảnh báo có tính năng chặn đơn, nếu có tương tác chống chỉ định bác sĩ sẽ không thể lưu đơn. Tuy nhiên kết quả phân tích thống kê lại cho thấy sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê ở giai đoạn 2 và 3 so với giai đoạn 1. Điều này có thể giải thích được vì ngay ở ngay đoạn 1 tỉ lệ tương tác thuốc chống chỉ định đã rất thấp, có tháng không ghi nhận bất kì tương tác nào, đặc biệt trong những tháng cuối năm 2022.

Với tương tác nghiêm trọng, kết quả cho thấy xu hướng thay đổi lâu dài đều tăng ở giai đoạn 2, 3 so với giai đoạn 1. Mặc dù kết quả phân tích xu hướng tương tác thuốc không giảm được như mong đợi ở giai đoạn 2 so với giai đoạn 1 nhưng thực tế tần suất xuất hiện của các cặp tương tác đã giảm ở giai đoạn 2 so với giai đoạn 1 mặc dù chưa đạt mức có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này có thể do dữ liệu phân tích ở giai đoạn 2 (3 tháng) ít hơn giai đoạn 1 (12 tháng) khi đưa vào mô hình hồi quy từng phần, tương tự với đề xuất của Zhang và cộng sự khi áp dụng mô hình hồi quy từng phần với ít điểm dữ liệu (7). Sang đến giai đoạn 3, trung bình tần suất xuất hiện tương tác nghiêm trọng tiếp tục tăng lên với tần suất xuất hiện trung bình là 12,13 TTT/1000 đơn so với 4,4 TTT/1000 đơn ở giai đoạn 2 và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Lê Thị Phương Thảo khi tiến hành tại khoa Khám bệnh cán bộ - bệnh viện Trung ương quân đội 108, tỷ lệ đơn xuất hiện tương tác nghiêm trọng sau 2 can thiệp giảm khoảng 29% so với trước can thiệp (8). Tuy nhiên kết quả này lại tương tự với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Vân khi tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng với tỷ lệ xuất hiện tương tác nghiêm trọng tăng qua 3 giai đoạn và cao nhất ở giai đoạn 3 (6). Điều này có thể lý giải được do những nguyên nhân sau: thứ nhất do thay đổi danh mục thuốc của bệnh viện ở giai đoạn sau với sự xuất hiện mới của dạng uống kali là tăng tỉ lệ tương tác atropi-kali; thứ hai do thay đổi mô hình bệnh tật tại bệnh viện: ở giai đoạn năm 2022 bệnh viện là một trong số ít các bệnh viện lớn của thành phố Hải Phòng tham gia điều trị các bệnh nhân COVID-19 vì vậy số lượng bệnh nhân với các bệnh lý khác giảm đi đáng kể so với giai đoạn trước dịch và giai đoạn năm 2023; thứ ba khi xây dựng danh mục tương tác nghiêm trọng, hướng

dẫn xử trí khi bác sĩ kê đơn thuốc là “tránh kê đơn” hoặc “cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ” dẫn đến bác sĩ thường bỏ qua cảnh báo hoặc bác sĩ sẽ dựa trên tình trạng cụ thể của bệnh nhân để quyết định có tiếp tục kê đơn thuốc hay không. Hơn nữa, đối với tương tác nghiêm trọng khoa dược cũng không có công văn yêu cầu bác sĩ không được kê đơn như đối với tương tác chống chỉ định.

Nhóm nghiên cứu tiến hành so sánh tần suất xảy ra đối với từng cặp tương tác thuốc nghiêm trọng nhận thấy cặp tương tác xuất hiện nhiều nhất Atropin sulfat- kali clorid có sự tăng tần suất xuất hiện ở giai đoạn 2 và giai đoạn 3, trong đó tăng nhiều nhất và có ý nghĩa thống kê ở giai đoạn 3. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng đồng thời, cân nhắc một số khuyến cáo sau giúp giảm nguy cơ loét tiêu hóa: (1) uống ít nhất 100 mL nước sau khi uống kali, (2) ngồi hoặc đứng thẳng trong ít nhất 5 - 10 phút sau khi uống thuốc. Hai biện pháp này đã được các bác sĩ lâm sàng áp dụng tốt, đặc biệt ở khoa Hồi sức tích cực. Do vậy trên thực tế không ghi nhận bất kì trường hợp nào bị viêm loét đường tiêu hóa khi sử dụng thuốc có cặp tương tác này xảy ra.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ ghi nhận tương tác thuốc nghiêm trọng tại bệnh viện Kiến An thấp chỉ với 0,72% bệnh án có tương tác thuốc, tuy nhiên trong đó đa số tương tác thuốc ở mức độ nghiêm trọng (chiếm 97,98%). Sử dụng công cụ cảnh báo tương tác thuốc real-time kết hợp với giám sát tích cực của dược sĩ lâm sàng đã cho thấy hiệu quả trong việc ngăn chặn hoàn toàn tương tác thuốc chống chỉ định, tuy nhiên với tương tác nghiêm trọng lại có xu hướng tăng lên có ý nghĩa thống kê sau can thiệp. Vì vậy, cần có những nghiên cứu với thời gian kéo dài hơn để đánh giá hiệu quả lâu dài của công cụ

cảnh báo này và bệnh viện cần có những biện pháp tích cực hơn để kiểm soát tương tác thuốc bất lợi nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baxter K.** Stockley's Drug Interaction: Pharmaceutical Press; 2010.
2. **Lövborg H, Eriksson LR, Jönsson AK, Bradley T, Hägg S.** A prospective analysis of the preventability of adverse drug reactions reported in Sweden. *European journal of clinical pharmacology*. 2012;68(8):1183-9.
3. **Shahmoradi L, Safdari R, Ahmadi H, Zahmatkeshan M.** Clinical decision support systems-based interventions to improve medication outcomes: A systematic literature review on features and effects. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2021;35:27.
4. **Moura CS, Prado NM, Belo NO, Acurcio FA.** Evaluation of drug-drug interaction screening software combined with pharmacist intervention. *International journal of clinical pharmacy*. 2012;34(4):547-52.
5. **Matowe LK, Leister CA, Crivera C, Korth-Bradley JM.** Interrupted time series analysis in clinical research. *The Annals of pharmacotherapy*. 2003;37(7-8):1110-6.
6. **Phạm Thị Hồng Vân.** Đánh giá kết quả can thiệp Dược lâm sàng trong kiểm soát tương tác thuốc bất lợi tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng giai đoạn 2021-2022: Trường Đại học Y Dược Hải Phòng; 2023.
7. **Zhang F, Wagner AK, Ross-Degnan D.** Simulation-based power calculation for designing interrupted time series analyses of health policy interventions. *Journal of clinical epidemiology*. 2011;64(11):1252-61.
8. **Nguyễn Đức Trung.** Hiệu quả của hệ thống cảnh báo kê đơn thuốc trong hoạt động dược lâm sàng tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108. Hà Nội: Đại học Dược Hà Nội; 2021.

THỰC TRẠNG TỒN DƯ THUỐC GIÃN CƠ SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN NĂM 2022

Đỗ Thị Thanh Nhân*, Nguyễn Bá Phước*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tồn dư thuốc giãn cơ sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 50 bệnh nhân phẫu thuật gây mê toàn thân có sử dụng các thuốc giãn cơ không khử cực tại khoa Phẫu thuật gây mê, Bệnh viện Kiến An, trong thời gian từ tháng 02 đến tháng 08 năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ lần lượt là 52,85% và 47,15%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $48,1 \pm 17,8$ tuổi. 100% bệnh nhân sử dụng thuốc giãn cơ Rocuronium. Phẫu thuật bụng trên chiếm tỷ lệ 21,14%; tiếp đến là phẫu thuật tiết niệu là 10,57%; phẫu thuật bụng dưới, lồng ngực, thần kinh, cột sống chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 4,07%; 8,94%; 7,32% và 7,32%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $66,28 \pm 38,91$ phút, thời gian gây mê trung bình là $80,95 \pm 38,27$ phút. Thời gian thở máy và thời gian rút nội khí quản trung bình lần lượt là $60,83 \pm 23,27$ phút và $69,88 \pm 24,49$ phút. Tỷ lệ tồn dư thuốc giãn cơ là 53,66% với TOF < 90% và 19,51% với TOF < 70%. 79,67% bệnh nhân sử dụng thuốc giải giãn cơ. **Kết luận:** Tỷ lệ tồn dư thuốc giãn cơ sau phẫu thuật là phổ biến. Do đó, cần phải theo dõi sát tình trạng người bệnh để phòng tránh các biến chứng do tồn dư thuốc giãn cơ gây ra, chủ động giải giãn cơ trong trường hợp bệnh nhân có nghi ngờ tồn dư

giãn cơ.

Từ khóa: Tồn dư thuốc giãn cơ, phẫu thuật, Bệnh viện Kiến An.

SUMMARY

PREVALENCE OF RESIDUAL NEUROMUSCULAR BLOCK IN PATIENTS AFTER SURGERY AT KIEN AN HOSPITAL IN 2022

Objective: Describe the prevalence of residual neuromuscular block in patients after surgery. **Subjects and Methods:** This descriptive study was conducted on 50 patients who underwent general anesthesia with non-depolarizing muscle relaxants at the Department of Anesthesiology, Kien An Hospital, from February to August 2022. **Results:** The study included 52.85% male and 47.15% female patients, with a mean age of 48.1 ± 17.8 years. Rocuronium was used as the muscle relaxant in all cases. The most common surgical procedures performed were upper abdominal surgeries (21.14%) and urological surgeries (10.57%). Lower abdominal, thoracic, neurological, and spinal surgeries accounted for lower proportions, with rates of 4.07%, 8.94%, 7.32%, and 7.32%, respectively. The average duration of surgery was 66.28 ± 38.91 minutes, while the mean anesthesia time was 80.95 ± 38.27 minutes. The average mechanical ventilation and endotracheal extubation time were 60.83 ± 23.27 minutes and 69.88 ± 24.49 minutes, respectively. The prevalence of residual neuromuscular block was 53.66% with TOF < 90% and 19.51% with TOF < 70%. Muscle relaxant reversal agents were

*Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Phước

Email: nguyenvatuanviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 5/3/2024

Ngày duyệt bài: 5/4/2024

used in 79.67% of the patients. **Conclusion:** Residual neuromuscular block is common after surgery. Therefore, close monitoring of patients is necessary to prevent complications associated with the residual neuromuscular block, and active reversal of muscle relaxation should be considered when there is suspicion of the residual block.

Keywords: Residual neuromuscular block, surgery, Kien An Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc giãn cơ được sử dụng thường xuyên trong quá trình gây mê toàn thân để tạo điều kiện đặt nội khí quản (NKQ) và duy trì điều kiện phẫu thuật tối ưu [1]. Tuy nhiên, thời gian bán hủy tương đối dài của thuốc giãn cơ (không khử cực), khiến bệnh nhân có nguy cơ bị tổn động khối thần kinh cơ sau khi rút ống nội khí quản và ở phòng chăm sóc hậu phẫu [2], có liên quan đến các biến chứng chẳng hạn như xẹp phổi, viêm phổi, suy phổi và đặt lại ống nội khí quản [3].

Năm 1954, Beecher và cộng sự lần đầu tiên ghi nhận rằng việc sử dụng thuốc ức chế thần kinh cơ có liên quan đến tỷ lệ tử vong liên quan đến gây mê [4]. Cooper và cộng sự đã điều tra các biến chứng liên quan đến gây mê dẫn đến việc phải nhập viện chăm sóc đặc biệt. Gần một nửa số trường hợp có liên quan đến sự phục hồi thần kinh cơ không hoàn toàn [5]. Ali và cộng sự giới thiệu máy đo độ giãn cơ TOF (Train Of Four) Watch vào năm 70 của thế kỷ thứ XX [6]. Máy cho phép xác định bệnh nhân còn tồn dư giãn cơ (TDGC) hay không. TDGC được định nghĩa là khi chỉ số TOF < 90%, bệnh nhân được coi là đủ điều kiện rút NKQ khi TOF $\geq$ 90% [7].

Khoa Gây mê Hồi sức Bệnh viện Kiến An mỗi năm có khoảng 6 nghìn ca mổ mà đa số các bệnh nhân có sử dụng thuốc giãn cơ. Trong quá trình theo dõi và chăm sóc của điều dưỡng, một số người bệnh có biểu hiện tái giãn cơ sau rút ống NKQ gây hậu quả suy hô hấp cấp phải đặt lại ống NKQ cấp cứu, hay đơn giản là phải sử dụng các thuốc giải giãn cơ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mô tả thực trạng tồn dư thuốc giãn cơ sau phẫu thuật tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Kiến An năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân (mổ phình và cấp cứu) được phẫu thuật gây mê toàn thân có sử dụng các thuốc giãn cơ không khử cực. Tiên lượng có thể rút NKQ ngay sau phẫu thuật.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có bệnh thần kinh cơ trước mổ, thở máy kéo dài sau mổ (trên 2 giờ). Bệnh nhân sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến chức năng thần kinh cơ, rối loạn điện giải chuyển hóa nặng ảnh hưởng đến giãn cơ. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

2.2.2. Cơ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Chọn toàn bộ bệnh nhân thực hiện gây mê tại phòng mổ, phòng hồi tỉnh tại khoa Phẫu thuật gây mê, Bệnh viện Kiến An. Chúng tôi thu được tổng số 123 bệnh nhân phẫu thuật có sử dụng thuốc giãn cơ không khử cực trong thời gian từ tháng 02 đến tháng 08 năm 2022.

2.2.3. Các bước tiến hành

Thăm khám trước mổ và đánh giá thu thập các tiêu chí liên quan đến bệnh nhân, giải thích cho bệnh nhân về giãn cơ, TDGC và máy TOF-SCAN, đồng thời xác nhận đồng ý tham gia nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu đều được gây mê theo quy trình thường quy tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Kiến An.

Thu thập các tiêu chí liên quan đến diễn biến trong mổ như các thuốc sử dụng, diễn biến phẫu thuật và các dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân. Sau phẫu thuật các bác sĩ sẽ dựa vào các kết quả các test đánh giá như mở mắt, nhấc đầu và nhấc chân, nắm chặt tay... của bệnh nhân để ra y lệnh rút ống NKQ tại phòng mổ hoặc phòng hồi tỉnh một cách thường quy có hoặc không sử dụng các thuốc giải giãn cơ. Chỉ số TOF được đo ngay sau khi người bệnh được rút ống NKQ (với kích

thích có cường độ 50 mA) và các thời điểm 3; 5; 10; 15; 30; 60 phút sau đó và trước khi bệnh nhân được chuyển khỏi phòng hồi tỉnh. Bệnh nhân phát hiện TDGC được điều trị ngay bằng: Neostigmin 40 mcg/kg + Atropine 15 mcg/kg.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ %. Các biến số định lượng trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Kiến An và được sự đồng thuận của bệnh nhân. Các thuốc sử dụng trong nghiên cứu đã được Bộ Y tế cấp phép sử dụng. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin, mọi thông tin của bệnh nhân được mã hóa và giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân (n = 123)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	65	52,85
	Nữ	58	47,15
Nhóm tuổi	< 16 tuổi	6	4,88
	16 - 59 tuổi	83	67,48
	≥ 60 tuổi	34	27,64
	Mean ± SD	48,1 ± 17,8	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ lần lượt là 52,85% và 47,15%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 48,1 ± 17,8 tuổi, đa số bệnh nhân trong nhóm tuổi từ 16 - 59 tuổi (67,48%).

Bảng 2. Thông tin liên quan trong quá trình phẫu thuật (n = 123)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thuốc mê	Diprivan	97	78,80
	Ketamin	15	12,10
	Servofluran	11	8,94

Thuốc giảm đau	Fentanyl	123	100
Thuốc giãn cơ	Rocuronium	123	100
Lượng máu mất khi phẫu thuật (Mean $\pm$ SD)		130,48 $\pm$ 79,35 ml	
Loại phẫu thuật	Bụng trên	26	21,14
	Bụng dưới	5	4,07
	Lồng ngực	11	8,94
	Thần kinh	9	7,32
	Tiết niệu	13	10,57
	Cột sống	9	7,32
	Khác	50	40,65
Thời gian phẫu thuật (Mean $\pm$ SD) (phút)		66,28 $\pm$ 38,91	
Thời gian gây mê (Mean $\pm$ SD) (phút)		80,95 $\pm$ 38,27	
Thời gian thở máy (Mean $\pm$ SD) (phút)		60,83 $\pm$ 23,27	
Thời gian rút nội khí quản (Mean $\pm$ SD) (phút)		69,88 $\pm$ 24,49	

Nhận xét: Trong quá trình phẫu thuật, 100% bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau Fentanyl, thuốc giãn cơ Rocuronium. Thuốc mê, bệnh nhân sử dụng chủ yếu là Propofol (78,8%). Thuốc giảm đau 100% đều sử dụng Fentanyl; 100% đối tượng được sử dụng thuốc giãn cơ Rocuronium. Các ca phẫu thuật có lượng máu mất đi trung bình là 130,48 $\pm$ 79,35 ml. Loại phẫu thuật bụng trên

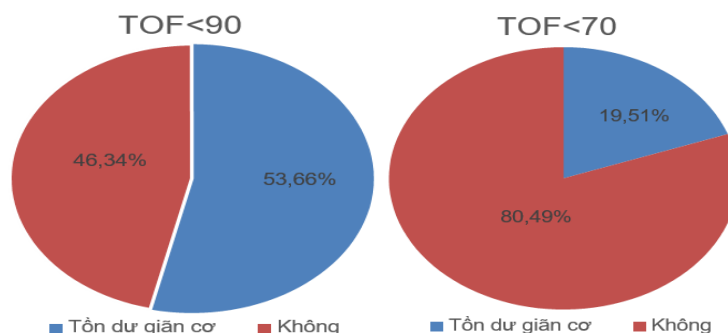
chiếm tỷ lệ 21,14%; tiết niệu là 10,57%; bụng dưới, lồng ngực, thần kinh, cột sống chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 4,07%; 8,94%; 7,32% và 7,32%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 66,28 $\pm$ 38,91 phút, thời gian gây mê trung bình là 80,95 $\pm$ 38,27 phút. Thời gian thở máy và thời gian rút nội khí quản trung bình lần lượt là 60,83 $\pm$ 23,27 phút và 69,88 $\pm$ 24,49 phút.

Bảng 3. Các chỉ số sinh tồn sau khi rút nội khí quản

	Trước rút	Sau rút	Sau 3'	Sau 5'	Sau 10'	Sau 15'	Sau 30'	Sau 1h	Chuyển
Mạch	74,9	84,8	77,7	77,2	77,0	76,8	76,7	76,6	76,7
SpO2 (%)	99,9	99,3	99,6	99,6	99,7	99,7	99,8	99,8	99,8
Nhịp thở	19,8	20,1	20,1	20,1	20,1	20,2	20,1	20,1	20,2

Nhận xét: Mạch đập trung bình tăng nhanh (~10 nhịp) tại thời điểm rút nội khí quản so với trước rút, ngay sau 3 phút thì giảm dần về bình thường nhưng vẫn có giá trị cao hơn so với thời điểm trước rút. Chỉ số SpO2 tại thời điểm rút NKQ thấp hơn so với trước rút (99,3% so với 99,9%), ngay sau 3

phút thì tăng dần liên tục và tại thời điểm chuyển thì tiệm cận giá trị tại thời điểm trước rút. Nhịp thở tại thời điểm rút nội khí quản cao hơn không đáng kể so với trước rút (20,1 so với 19,8), ngay sau 3 phút thì liên tục dao động không đáng kể trong khoảng từ 20,1 đến 20,2; cao hơn thời điểm trước rút.



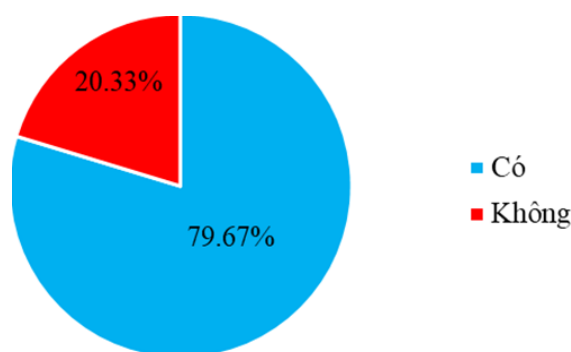
Hình 1. Tỷ lệ tồn dư thuốc giãn cơ tại phòng hồi tỉnh (n = 123)

Nhận xét: Tỷ lệ TDGC tại phòng hồi tỉnh là 53,66% với TOF < 90% và 19,51% với TOF < 70%.

Bảng 4. Chỉ số tồn dư giãn cơ tại phòng hồi tỉnh (n = 123)

	Sau rút	Sau rút 3'	Sau rút 5'	Sau rút 10'	Sau rút 15'	Sau rút 30'	Sau rút 1h	Chuyển
TOF trung bình	82,11	90,54	95,07	97,09	98,17	99,1	99,88	99,93

Nhận xét: Chỉ số giãn cơ tại hồi tỉnh (TOF) trung bình ngay sau thời điểm rút NKQ đạt 82,11% (nằm trong mức TDGC dưới 90%).



Hình 2. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc giải giãn cơ (n = 123)

Nhận xét: 79,67% bệnh nhân sử dụng thuốc giải giãn cơ Neostigmin và Atropin.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả tiến hành trên 123 bệnh nhân phẫu thuật có sử dụng thuốc giãn cơ không khử cực trong thời gian từ tháng 02 đến tháng 08 năm 2022. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $48,1 \pm 17,8$ tuổi. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Aytac I [8] và thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Saager L [9]. Tuổi

càng cao thì thời gian hồi phục của các cơ cũng càng lâu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (52,85% so với 47,15%). Tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Quang Minh, tỷ lệ nam (61%) cao hơn nữ (39%) [10].

Trong phẫu thuật 100% bệnh nhân của chúng tôi sử dụng thuốc giãn cơ không khử cực Roconium (Esmeron), lượng thuốc giãn cơ trung bình được sử dụng cho các bệnh nhân trong nghiên cứu là $53,55 \pm 14,06$ mg

trương đương với nghiên cứu của tác giả Phạm Quang Minh, lượng Roconium sử dụng trong mổ với nhóm sử dụng máy TOF Watch và không sử dụng máy lần lượt là $56,5 \pm 5,82$ mg và $57,5 \pm 6,38$ [10].

Nhu cầu thuốc giãn cơ và tình trạng TDGC sau mổ có thể thay đổi theo loại bệnh lý phẫu thuật. Các phẫu thuật gan mật có thể làm ảnh hưởng tới chức năng gan thận do đó làm ảnh hưởng tới chuyển hóa và thải trừ thuốc giãn cơ. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 21,14% loại phẫu thuật bụng trên; tiết niệu là 10,57%; bụng dưới, lồng ngực, thần kinh, cột sống chiếm tỉ lệ thấp lần lượt là 4,07%; 8,94%; 7,32% và 7,32%, còn lại là các phẫu thuật khác. Trong khi đó tỷ lệ phân bố loại phẫu thuật trong nghiên cứu của tác giả Aytac I và cộng sự là phẫu thuật bụng (38,6%) và phẫu thuật khác (61,5%) [8], nghiên cứu của tác giả Phạm Quang Minh phẫu thuật chủ yếu là gan mật (46,67%) [10].

Chúng tôi lấy thời điểm ngay sau thời điểm rút ống NKQ và sau đó 3; 5; 10; 15; 30 phút; 1 giờ và khi chuyển bệnh nhân khỏi phòng hồi tỉnh để đánh giá tỉ lệ TDGC của bệnh nhân trong nghiên cứu. Tỷ lệ TDGC của người bệnh trong giai đoạn hồi tỉnh khi dùng tiêu chuẩn TOF < 90% là 53,66% và 19,51% khi dùng tiêu chuẩn TOF < 70 %, chỉ số TOF trung bình tại thời điểm ngay sau rút NKQ đạt 82,11% (nằm trong mức TDGC). Trong nghiên cứu của tác giả Kocaturk O và cộng sự trên 208 bệnh nhân được gây mê toàn thân bằng thuốc giãn cơ tác dụng trung gian cũng chỉ ra tỷ lệ TDGC trong giai đoạn đầu hồi tỉnh và cuối hồi tỉnh lần lượt là 10,6% và 2,9% [11]. Sự khác biệt về tỷ lệ TDGC có thể liên quan đến nhiều yếu tố khác nhau như: Loại và liều lượng thuốc gây mê, thuốc giãn cơ sử dụng, thời

gian phẫu thuật, thời gian gây mê, tình trạng bệnh nhân, định nghĩa áp dụng và phương pháp theo dõi. Cũng theo nghiên cứu của tác giả Aytac I và cộng sự các yếu tố giới, phân loại tình trạng bệnh theo ASA, thời gian gây mê gây ảnh hưởng đến tình trạng TDGC [8].

Về mức độ TDGC, chỉ số TDGC TOF trung bình thời điểm ngay sau rút nội khí quản đo bằng máy Top SCAN là 82,11% và TOF trung bình tại các thời điểm sau rút nội khí quản 3; 5; 10; 15; 30; 60 phút và trước khi chuyển về phòng bệnh thường đều trên 90%. Trong khi đó, nghiên cứu của Phạm Quang Minh, chỉ số TOF ở nhóm có sử dụng máy TOP WATCH tại thời điểm ngay sau rút nội khí quản 1 phút là 67% và vẫn còn tỷ lệ 3,33% đến 6,67% người bệnh có TDGC với TOF < 90% [10]. Sự khác nhau về thời điểm đánh giá cũng như loại máy sử dụng để đo TDGC có thể lý giải cho sự chênh lệch này. Ngoài ra, toàn bộ người bệnh trong nghiên cứu này nếu phát hiện TDGC sẽ được điều trị ngay bằng Neostigmin 40 mcg/kg + Atropine 15 mcg/kg nên chỉ số TOF đều trên 90% tại các thời điểm sau rút ống NKQ 3 phút trở đi. Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra gần 80% người bệnh được dùng giải giãn cơ và tất cả đều là 40 mcg/kg + atropine 15 mcg/kg. Nghiên cứu của tác giả Aytac I và cộng sự thì tỷ lệ người bệnh phải dùng Neostigmine là 46% khi TOF < 0,9 [8]. Mặc dù theo khuyến cáo của nhà sản xuất đã chỉ ra tác dụng giải giãn cơ của Sugammadex nhanh, hiệu quả và ít ảnh hưởng đến hô hấp tuần hoàn hơn so với Neostigmine [12]. Tuy nhiên do chi phí cho việc sử dụng thuốc Sugammadex để giải giãn cơ cao hơn rất nhiều so với sử dụng Neostigmine nên toàn bộ đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đều được giải giãn cơ bằng Neostigmine.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả trên 50 bệnh nhân phẫu thuật gây mê toàn thân có sử dụng các thuốc giãn cơ không khử cực tại khoa Phẫu thuật gây mê, Bệnh viện Kiến An, trong thời gian từ tháng 02 đến tháng 08 năm 2022 cho thấy tỷ lệ tồn dư thuốc giãn cơ sau phẫu thuật là phổ biến. Do đó, cần phải theo dõi sát tình trạng người bệnh để phòng tránh các biến chứng do tồn dư thuốc giãn cơ gây ra, chủ động giải giãn cơ trong trường hợp bệnh nhân có nghi ngờ tồn dư giãn cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Martini CH, Boon M, Bevers RF, et al.** Evaluation of surgical conditions during laparoscopic surgery in patients with moderate vs deep neuromuscular block. *Br J Anaesth* (2014),**112**(3): p498–505.
2. **Debaene B, Plaud B, Dilly MP, et al.** Residual paralysis in the PACU after a single intubating dose of nondepolarizing muscle relaxant with an intermediate duration of action. *Anesthesiology* (2003),**98**(5): p1042-1048.
3. **Murphy GS, Szokol JW, Marymont JH, et al.** Residual neuromuscular blockade and critical respiratory events in the postanesthesia care unit. *Anesth Analg* (2008),**107**(1): p130–137.
4. **Beecher HK, Todd DP.** A study of the deaths associated with anesthesia and surgery: based on a study of 599,548 anesthetics in ten institutions 1948-1952, inclusive. *Ann Surg* (1954),**140**: p2–35.
5. **Cooper AL, Leigh JM, Tring IC.** Admission on the intensive care unit after complications of anesthetic techniques over 10 years. *Anaesthesia* (1989),**44**: p953–958.
6. **Fuchs-Buder T.** Neuromuscular Monitoring in Clinical Practice and Research. Springer Berlin Heidelberg. 2011.
7. **Beaussier M, Boughaba MA.** Residual neuromuscular blockade. *Ann Fr Anesth Reanim* (2005),**24**(10): p1266-1274.
8. **Aytac I, Postaci A, Aytac B, et al.** Survey of postoperative residual curarization, acute respiratory events and approach of anesthesiologists. *Braz J Anesthesiol* (2016),**66**(1): p55-62.
9. **Saager L, Maiese EM, Bash LD, et al.** Incidence, risk factors, and consequences of residual neuromuscular block in the United States: The prospective, observational, multicenter RECITE-US study. *J Clin Anesth* (2019),**55**: p33-41.
10. **Phạm Quang Minh, Nguyễn Thị Bạch Dương.** So sánh tỷ lệ tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật nội soi ổ bụng ở nhóm bệnh nhân có hoặc không được theo dõi bằng máy Tof Watch. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* (2022),**155**(7): p139-145.
11. **Kocaturk O, Kaan N, Kayacan N, et al.** The incidence of postoperative residual curarization following the use of intermediate-acting muscle relaxants and related factors. *Middle East J Anaesthesiol* (2014),**22**(6): p583-90.
12. **Ngô Văn Định, Nguyễn Mạnh Cường, Nguyễn Lưu Phương Thuý và cộng sự.** Đánh giá hiệu quả hóa giải giãn cơ bằng sugammadex sau phẫu thuật nội soi ổ bụng. *Tạp chí Y dược học quân sự* (2018), (5), p:121-128.

XÂY DỰNG QUY TRÌNH CHIẾT XUẤT FUCOIDAN TỪ RONG MƠ TRO GAI (*SARGASSUM CINEREUM*) THU HÁI TẠI HẢI PHÒNG

Nguyễn Thành Đạt¹, Nguyễn Trần Thị Trà My¹, Lê Thị Mai Ngân¹,
Nguyễn Lan Anh¹, Lưu Thị Thu Huyền¹, Ngô Thị Quỳnh Mai¹

TÓM TẮT

Rong mơ Tro gai có tên khoa học là *Sargassum cinereum*, được thu hái tại vùng biển Đồ Sơn, Thành phố Hải Phòng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng và xây dựng quy trình chiết xuất fucoidan từ rong *Sargassum cinereum* thu hái tại Hải Phòng. Rong được chiết bằng phương pháp chiết với nước acid và những yếu tố ảnh hưởng được nghiên cứu bao gồm: tỉ lệ dung môi sử dụng loại tạp chất, thời gian loại tạp chất, phương pháp sử dụng để chiết xuất. Từ đó, các điều kiện chiết xuất fucoidan được lựa chọn là loại màu bằng hỗn hợp có tỉ lệ dung môi EtOH:CHCl₃:H₂O (85:5:10) trong 5 ngày và sử dụng phương pháp chiết hỗ trợ bằng siêu âm.

Từ khóa: rong mơ, fucoidan, *Sargassum cinereum*

SUMMARY

DEVELOPING A PROCESS FOR EXTRACTING FUCOIDAN FROM “TRO GAI” SEAWEED (*SARGASSUM CINEREUM*) COLLECTED IN HAI PHONG

¹Khoa Dược học, Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Quỳnh Mai

Email: ntqmai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 4/3/2024

Ngày duyệt bài: 19/4/2024

Sargassum cinereum seaweed is collected in Do Son coastal region, Hai Phong City. In this study, we studied some influencing factors and developed a fucoidan extraction process from *Sargassum cinereum* seaweed collected in Hai Phong. We use the acid extraction method and the influencing factors studied include the ratio of solvent used to impurities, the time to remove impurities, and the method used for extraction. Using the ultrasound method, the colour removal process is performed with a mixture of solvent ratio EtOH:CHCl₃:H₂O (85:5:10) for 5 days.

Keywords: Sargassum, fucoidan, *Sargassum cinereum*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rong mơ Tro gai có tên khoa học là *Sargassum cinereum*, phân bố chủ yếu ở vùng biển Hải Phòng và Thanh Hóa. Loài này và các loại rong mơ khác được dùng trong Y học cổ truyền với tác dụng tiêu đờm, tiết nhiệt lợi thủy, chữa bướu cổ, thủy thũng với tên gọi Hải tảo, rau mã vĩ hoặc rau ngoài [1]. Các loài rong thuộc chi *Sargassum* được coi là nguồn cung cấp các cấu trúc polysaccharide đa dạng, bao gồm acid alginic, laminaran và polysaccharide sulphat hoa hay còn gọi là fucoidan. Fucoidan là nhóm các chất polysaccharide được sulfate hóa ở các mức độ khác nhau, tạo thành chủ yếu bởi các phần L-fucose liên kết với nhau qua cầu nối 1 → 2 hoặc 1 → 3. Thành phần và cấu trúc của fucoidan từ rong biển phụ thuộc vào loài, phương pháp chiết xuất và

tính chế cũng như thời điểm thu hái [2-4]. Các tác dụng sinh học đáng chú ý của fucoidan bao gồm chống đông máu, chống ung thư và điều hòa miễn dịch, chống oxy hóa, chống viêm, giảm lipid máu, bảo vệ dạ dày và gan [5]. Là trung tâm kinh tế, khoa học, kỹ thuật của vùng duyên hải Bắc Bộ với đường bờ biển dài 125 km, nguồn dược liệu biển tại Hải Phòng vô cùng phong phú và đa dạng, trong đó nguồn lợi từ rong mơ vẫn còn ít được khai thác và sử dụng. Do đó, chúng tôi tiến hành xây dựng quy trình chiết xuất fucoidan từ rong mơ Tro gai (*S. cinereum*)

thu hái tại Hải Phòng nhằm phát huy giá trị nguồn lợi biển địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Rong được thu hái vào tháng 05 năm 2022 tại vùng biển Đồ Sơn, Hải Phòng. Mẫu rong được rửa sạch bằng nước máy, phơi khô đến độ ẩm dưới 10%, bảo quản trong ngăn mát tủ lạnh. Mẫu rong được định danh bởi PGS.TS. Đàm Đức Tiến, Viện Tài nguyên & Môi trường biển.



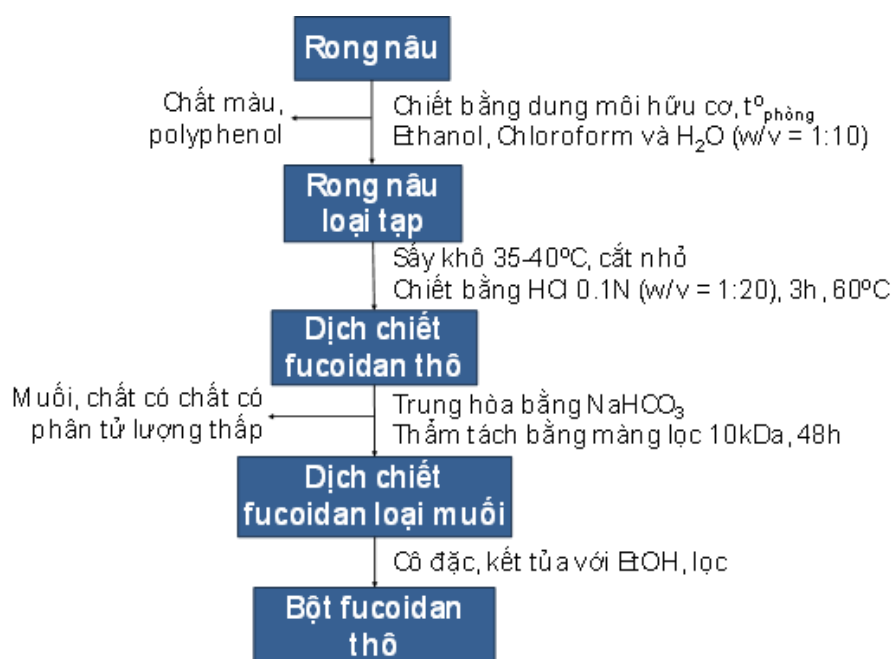
Hình 2.1. Rong mơ tro gai (*Sargassum cinereum*) được thu hái tại Hải Phòng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp loại tạp và chiết xuất fucoidan

Rong Mơ tro gai (*Sargassum cinereum*) khô được chiết với hỗn hợp dung môi ethanol, chloroform, nước theo các tỷ lệ và thời gian chiết khác nhau. Sau đó, tiến hành khảo sát hiệu quả loại màu và các chất trọng lượng phân tử thấp bằng phương pháp đo quang phổ. Rong Mơ tro gai (*Sargassum cinereum*) sau khi được loại màu và các chất trọng lượng phân tử thấp bằng hệ dung môi EtOH:CHCl₃:H₂O. Dịch chiết thu được sau đó được chiết với acid hydrochloric với pH,

nhệt độ, thời gian cụ thể. Giai đoạn này, tiến hành khảo sát phương pháp chiết với hai thiết bị khuấy trộn siêu âm (Elmasonic S130H, Đức) và khuấy từ (IKA C-MAG HS 7-00035812A0, Đức). Dịch chiết rong được trung hòa và thẩm tách nhằm loại bỏ các muối, kim loại nặng và các hợp chất có trọng lượng phân tử <10 kDa bằng màng lọc bán thấm 10 kDa. Dịch chiết fucoidan thu được đem tủa với ethanol 96% theo tỉ lệ 3-4 lần thể tích, ly tâm để thu được fucoidan thô [4, 6]. Quy trình chiết xuất được tóm tắt trong Hình 2.2.



Hình 2.2. Sơ đồ chiết xuất fucoidan từ rong mơ

2.2.2. Phương pháp định lượng

Phương pháp cân: cân lượng fucoidan thô thu được để so sánh và đánh giá hiệu suất ở các điều kiện chiết xuất khác nhau [7, 8].

Phương pháp định lượng tổng hàm lượng carbohydrate: hàm lượng carbonhydrat trong mẫu được định lượng bằng phản ứng với thuốc thử phenol. Đun cách thủy hỗn hợp phản ứng gồm 200 μ L dung dịch thử, 200 μ L TT phenol 5%, 1mL H_2SO_4 trong 5 phút. Độ hấp thụ quang của sản phẩm phản ứng được đo ở bước sóng 490 nm. D-glucose được sử dụng làm chất chuẩn [7, 8].

Phương pháp định lượng tổng hàm lượng sulfat: Sử dụng tác nhân BaCl_2 để tạo kết tủa BaSO_4 với sản phẩm đã thủy phân của fucoidan. Sau đó định lượng BaSO_4 rồi suy ra hàm lượng sulfate có trong mẫu. 5 mg fucoidan được thủy phân trong 2mL HCl 1N ở nhiệt độ 100°C trong 6h. 10 μ L dung dịch thủy phân sau đó được thực hiện phản ứng với 100 μ L Triclorua acetic acid và 100 μ L BaCl_2 /Gelatin 0.5%. Đo độ hấp thụ quang ở

bước sóng 360 nm và sử dụng K_2SO_4 làm chất chuẩn [7, 8].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả khảo sát giai đoạn loại tạp

3.1.1. Ảnh hưởng của tỉ lệ dung môi

Các mẫu rong khô được cân chính xác 0,25 gram, cắt nhỏ 2-3 cm, ngâm trong nước cho trương nở trong 15 phút sau đó được vớt ra và ngâm với 50 ml ethanol:chloroform: H_2O theo các tỉ lệ (89:1:10, 87:3:10, 85:5:10) trong 24 h. Sau đó lọc lấy phần dịch lọc, định mức cho đủ 50 ml. Tiến hành đo độ hấp thụ quang của dung dịch thu được.

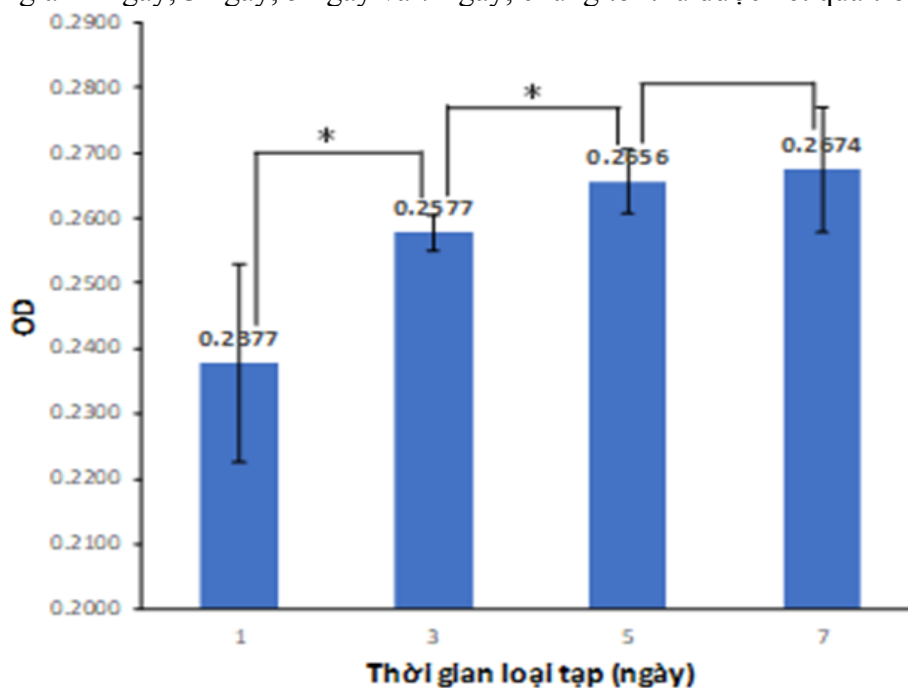
Kết quả độ hấp thụ quang của dung dịch sau khi đã dùng để loại tạp (bảng 3.1) cho thấy ở tỉ lệ dung môi 85:5:10 cho kết quả loại được nhiều tạp nhất với mật độ quang là 0,2377 trong khi ở 2 tỷ lệ còn lại mật độ quan lần lượt là 0,2075 và 0,1809. Do đó chúng tôi lựa chọn tỷ lệ dung môi này cho các bước tiếp theo.

Bảng 3.1. Kết quả đo mật độ quang dung môi loại chất màu

OD ở các tỷ lệ dung môi EtOH:CHCl ₃ :H ₂ O		
89:1:10	87:3:10	85:5:10
0,1809± 0,0068	0,2075 ± 0,0030	0,2377 ± 0,0228

3.1.2. Ảnh hưởng của thời gian loại tạp

Sử dụng hệ dung môi EtOH:CHCl₃:H₂O (85:5:10) để khảo sát thời gian loại tạp sau các khoảng thời gian 1 ngày, 3 ngày, 5 ngày và 7 ngày, chúng tôi thu được kết quả trong hình 3.1.



Hình 3.1. Kết quả độ hấp thụ quang của dịch loại tạp khi dùng hệ dung môi EtOH:CHCl₃:H₂O (85:5:10) sau 1, 3, 5 và 7 ngày

*: p -value < 0.05

3.2. Kết quả khảo sát phương pháp chiết xuất

Các mẫu rong khô được cân chính xác 8g, sau khi loại màu, được chia nhỏ thích hợp và chiết với dung dịch HCl 0,1N (tỷ lệ w/v = 1:20) trong 3 giờ ở nhiệt độ 60°C bằng 2 phương pháp siêu âm hoặc khuấy từ, dịch lọc thu được đem lọc và trung hòa với NaHCO₃ đến pH=6-7, sau đó được cô quay chân không, thẩm tách muối bằng màng lọc 10 kDa trong 48 giờ. Dịch chiết sau khi loại muối được cô đặc còn 1/10 và được kết tủa với 4 lần thể tích EtOH. Sản phẩm fucoidan

thô được cân và phân tích thành phần để so sánh kết quả 2 phương pháp chiết xuất.

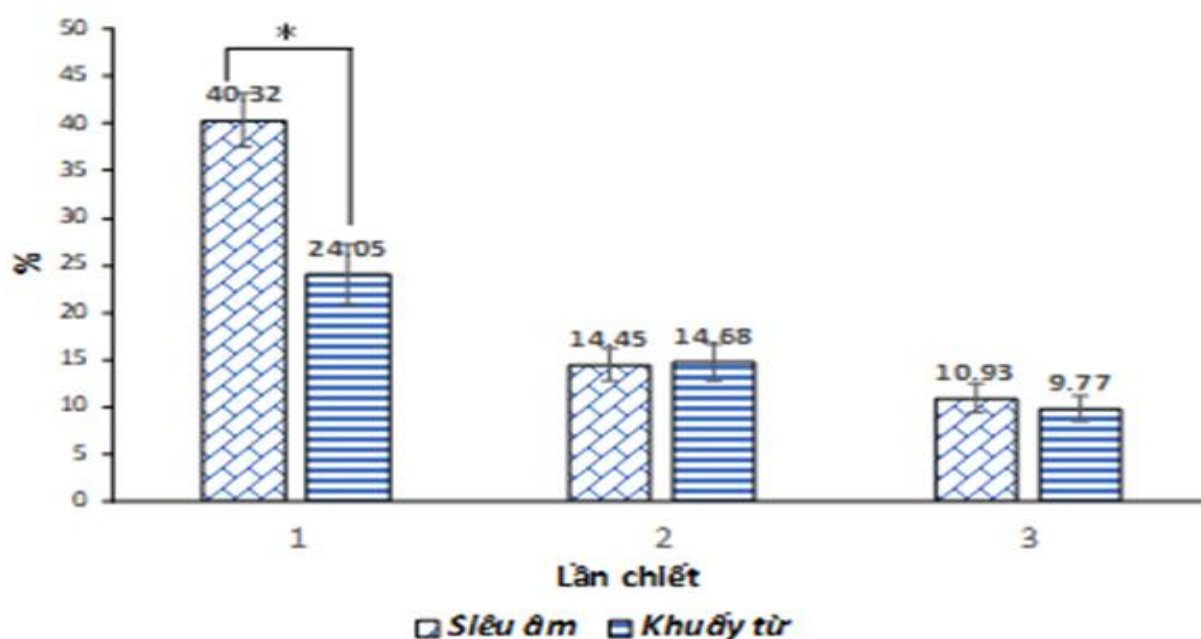
3.2.1. Ảnh hưởng đến tổng khối lượng fucoidan thô

Tổng khối lượng trung bình fucoidan thu được khi sấy khô và cân sau 3 lần chiết đổi với phương pháp siêu âm là 1,174 ± 0,2 g và đối với phương pháp khuấy từ là 0,761 ± 0,1 g. Khi sử dụng phương pháp siêu âm, khối lượng fucoidan thô thu được lớn hơn rõ ràng so với dùng phương pháp khuấy từ. Khối lượng thu được khi siêu âm gấp khoảng 1,5 lần so với khi dùng phương pháp khuấy từ.

3.2.2. Ảnh hưởng đến hàm lượng tổng carbohydrate

Hàm lượng tổng carbohydrate được xác định bằng phương pháp phenol-acid sulfuric. Chuẩn bị dung dịch mẫu có nồng độ thích hợp, lấy 200 μ l dung dịch mẫu thêm vào 200 μ l thuốc thử phenol 5%, lắc đều đến khi dung dịch trở nên trong suốt, thêm tiếp 1ml acid sulfuric đậm đặc lắc đều rồi đem đun

cách thủy trong 5 phút lấy ra để nguội, đo độ hấp thụ quang ở bước sóng $\lambda=490\text{nm}$. Sử dụng D-glucose làm chất chuẩn [7] thu được đường chuẩn tuyến tính $y = 0.000077x - 0.004339$ với hệ số tương quan $R^2 = 0.9992$. Hàm lượng tổng carbohydrate (%) được tính theo phương trình dựa trên giá trị mật độ quang thu được. Kết quả được biểu diễn trong bảng 3.2.



Hình 3.2. Hàm lượng carbohydrate thu được từ các phương pháp chiết (%)

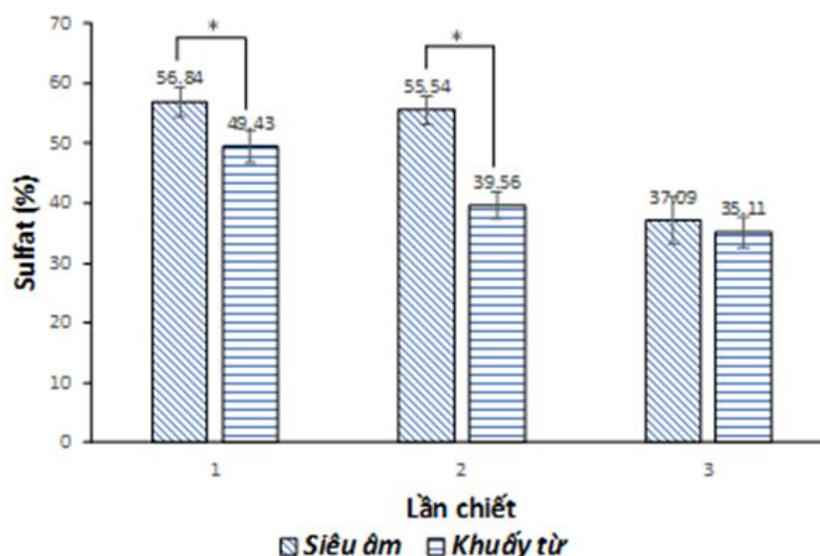
*: $p\text{-value} < 0.05$

Dựa vào Bảng 3.2 dễ dàng nhận thấy phương pháp chiết có ảnh hưởng rõ rệt đến hàm lượng tổng carbohydrate thu được. Siêu âm là phương pháp thu được khối lượng nhiều hơn rõ rệt so với khuấy từ, chủ yếu trong lần chiết đầu tiên.

3.2.3. Ảnh hưởng đến hàm lượng sulfat

Hàm lượng sulfat được xác định bằng phương pháp đo độ đục với $\text{BaCl}_2/\text{gelatin}$. Cân khoảng 5 mg mẫu fucoidan trong một lọ thủy tinh có nút vặn, dung tích 5ml, thêm 2

ml HCl 1N, đem thủy phân ở nhiệt độ 100°C , thời gian 6 giờ. Lấy 10 μ l dung dịch mẫu sau thủy phân, thêm vào 100 μ l TCA (Triclorua acetic acid) và 100 μ l hỗn hợp (0,5% gelatin và 0,5% BaCl_2), lắc đều và đo độ hấp thụ quang ở bước sóng 360 nm [8]. Kết quả hàm lượng sulfat (%) được trình bày trong Hình 3.3 cho thấy khi chiết bằng phương pháp siêu âm, hiệu suất chiết thu được cao hơn phương pháp khuấy từ.



Hình 3.3. Hàm lượng sulfat thu được từ các phương pháp chiết (%)

*: $p\text{-value} < 0.05$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về dung môi và thời gian loại tạp

Có nhiều dung môi loại màu được sử dụng, chủ yếu là ethanol, acetone và cloroform. Chúng tôi sử dụng dung dịch loại màu là hỗn hợp bao gồm ethanol, chloroform và H_2O nhằm tối ưu chi phí, ít độc hại [4, 6]. Như kết quả khảo sát cho thấy khả năng loại tạp của các tỷ lệ dung môi tăng dần theo tỷ lệ cloroform trong hỗn hợp loại màu, tuy nhiên để đảm bảo tính an toàn và hàm lượng dung môi tồn dư, chúng tôi dừng lại ở tỷ lệ ethanol:chloroform: H_2O (85:5:10).

Kết quả khảo sát thời gian loại tạp (Hình 3.1) cho thấy khả năng loại tạp sau các ngày thứ 1, 3, 5 khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sau ngày thứ 5 dung dịch có độ hấp thụ quang tăng lên không đáng kể. Do đó, thời gian loại tạp nên dừng loại màu tại ngày thứ 5 để tiết kiệm thời gian và chi phí.

4.2. Về phương pháp chiết xuất

Phương pháp chiết bằng acid là phương pháp được sử dụng rộng rãi để chiết fucoidan

từ rong nâu do đơn giản, dễ thực hiện. Kết quả cho thấy phương pháp chiết hỗ trợ siêu âm có hiệu quả tốt hơn rõ ràng với phương pháp chiết bằng khuấy từ ở cùng điều kiện chiết xuất. Khối lượng fucoidan thô, hàm lượng carbonhydrat và hàm lượng sulfate đều cao hơn đáng kể khi sử dụng phương pháp chiết hỗ trợ siêu âm. Các nghiên cứu trước đây cũng sử dụng điều kiện $60^\circ C$ và dung dịch acid để chiết xuất fucoidan nhưng chưa khảo sát các yếu tố hỗ trợ [4]. Kết quả trong nghiên cứu này cho thấy, các giải pháp hỗ trợ có thể ảnh hưởng rất lớn đến hiệu suất chiết và chất lượng sản phẩm.

V. KẾT LUẬN

Từ các yếu tố được nghiên cứu, quy trình chiết xuất fucoidan thô cuối cùng mà chúng tôi xây dựng được sẽ sử dụng dung dịch loại màu bao gồm ethanol, chloroform và H_2O (85:5:10) với tỉ lệ w/v = 1:10 trong 5 ngày, sau đó được chia nhỏ thích hợp và chiết với HCl 0,1N (tỉ lệ w/v=1:20) ở $60^\circ C$ trong vòng

3 giờ bằng phương pháp siêu âm. Dịch lọc được cô quay chân không ở 60°C, thẩm tách loại muối và các chất phân tử lượng nhỏ bằng màng bán thấm 10 kDa, cuối cùng cô đặc dung dịch còn 1/10 sau đó rửa với ethanol 96°, lọc rửa và sấy khô sẽ thu được fucoidan ở dạng thô.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.19.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lợi, Đ.T.**, Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. Nhà xuất bản Y học, Phần II (2006), 142.
2. **Thịnh, P.Đ.**, Nghiên cứu phân tích thành phần, cấu trúc hóa học của fucoidan có hoạt tính sinh học từ một số loài rong nâu ở vịnh Nha Trang. 2015, Viện Hóa học, Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam. p. 40-51.
3. **Trần Thị Văn Thi, L.T.H., Nguyễn Thị Lành**, Các thông số chất lượng của fucoidan và một số sản phẩm khác được phân lập từ rong mơ (Sargassum) Thừa Thiên Huế. Tạp chí khoa học, Đại học Huế (2012), 74A: p. 141-150.
4. **Vishchuk, O.S., S.P. Ermakova, and T.N. Zvyagintseva**, Sulfated polysaccharides from brown seaweeds *Saccharina japonica* and *Undaria pinnatifida*: isolation, structural characteristics, and antitumor activity. Carbohydrate Research (2011), 346(17): p. 2769-2776.
5. **Li, B., et al.**, Fucoidan: structure and bioactivity. Molecules (2008), 13(8): p. 1671-95.
6. **Zvyagintseva, T., et al.**, A new procedure for separation of water-soluble polysaccharides from brown seaweeds. Carbohydrate Research (1999), 322: p. 32-39.
7. **DuBois, M., et al.**, Colorimetric Method for Determination of Sugars and Related Substances. Analytical Chemistry (1956), 28(3): p. 350-356.
8. **Dodgson, K.S. and R.G. Price**, A note on the determination of the ester sulphate content of sulphated polysaccharides. Biochem J (1962), 84(1): p. 106-10.

THỰC TRẠNG NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* VÀ HÌNH ẢNH NỘI SOI DẠ DÀY TÁ TRÀNG Ở BỆNH NHÂN NGHIỆN RƯỢU TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2023

Đào Thị Thu Loan¹, Đào Thu Hồng¹, Trần Thị Quỳnh Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) và các dạng tổn thương dạ dày – tá tràng trên hình ảnh nội soi ở bệnh nhân nghiện rượu. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Đối tượng:** 52 bệnh nhân nghiện rượu được khám nội soi tiêu hoá Thực quản - dạ dày – tá tràng và xác định nhiễm *H.pylori* bằng test urease tại phòng Nội soi Tiêu hoá, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01/01/2023 đến tháng 31/10/2023. **Kết quả và kết luận:** Bệnh nhân nghiện rượu trong nghiên cứu này gặp 100% ở nam giới. Bệnh nhân ở độ tuổi trên 50 tuổi, ở khu vực nông thôn, làm nghề tự do và không nghề chiếm tỷ lệ cao. Tỷ lệ nhiễm *H.pylori* ở bệnh nhân nghiện rượu chiếm 30,8%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo nhóm tuổi và nhóm nghề. Trên hình ảnh nội soi, tổn thương chủ yếu là viêm dạ dày (53,9%). Bệnh nhân có độ tuổi từ 50 tuổi trở lên, làm nghề tự do, không nghề, nông dân có tỷ lệ tổn thương trên hình ảnh nội soi cao. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các tổn thương viêm loét với nhiễm *H.pylori*.

Từ khóa: *Helicobacter pylori*, nghiện rượu

SUMMARY

CURRENT STATUS OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION AND GASTRODUODENOSCOPY IMAGES IN ALCOHOLIC PATIENTS AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

Objectives: Describe *Helicobacter Pylori* (*H. pylori*) infection and forms of gastroduodenal lesions on endoscopic images in alcoholic patients. **Subjects:** 52 alcoholic patients presented for esophageal-gastroduodenal gastrointestinal endoscopy and diagnosis of *H. pylori* by urease test at the Gastrointestinal endoscopy department of Hai Phong Medical University Hospital from January 2023 to October 2023. **Method:** The descriptive cross-sectional study was conducted on 52 alcoholic patients at Hai Phong Medical University Hospital. **Results and conclusions:** Alcoholic patients were 100% male. Patients lived in rural areas, worked as freelance and unemployed account for a high proportion. The prevalence of *H. pylori* infection in alcoholic patients was 30.8%. There was no significant difference by age and occupation. In endoscopic images, most lesions were gastritis (53.9%). The groups of over 50 years old, freelance, unemployed and farmers patients had a high rate of lesions. There was a significant correlation between erosive inflammatory lesions to *H.pylori* infection.

Keywords: *Helicobacter pylori*, alcoholism

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thu Loan

Email: dtthloan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21/3/2024

Ngày phản biện khoa học: 3/4/2024

Ngày duyệt bài: 22/4/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) là một trong những nhiễm khuẩn mạn tính thường gặp nhất ở người với số người nhiễm chiếm hơn 50% dân số thế giới [1]. Tại Hội nghị khoa học tiêu hoá gan mật do Bệnh viện Bạch Mai phối hợp với Đại học Nagoya, Nhật Bản năm 2017, các chuyên gia cho biết, khoảng 70% dân số nước ta nhiễm vi khuẩn *H.pylori*. Đây được xem là nguyên nhân chính gây ra các bệnh lý viêm, loét dạ dày - tá tràng và có thể dẫn đến ung thư dạ dày.

Nghiện rượu là nhóm bệnh rất phổ biến chiếm 1-10% dân số. Hiện nay, Việt Nam được đánh giá là một quốc gia ước tính có mức tiêu thụ rượu bia cao nhất ở khu vực Đông Nam Á, xếp thứ hai sau Thái Lan [2]. Khi vào cơ thể, tại gan ethanol trong rượu được chuyển hóa thành acetaldehyde, một chất rất độc, có thể gây viêm dạ dày cấp, loét dạ dày và tá tràng, các biến chứng như thủng dạ dày và chảy máu dạ dày làm nặng thêm tình trạng nhiễm *H.pylori* và các bệnh lý của

đường tiêu hoá. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: **Mô tả thực trạng nhiễm *H.Pylori* và các dạng tổn thương dạ dày – tá tràng trên hình ảnh nội soi ở bệnh nhân nghiện rượu.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 52 bệnh nhân nghiện rượu tới làm nội soi thực quản - dạ dày – tá tràng và làm chẩn đoán *H.pylori* bằng test urease tại phòng nội soi Tiêu hoá, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 01/01/2023 đến 31/10/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- + Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu
- + Bệnh nhân được làm nội soi dạ dày – tá tràng có làm chẩn đoán *H.pylori* bằng test urease
- + Bệnh nhân được chẩn đoán nghiện rượu theo ICD-10

Tiêu chuẩn ICD – 10 mục F10.2	Chẩn đoán nghiện rượu
1. Thèm rượu mãnh liệt, không thể ngăn cản, bắt buộc phải uống	Có ≥ 3 dấu hiệu và từ 1 năm trở lên $\rightarrow$ Nghiện rượu
2. Giảm hoặc ngừng uống là 1 việc rất khó khăn, khi ngừng thì xuất hiện hội chứng cai	
3. Có chứng cứ về khả năng dung nạp rượu: tăng liều	
4. Dần dần sao nhãng những thú vui trước đây yêu thích	
5. Vẫn tiếp tục uống rượu mặc dù biết hậu quả của nó	

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Bệnh nhân đã phẫu thuật dạ dày, cắt dạ dày, thủng dạ dày, đang chảy máu tiêu hoá.
- + Đang dùng các thuốc kháng sinh, muối bismuth.
- + Bệnh nhân không hợp tác, không thu thập đủ chỉ tiêu nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu: mẫu thuận tiện

Xử lý số liệu: SPSS 22.0, tính tỷ lệ phần trăm, tính trị số trung bình, độ lệch chuẩn, Chi-Square Test

2.3. Nội dung nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được thu thập dữ liệu theo một mẫu thống nhất gồm các phần:

- * Thông tin hành chính: Tuổi, nghề, giới tính

* Tiền sử: Tình trạng nghiện rượu, bệnh lý về dạ dày – tá tràng, nhiễm H.pylori

* Kết quả nội soi dạ dày – tá tràng, test urease (-/+)

- Bệnh lý thực quản - Dạ dày – Tá tràng trên nội soi

+ Chẩn đoán viêm dạ dày – thực quản trào ngược theo Los Angeles

+ Chẩn đoán viêm dạ dày – tá tràng qua nội soi theo phân loại hệ thống Sydney

+ Chẩn đoán loét dạ dày: hình dạng, đáy, bờ, niêm mạc, nhu động, chảy máu. Đánh giá

nguy cơ xuất huyết theo Forrest.

+ Chẩn đoán Ung thư dạ dày: dựa vào kết quả mô bệnh học.

- Test urease: dung dịch gồm: nước cất, NaCl 0,5%, K₂HPO₄ 0,2%, đỏ phenil, carbamidum. Các mảng sinh thiết được cho ngay vào dung dịch ure – indol nếu:

+ Dung dịch chuyển từ màu vàng nhạt sang hồng cánh sen: Dương tính

+ Dung dịch vẫn giữ nguyên màu vàng sau 5-6 phút: Âm tính

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
40 – 49	6	11,5
50 – 59	19	36,5
≥ 60	27	52
Tổng	52	100
Trung bình	59,9 ± 9,7	

Nhận xét: Bệnh nhân nghiên cứu ở độ tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 52%, không có bệnh nhân nào dưới 40 tuổi. Chúng tôi gặp 100% bệnh nhân là nam giới, không gặp bệnh nhân nữ giới. Tỷ lệ bệnh nhân sống ở nông thôn là 65,4% (34 người), tỷ lệ bệnh nhân ở thành thị là 34,6%.

Bảng 3.2. Phân bố nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ %
Công nhân, viên chức, hưu trí	4	7,8
Nông dân	9	17,3
Lao động tự do	22	42,3
Không nghề	17	32,7
Tổng	52	100,0

Nhận xét: Nhóm lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,3%, thấp nhất là nhóm nghề công nhân, viên chức, hưu trí với tỷ lệ 7,8%.

Bảng 3.3. Thời gian uống rượu và số lượng rượu uống hàng ngày của đối tượng nghiên cứu

	Thời gian uống rượu (năm)				Lượng rượu uống (ml/ngày)			
	≤5	5 - 10	11- 20	>20	<300	300-500	500-1000	>1000
Số lượng	4	10	16	22	8	9	30	5
Tỷ lệ (%)	7,7	19,2	30,8	42,3	15,4	17,3	57,7	9,6

Nhận xét: Thời gian uống rượu của bệnh nhân nghiên cứu là trên 20 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,3%. Bệnh nhân có lượng rượu uống trong một ngày từ 500 – 1000 ml chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,7%.

3.2. Đặc điểm tổn thương trên nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng và nhiễm H.pylori ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Tỷ lệ nhiễm H.pylori ở đối tượng nghiên cứu

Nhiễm H.pylori		Không nhiễm H.pylori	
Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
16	30,8	36	69,2

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm H.pylori ở những bệnh nhân nghiện rượu không cao, chiếm 30,8%.

Bảng 3.5. Đặc điểm nhiễm H.pylori ở các nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nhiễm H.pylori	Không nhiễm H.pylori	p
40-49 (n = 6)	2 (12,5)	4 (11,1)	> 0,05
50-59 (n = 19)	5 (31,25)	14 (38,9)	
≥ 60 (n = 27)	9 (56,25)	18 (50,0)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm H.pylori ở nhóm trên 60 tuổi là 56,25%, nhóm 40-49 tuổi là 12,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.6: Đặc điểm nhiễm H.pylori ở các nhóm nghề

Nhóm nghề	Nhiễm H.pylori	Không nhiễm H.pylori	p
Công nhân, viên chức, hưu trí (n=4)	1 (6,25)	3 (8,3)	> 0,05
Nông dân (n=9)	4 (25)	5 (13,9)	
Lao động tự do (n=22)	6 (37,5)	16 (44,4)	
Không nghề (n=17)	5 (31,25)	12 (33,3)	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm H.pylori cao nhất ở nhóm lao động tự do là 37,5%, thấp nhất là nhóm công nhân viên chức, hưu trí chiếm 6,25%, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.7: Vị trí tổn thương thực quản – dạ dày – tá tràng ở đối tượng nghiên cứu

Tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1. Viêm thực quản trào ngược	10	19,2
Viêm thực quản trào ngược	6	60
Viêm thực quản + Giãn tĩnh mạch thực quản	4	40

2. Viêm dạ dày	28	53,9
Hang vị	20	71,4
Hang vị + phình vị	6	21,4
Phình vị	2	7,2
3. Viêm dạ dày và tá tràng	8	15,3
Hang vị và hành tá tràng	8	100
4. Viêm + loét	6	11,5
Loét hang vị + hành tá tràng	4	66,7
Hành tá tràng	2	33,3

Nhận xét: Trong 52 bệnh nhân nghiện rượu tham gia nghiên cứu ghi nhận tình trạng viêm thực quản trào ngược chiếm 19,2%; viêm dạ dày chiếm 53,9%; 15,3% viêm dạ dày – tá tràng; 11,5% bệnh nhân có kết hợp viêm và loét.

Bảng 3.8: Tỷ lệ tổn thương theo nhóm tuổi ở đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Viêm thực quản trào ngược Giãn tĩnh mạch thực quản		Viêm dạ dày		Viêm dạ dày – hành tá tràng		Viêm kết hợp loét	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	10	19,2	28	53,9	8	15,3	6	11,5
40 - 49	1	10	4	14,3	1	12,5	0	0
50 - 59	4	40	9	32,1	3	37,5	3	50
≥60	5	50	15	53,6	4	50	3	50

Nhận xét: Tỷ lệ các loại tổn thương đều gặp nhiều ở hai nhóm tuổi 50-59 và trên 60 tuổi.

Bảng 3.9: Tỷ lệ tổn thương thực quản - dạ dày – tá tràng (TQ-DD-TT) theo nghề nghiệp ở đối tượng nghiên cứu

Nhóm nghề	Viêm TQ		Viêm dạ dày		Viêm DD-TT		Viêm kết hợp loét	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	10	19,2	28	53,9	8	15,3	6	11,5
Công nhân, viên chức, hưu trí	0	0	2	7,2	1	12,5	1	16,7
Nông dân	2	20	5	17,8	1	12,5	1	16,7
Lao động tự do	5	50	14	50	2	25	1	16,7
Không nghề	3	30	7	25	4	50	3	50

Nhận xét: Tỷ lệ viêm thực quản và viêm dạ dày gặp nhiều ở nhóm lao động tự do, trong khi tỷ lệ viêm dạ dày – tá tràng và viêm kết hợp loét gặp nhiều ở nhóm không nghề.

Bảng 3.10: Mối liên quan giữa viêm thực quản trào ngược với nhiễm H.Pylori

Viêm thực quản trào ngược	Nhiễm HP	Không nhiễm HP	OR 95%CI	P
Có viêm	1	9	0,2	0,14
Không viêm	15	27	0,2 – 1,7	

Nhận xét: Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa viêm thực quản trào ngược và nhiễm H.pylori ($p > 0,05$)

Bảng 3.11: Mối liên quan giữa tình trạng viêm dạ dày với nhiễm *H.pylori*

Loại tổn thương		Nhiễm HP	Không nhiễm HP	OR 95%CI	P
Phù nề xung huyết	Có	2	8	0,5	0,4
	Không	14	28	0,09 – 2,6	
Trợt phẳng	Có	3	13	1,15	0,85
	Không	6	30	0,25 – 5,33	
Trợt lõm	Có	5	11	5,00	0,047
	Không	3	33	1,02 – 24,4	
Chấm chảy máu	Có	2	14	0,59	0,54
	Không	7	29	0,1 – 3,22	

Nhận xét: Bệnh nhân bị viêm dạ dày dạng trợt lõm có nguy cơ nhiễm *H.pylori* cao gấp 5 lần so với nhóm bệnh nhân không viêm dạ dày dạng trợt lõm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.12: Mối liên quan giữa tình trạng viêm dạ dày – tá tràng kết hợp loét với nhiễm *H.pylori*

Loại tổn thương		Nhiễm HP	Không nhiễm HP	OR 95%CI	P
Loét cấp	Có	3	1	8,0	0,08
	Không	13	35	0,77 – 84,8	
Loét liên sọc	Có	1	1	2,3	0,55
	Không	15	35	0,14 – 39,8	

Nhận xét: Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa viêm loét cấp và viêm loét liên sọc dạ dày – tá tràng và nhiễm *H.pylori* ở đối tượng nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân nghiện rượu gấp 100% là nam giới phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước như Nguyễn Thị Dụ [4]. Độ tuổi trung bình là $59,9 \pm 9,7$, trong đó 2 nhóm từ 60 tuổi và 50-59 tuổi chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 52% và 36,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Song Thao [3]. Tỷ lệ nghiện rượu ở khu vực nông thôn cao (65,4%), ở nhóm nghề tự do (42,3%), nhóm không nghề (32,7%), nông dân (17,3%) tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Phát Đạt và cộng sự [5].

Thời gian uống rượu trên 20 năm có tỷ lệ cao nhất 42,3% tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Song Thao [3]. Số lượng uống 500-1000ml/ngày chiếm 57,7%. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Song Thao (2008) cũng cho thấy lượng rượu uống trung bình của bệnh nhân là 460 ml/ngày, lượng rượu uống nhiều nhất là 1000 ml/ngày [3].

4.2. Tỷ lệ nhiễm *H.pylori* ở đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nhiễm *H.pylori* ở bệnh nhân nghiện rượu không cao (30,8%), kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Bạch Thái Dương (2022) [6]. Nhóm tuổi nhiễm

H.pylori cao nhất là trên 60 tuổi với tỷ lệ 56,25%, thấp nhất là nhóm tuổi 40-49 (12,5%) với ($p > 0,05$), độ tuổi nhiễm H.pylori trong nghiên cứu này có xu hướng tăng cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Huyền [7]. Tỷ lệ nhiễm H.pylori cao ở các nhóm nghề lần lượt là lao động tự do (37,5%), không nghề (31,25%), nông dân (25%), thấp nhất là nhóm công nhân viên chức và hưu trí (6,25%) ($p > 0,05$).

4.3. Hình ảnh nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng ở đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận viêm thực quản trào ngược chiếm 19,2%, viêm dạ dày chiếm 53,9%, viêm dạ dày – hành tá tràng chiếm 15,3%, viêm kết hợp loét chiếm 11,5%. Như vậy bệnh lý viêm dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất, điều này chứng tỏ bệnh nhân tới khám và điều trị sớm và chưa diễn tiến đến loét. Kết quả viêm dạ dày đơn thuần (53,9%) thấp hơn so với nghiên cứu của Bạch Thái Dương (97,4%) [6].

Vị trí tổn thương trên nội soi ở bệnh nhân nghiện rượu nhiều nhất là vùng hang vị, sau đó tới thực quản và hành tá tràng, kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Bạch Thái Dương và cộng sự [6]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra vị trí hang vị là nơi cư trú chủ yếu của H.pylori, vì vậy vùng hang vị hay bị viêm nhiều nhất do hoạt động của H.pylori.

Ngoài ra, ở nhóm tuổi từ 50-59 và trên 60 tuổi, cùng với các nhóm nghề lao động tự do, không nghề, nông dân có tỷ lệ tổn thương trên hình ảnh nội soi cao hơn các độ tuổi và nhóm nghề khác, điều này cũng có thể giải thích được khi mức độ nghiện rượu của các nhóm tuổi và nhóm nghề này cao hơn.

Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy, không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê

giữa viêm thực quản trào ngược và nhiễm H.pylori ($p > 0,05$). Liên quan giữa bệnh viêm thực quản trào ngược và nhiễm H.pylori vẫn còn là một vấn đề có nhiều tranh luận. Trong một nghiên cứu của Nguyễn Trọng Trình cho thấy với những bệnh nhân trào ngược dịch mật thì có tới 72% số bệnh nhân có nhiễm H.pylori [8]. Bệnh nhân bị viêm dạ dày dạng trợt lồi có nguy cơ nhiễm H.pylori cao gấp 5 lần so với nhóm bệnh nhân không viêm dạ dày dạng trợt lồi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa viêm dạ dày dạng phù nề xung huyết, trợt phẳng, chấm chảy máu với nhiễm H.pylori, kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Huyền [7]. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa viêm loét cấp và viêm loét liên sẹo dạ dày – tá tràng và nhiễm H.pylori ở đối tượng nghiên cứu, kết quả này có phần tương tự về tổn thương viêm loét liên sẹo với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Huyền [7]. Chúng ta có thể thấy, H. Pylori đóng vai trò chủ yếu trong nguyên nhân sinh bệnh viêm loét dạ dày - hành tá tràng, tuy nhiên vẫn còn các yếu tố bệnh sinh khác đóng vai trò hoặc độc lập hoặc liên kết với H. Pylori gây loét hành tá tràng, ở những đối tượng nghiên cứu này có thể là rượu, rượu làm tăng tiết acid dạ dày do phá hủy lớp màng ngăn dạ dày, phá hủy lớp chất nhày bảo vệ niêm mạc dạ dày.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 52 bệnh nhân nghiện rượu đến nội soi tiêu hoá tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 1/1/2023-31/10/2023 chúng tôi rút ra kết luận sau:

Tỷ lệ nghiện rượu gấp 100% ở nam giới, bệnh nhân ở độ tuổi trên 50 tuổi, ở khu vực nông thôn, làm nghề tự do và không nghề

chiếm tỷ lệ cao.

Tỷ lệ nhiễm H.pylori ở bệnh nhân nghiện rượu chiếm 30,8%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo nhóm tuổi và nhóm nghề.

Trên hình ảnh nội soi, tổn thương chủ yếu là viêm dạ dày 53,9% (viêm nhiều vùng hang vị). Bệnh nhân có độ tuổi từ 50 tuổi trở lên, làm nghề tự do, không nghề, nông dân có tỷ lệ tổn thương trên hình ảnh nội soi cao.

Bệnh nhân bị viêm dạ dày dạng trợt lồi có nguy cơ nhiễm H.pylori cao gấp 5 lần so với nhóm bệnh nhân không viêm dạ dày dạng trợt lồi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.173.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đô.** Khảo sát sự tương quan giữa mức độ tổn thương viêm dạ dày theo phân loại Sydney cải tiến với tình trạng nhiễm Helicobacter pylori, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 2017 (3): 142 – 148.
2. **Lưu Bích Ngọc, Nguyễn Thị Thiêng.** Tiêu dùng rượu bia ở Việt Nam, một số kết quả điều tra quốc gia, Nhà xuất bản đại học Kinh Tế Quốc Dân 2018: 64 - 67.
3. **Nguyễn Thị Song Thao.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan có nghiện rượu, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội 2008.
4. **Nguyễn Trung Cấp, Nguyễn Thị Dụ.** Các bệnh lý cấp tính ở người nghiện rượu tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Bạch Mai, Y học Việt Nam tập 2005 (306): 18 - 25.
5. **Trần Phát Đạt và cộng sự.** Nghiên cứu về thực trạng lạm dụng rượu bia và các yếu tố liên quan ở nam giới tại Phường Thới An, Quận Ô Môn, Thành Phố Cần Thơ năm 2021, Tạp chí Y Dược Cần Thơ 2022 (3): 178-180.
6. **Bạch Thái Dương và cộng sự.** Khảo sát hình ảnh nội soi và tình hình nhiễm Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm loét dạ dày – tá tràng tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Tạp chí Y Dược Cần Thơ 2023 (56):37-44.
7. **Nguyễn Thị Ngọc Huyền và cộng sự.** Tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori ở bệnh nhân đến nội soi thực quản dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, Tạp chí Nội Khoa Việt Nam, số 2021(21).
8. **Nguyễn Trọng Trình.** Áp dụng tiêu chuẩn Sydney cải tiến trong phân loại viêm dạ dày mạn tính, luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội 2015.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2022 - 2023

Cáp Minh Đức¹, Ngô Ngọc Hà¹, Trần Thị Thuý Hà¹,
Nguyễn Bá Phước², Nguyễn Thị Thùy Ngân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 100 bệnh nhân đái tháo đường typ 2, thời gian nghiên cứu từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023. Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp và đo lường các chỉ số nhân trắc học. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nam, nữ lần lượt là 44,0% và 56,0%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $66,0 \pm 13,1$ tuổi. Theo chỉ số BMI, tỷ lệ bệnh nhân thiếu cân là 7,0%; bình thường là 43,0%; thừa cân là 29,0%; béo phì độ I là 20,0% và béo phì độ II là 1,0%. Theo chỉ số vòng eo và tỷ số vòng eo/vòng hông, tỷ lệ bệnh nhân béo bụng lần lượt là 58,0% và 85,0%. Theo công cụ SGA, tỷ lệ bệnh nhân không có nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) là 97,7%; nguy cơ SDD mức độ nhẹ và vừa là 2,3%. Theo công cụ MNA, tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường là 73,2%; nguy cơ SDD là 21,4% và SDD là 5,4%. **Khuyến nghị:** Nhân viên y tế cần tư vấn cho

bệnh nhân chế độ ăn, hoạt động thể lực hợp để duy trì cân nặng ở mức nên có.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, đái tháo đường, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT VIETTIEP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2022 - 2023

Objective: This study aims to describe the nutritional status of type 2 diabetes patients treated as inpatients at Viet Tiep Friendship Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 100 type 2 diabetes patients during the study period from November 2022 to May 2023. Data were collected through direct interviews and the measurement of anthropometric indicators. **Results:** The proportion of male and female patients was 44.0% and 56.0%, respectively. The mean age of patients was 66.0 ± 13.1 years old. According to the BMI index, the proportion of underweight patients was 7.0%; normal nutritional status was 43.0%; overweight was 29.0%; grade I obesity was 20.0%; and grade II obesity was 1.0%. According to waist circumference and waist-to-hip ratio, the percentage of patients with abdominal obesity was 58.0% and 85.0%, respectively. According to the SGA tool, the proportion of patients without risk of malnutrition was 97.7%; the risk of mild and moderate malnutrition was 2.3%. According to the MNA tool, the proportion of

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Kiến An

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Cáp Minh Đức

Email: minhduc.ydhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 5/3/2024

Ngày duyệt bài: 10/4/2024

patients with normal nutritional status was 73.2%; the risk of malnutrition was 21.4%, and malnutrition was 5.4%. **Recommendation:** Medical staff should advise patients on appropriate diet and physical activity to maintain a healthy weight.

Keywords: Nutritional status, diabetes, Viet Tiep Friendship Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một vấn đề mang tính toàn cầu. Theo thống kê của Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế, đến năm 2021, trên toàn thế giới có khoảng 537 triệu người trong độ tuổi từ 20 - 79 mắc bệnh ĐTĐ, con số này được dự đoán sẽ tăng lên 643 triệu người vào năm 2030 và tăng lên 783 triệu người vào năm 2045 [1].

Nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ lớn bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có vấn đề về tình trạng dinh dưỡng (TTDD). Nghiên cứu của tác giả Wakili và cộng sự (2019) trên 120 bệnh nhân tại các phòng khám ngoại trú ở Abuja, Nigeria cho thấy chỉ có 25,0% bệnh nhân có TTDD bình thường; 20,8% thừa cân và 52,5% béo phì; trong đó có 27,0% béo phì độ III theo chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index) [2]. Tại Việt Nam, theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thắm và cộng sự (2020) tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng ghi nhận 42,9% bệnh nhân thừa cân béo phì (TCBP); 6,6% suy dinh dưỡng (SDD), và 86,2% bệnh nhân có chỉ số vòng eo/vòng hông (VE/VM) cao [3].

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp là bệnh viện hạng 1, là cơ sở y tế điều trị tuyến cuối của Thành phố Hải Phòng, mỗi năm điều trị nội trú cho khoảng 1500 bệnh nhân ĐTĐ.

Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa TTDD và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 [4]. Do đó đánh giá TTDD ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 là rất cần thiết. Câu hỏi đặt ra là TTDD của bệnh nhân ĐTĐ týp 2 điều trị nội trú tại đây như thế nào? Để trả lời cho câu hỏi này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả TTDD của bệnh nhân ĐTĐ týp 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2022 - 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ĐTĐ týp 2 điều trị nội trú. Lựa chọn bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ bệnh nhân không thể trả lời được câu hỏi phỏng vấn do mắc bệnh cấp tính, biến chứng nặng hoặc mắc các bệnh lý về tâm thần hoặc do tuổi già...

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Nội 3 Thận - Nội tiết, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng. Thời gian nghiên cứu từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023. Thời gian lấy số liệu từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 1 năm 2023.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ, sử dụng sai số tuyệt đối:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó, n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu. Z là hệ số tin cậy phụ thuộc vào ngưỡng xác suất α (chọn $\alpha = 0,05$ với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$). p là tỷ lệ TCBP của bệnh nhân ĐTĐ. Lấy p = 0,429 theo kết

quả nghiên cứu trước [3]. d là mức sai số tuyệt đối chấp nhận (chọn $d = 0,05$). Tính được cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 94. Thực tế chúng tôi triển khai nghiên cứu trên 100 bệnh nhân.

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả bệnh nhân ĐTĐ týp 2 điều trị nội trú tại Khoa Nội 3, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, Hải Phòng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.6. Biến số nghiên cứu

Thông tin chung của bệnh nhân (tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh); chỉ số nhân trắc học (cân nặng, chiều cao, vòng eo, vòng hông); các biến số theo công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng SGA và MNA.

Tiêu chuẩn đánh giá:

Đánh giá TTDD theo chỉ số BMI: Theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2022 [5].

Đánh giá chỉ số vòng eo, tỷ lệ VE/VM: Theo tiêu chuẩn của WHO năm 2008: Bệnh nhân được đánh giá béo bụng khi có chỉ số vòng eo ≥ 90 cm ở nam và ≥ 80 cm ở nữ hoặc $VE/VM \geq 0,9$ ở nam, $\geq 0,8$ ở nữ [6].

Đánh giá nguy cơ dinh dưỡng theo công cụ SGA (Subjective Global Assessment - Công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng chủ quan toàn diện): Sử dụng để đánh giá nguy cơ dinh dưỡng cho người ≤ 65 tuổi. TTDD của bệnh nhân được phân loại như sau: SGA-A: Không có nguy cơ SDD. SGA-B: Nguy cơ SDD mức độ nhẹ hoặc vừa. SGA-C: Nguy cơ SDD mức độ nặng [7].

Đánh giá nguy cơ dinh dưỡng theo công cụ MNA (Mini Nutritional Assessment - Công cụ đánh giá dinh dưỡng tối thiểu): Sử

dụng để đánh giá nguy cơ dinh dưỡng cho người > 65 tuổi. TTDD bình thường 12 - 14 điểm; nguy cơ SDD 8 - 11 điểm; SDD 0 - 7 điểm [8].

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Phương pháp phỏng vấn trực tiếp: Phỏng vấn trực tiếp tại buồng bệnh để thu thập các thông tin của bệnh nhân. Thăm khám lâm sàng: Khám phù, teo cơ, mất lớp mỡ dưới da, cổ chướng... Điều tra viên là sinh viên Y học dự phòng năm thứ 6, điều tra viên tiến hành phỏng vấn kết hợp thăm khám lâm sàng dưới sự hỗ trợ của các bác sĩ lâm sàng tại Khoa Nội 3, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, Hải Phòng. Phương pháp nhân trắc học: Tiến hành đo các chỉ số nhân trắc học của bệnh nhân: Cân nặng, chiều cao, vòng eo, vòng hông.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm STATA 17. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả: Các giá trị biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất; các giá trị biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt theo quyết định số 2811/QĐ-YDHP, và được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo Khoa Nội 3 Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu và đồng thuận tham gia nghiên cứu. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân (n = 100)

Thông tin	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	44
	Nữ	56
Nhóm tuổi	< 50 tuổi	13
	50 - 59 tuổi	14
	60 - 69 tuổi	34
	70 - 79 tuổi	22
	≥ 80 tuổi	17
	X ± SD: 66,0 ± 13,1 Min - Max: 33 - 94 tuổi	
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	27
	5 - 10 năm	30
	> 10 năm	43
	X ± SD: 11,0 ± 8,5 Min - Max: 1 - 40 năm	

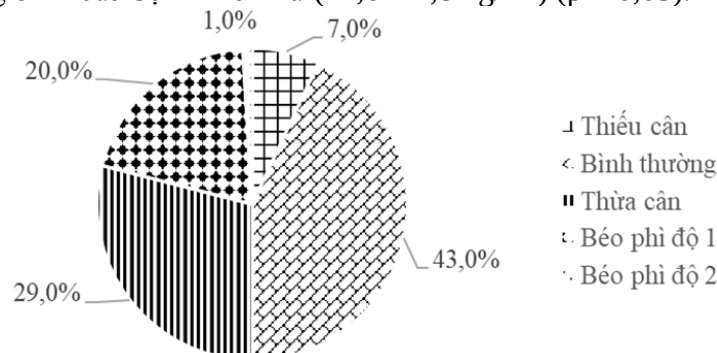
Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam là 44,0%, bệnh nhân nữ là 56,0%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 66 tuổi; tuổi thấp nhất là 33 tuổi, cao nhất là 94 tuổi. Nhóm tuổi từ 60 - 69 chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,0%, thấp nhất là nhóm tuổi < 50 tuổi (chiếm 13,0%).

Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm là cao nhất với 43,0%; thấp nhất là mắc bệnh dưới 5 năm là 27,0%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 11 năm, thời gian mắc bệnh ít nhất là 1 năm và nhiều nhất là 40 năm.

Bảng 2. Cân nặng, BMI trung bình của bệnh nhân (n = 100)

Chỉ số	Nam X ± SD (Min - Max)	Nữ X ± SD (Min - Max)	Chung X ± SD (Min - Max)	P
Cân nặng (kg)	64,6 ± 8,2 38,0 - 78,0	53,6 ± 7,4 38,0 - 72,0	58,4 ± 9,5 38,0 - 78,0	< 0,05
BMI (kg/m ²)	23,0 ± 2,8 14,8 - 27,6	22,6 ± 2,8 16,9 - 30,8	22,79 ± 2,8 14,8 - 30,8	> 0,05

Nhận xét: Cân nặng trung bình của bệnh nhân là 58,4 ± 9,5kg. BMI trung bình của bệnh nhân là 22,79 ± 2,8 kg/m², trong đó BMI trung bình của bệnh nhân nam (23,0 ± 2,8 kg/m²) cao hơn BMI trung bình của bệnh nhân nữ (22,6 ± 2,8 kg/m²) (p > 0,05).

**Hình 1. Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số BMI (n = 100)**

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân thiếu cân là 7,0%; TTDD bình thường là 43,0%; thừa cân là 29,0%; béo phì độ I là 20,0% và béo phì độ II là 1,0%.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số vòng eo, tỷ số vòng eo/vòng hông (n = 100)

Chỉ số		Nam		Nữ		Chung		p
		n	%	n	%	n	%	
Vòng eo	Bình thường	23	52,3	19	33,9	42	42,0	-
	Béo bụng	21	47,7	37	66,1	58	58,0	-
	$X \pm SD$ (cm)	$90,5 \pm 7,9$		$85,4 \pm 12,3$		$87,63 \pm 10,8$		< 0,05
VE/VM	Bình thường	7	15,9	8	14,3	15	15,0	-
	Béo bụng	37	84,1	48	85,7	85	85,0	-

VE/VM: Vòng eo/vòng hông

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân béo bụng là 58,0%, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ béo bụng lần lượt là 47,7% và 66,1%. Theo tỷ số VE/VM, tỷ lệ bệnh nhân béo bụng là 85,0%, tỷ lệ bệnh nhân nam, nữ béo bụng lần lượt là 84,1% và 85,7%.

Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng theo công cụ SGA, MNA

Tình trạng dinh dưỡng		Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
SGA (n=44)	Không có nguy cơ suy dinh dưỡng (SGA-A)	22	95,6	21	100	43	97,7
	Nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nhẹ và vừa (SGA-B)	1	4,4	0	0	1	2,3
MNA (n=56)	Bình thường	17	80,9	24	68,6	41	73,2
	Nguy cơ suy dinh dưỡng	3	14,3	9	25,7	12	21,4
	Suy dinh dưỡng	1	4,8	2	5,7	3	5,4

Nhận xét: Theo công cụ SGA, tỷ lệ bệnh nhân không có nguy cơ SDD là 97,7%. Tỷ lệ bệnh nhân nguy cơ SDD mức độ nhẹ và vừa là 2,3%. Theo công cụ MNA, tỷ lệ bệnh nhân có TTDD bình thường là 73,2%; nguy cơ SDD là 21,4% và tỷ lệ bệnh nhân SDD là 5,4%.

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá dinh dưỡng theo chỉ số BMI: BMI là phương pháp đánh giá dinh dưỡng đơn giản, thực hiện dễ dàng và hiệu quả cao. Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ số BMI trung bình của bệnh nhân là $22,79 \pm 2,8$ kg/m². Theo chỉ số BMI, tỷ lệ bệnh nhân thiếu cân là 7,0%, TTDD bình thường là 43,0%, thừa cân là 29,0%, béo phì độ I là 20,0% và béo phì độ II là 1,0%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trọng Hưng và cộng sự (2019-2020) tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, tỷ lệ TCBP là 49,5% [9] và nghiên cứu của tác giả Trần Thị Lan Hương và cộng sự (2021-2022) tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam có tỷ lệ TCBP là 53,2% [10]. Tỷ lệ

bệnh nhân TCBP trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Ekhlash Saleh Ebead Mohammed và cộng sự (2019) tại Trung tâm Y tế Aboudah bang Khartoum, tỷ lệ TCBP là 45,0% [11].

Đánh giá TTDD theo chỉ số vòng eo, vòng hông: Chỉ số VE/VM là một yếu tố có giá trị để đánh giá tình trạng béo bụng và là phương pháp xác định sự phân bố mỡ trên cơ thể, bổ sung sự thiếu hụt cho khái niệm chỉ số khối cơ thể BMI, vì BMI phản ánh mối quan hệ giữa chiều cao và cân nặng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy theo chỉ số vòng eo, tỷ lệ bệnh nhân béo bụng là 58,0%, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ béo bụng lần lượt là 47,7% và 66,1%. Theo tỷ số VE/VM, tỷ lệ

bệnh nhân béo bụng là 85,0%, tỷ lệ bệnh nhân nam, nữ béo bụng là 84,1% và 85,7%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trọng Hưng và cộng sự (2019 - 2020) tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương cho thấy tỷ lệ bệnh nhân béo bụng theo chỉ số vòng eo, VE/VM lần lượt là 53,3%, 88,9% [8] và tác giả Đồng Thị Phương và cộng sự (2020) tại Bệnh viện Đa khoa Đông Anh Hà Nội cho thấy tỷ lệ bệnh nhân béo bụng theo tỷ số VE/VM là 87,7% [12].

Đánh giá dinh dưỡng theo công cụ SGA, MNA: Công cụ đánh giá tổng thể SGA và MNA hiện nay được nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam sử dụng để đánh giá TTDD cho người bệnh. Cả hai công cụ này đều có thể đánh giá người bệnh trong suốt quá trình mắc bệnh bao gồm: Thay đổi về cân nặng, biểu hiện của tình trạng dinh dưỡng kém, những đánh giá về lâm sàng của thầy thuốc [7-8]. Nghiên cứu của chúng tôi có 44 bệnh nhân ≤ 65 tuổi, theo công cụ SGA tỷ lệ bệnh nhân không có nguy cơ SDD (SGA-A) là 97,7% và tỷ lệ bệnh nhân nguy cơ SDD mức độ nhẹ và vừa (SGA-B) là 2,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ SDD trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị Ngọc Huyền và cộng sự (2020) tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, tỷ lệ người bệnh không có nguy cơ dinh dưỡng (SGA-A), nguy cơ dinh dưỡng mức độ vừa (SGA-B), nguy cơ dinh dưỡng mức độ nặng (SGA-C) lần lượt là 85,5%, 13,3% và 1,2% [13]; nghiên cứu của tác giả Dương Thanh Tịnh và cộng sự (2022) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định cho thấy theo công cụ SGA có 81,6% người bệnh SGA-A và 18,4% SGA-B [11] và nghiên cứu của tác giả Lâm Khắc Kỳ và cộng sự (2022) tại Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022, tỷ lệ

bệnh nhân có nguy cơ SDD theo công cụ SGA là rất cao (90,0%) [14]. Chúng tôi đánh giá TTDD theo công cụ MNA trên tổng số 56 bệnh nhân > 65 tuổi, kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có TTDD bình thường là 73,2%, nguy cơ SDD là 21,4% và tỷ lệ bệnh nhân SDD là 5,4%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Thanh Tâm và cộng sự (2017) nghiên cứu tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có TTDD bình thường 55,4%, nguy cơ SDD 39,2%, SDD 5,4% theo công cụ MNA [15].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 100 bệnh nhân đái tháo đường tít 2 điều trị nội trú tại Khoa Thận - Nội Tiết, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, Hải Phòng, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thừa cân, béo phì, béo bụng là khá cao. Nhân viên y tế cần tư vấn cho bệnh nhân chế độ ăn, hoạt động thể lực hợp để duy trì cân nặng ở mức nên có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation.** IDF Diabetes Atlas 2022 Reports. Access date 23/11/2022. <https://diabetesatlas.org/2022-reports/>.
2. **Wakili, Kulu, Anjuwon, et al.** Assessment of Nutritional Status and Dietary Pattern of Diabetes Patients Attending Out-patient Clinics in Abuja Metropolis, Federal Capital Territory. International Journal of Biochemistry Research & Review (2019), 28(1): p1-9
3. **Nguyễn Thị Thắm, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh, Nguyễn Xuân Thành và cộng sự.** Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm khẩu phần của bệnh nhân đái tháo đường điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm

2020. Tạp chí Y học dự phòng (2021), 31(1): p58-65.
4. **Park S, Jung S, Yoon H.** The role of nutritional status in the relationship between diabetes and health-related quality of life. *Nutr Res Pract* (2022), 16(4): p505-516
 5. **Bộ Y tế.** Quyết định 2892/QĐ-BYT ngày 22 tháng 10 năm 2022 về Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì” do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành. Hà Nội.
 6. **World Health Organization.** Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008.
 7. **Detsky A.S., McLaughlin J.R., Baker J.P., et al.** What is subjective global assessment of nutritional status?. *JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* (1987), 11(1): p8-13.
 8. **Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, et al.** The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition* (1999), 15(2): p116-122.
 9. **Nguyễn Trọng Hưng, Vũ Thị Lan Phương, Phan Hương Dương.** Tình trạng dinh dưỡng người bệnh Đái tháo đường type 2 khi nhập viện tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương, năm 2019-2020. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm* (2020), 16(2): p120-127.
 10. **Trần Thị Lan Hương, Phạm Văn Phú, Đinh Thị Thanh Huyền và cộng sự.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 được quản lý tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2021-2022. *Tạp chí Y học cộng đồng* (2022), 63(4).
 11. **Mohammed ESE.** Nutritional status and Food consumption Pattern of Type 2 Diabetic Patients in Aboudah Health Center, Kerri Locality, Khartoum State, Sudan. *East African Scholars Journal of Medical Sciences* (2019), 2(10): p569-576.
 12. **Đông Thị Phương, Hoàng Thị Thúy, Nguyễn Trọng Hưng và cộng sự.** Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Đông Anh, Hà Nội năm 2020. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* (2021), 144(8): p91-99.
 13. **Trịnh Thị Ngọc Huyền, Nguyễn Thị Hương Lan, Phan Hương Dương và cộng sự.** Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương năm 2020. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm* (2021), 17(1): p40-48.
 14. **Lâm Khắc Kỷ, Bùi Ngân Giang, Phạm Thị Thùy Trinh và cộng sự.** Tình trạng dinh dưỡng của 50 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 nội trú ở Bệnh viện Thống Nhất năm 2022. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm* (2022), 18(3+4): p63-69.
 15. **Hồ Thị Thanh Tâm.** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và thực trạng thực hiện chế độ ăn của bệnh nhân đái tháo đường typ 2 đang điều trị ở Bệnh viện Lão khoa trung ương năm 2017. Khóa luận tốt nghiệp Cử nhân Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU BẢO CHẾ VI NANG BERBERIN CLORID BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁCH PHA ĐÔNG TỤ

Vũ Thị Quỳnh¹, Mai Việt Linh¹,
Nguyễn Thanh Tâm¹, Ngô Thị Quỳnh Mai¹

TÓM TẮT

Vi nang mang berberin clorid được bào chế bằng phương pháp tách pha đông tụ sử dụng natri alginate. Sau khi ngâm trương nở tạo gel natri alginate trong nước đã hòa tan được chất thì phân tán đều tá dược tinh bột mỳ. Nhỏ hỗn dịch thu được vào trong dung dịch CaCl_2 và ủ trong thời gian thích hợp tạo vi nang. Đề tài đã khảo sát và lựa chọn các thông số thuộc về công thức và quy trình bào chế: nồng độ natri alginat 3%, nồng độ berberin clorid 0,6%, tá dược độn tinh bột sắn 6%, môi trường đông tụ sử dụng CaCl_2 nồng độ 4%, thời gian ủ vi nang là 20 phút. Vi nang thu được có hình cầu, tròn đều, kích thước trung bình $2,079 \pm 0,101$ mm, hàm ẩm đạt $3,75 \pm 0,50$ (%), hiệu suất vi nang hóa là $66,52 \pm 0,02$ (%) và hàm lượng dược chất trong vi nang là $4,11 \pm 0,04$ (%).

Từ khóa: vi nang; berberin

SUMMARY

PREPARATION OF BERBERIN CLORID MICROCAPSULES BY IONS- INDUCED GELATION OF ALGINATE

Microcapsules containing berberin clorid were prepared by Ca^{2+} -induced gelation of

alginate and characterized by appearance, encapsulation efficiency, drug content. Sodium alginate was dissolved in a drug solution and starch ingredient was dispersed in this solution. The suspensions were dropped into CaCl_2 solution and microcapsules were hardened. The formulation of microcapsules contains: 3% sodium alginate; 0,6% berberin clorid; 6% starch ingredient; 4% CaCl_2 solution; 20 mins for the curing process. The microcapsules were spherical. The average particle size was $2,079 \pm 0,101$ mm; the moisture content of microcapsules was $46 \pm 0,06$ %. The encapsulation efficiency was $66,52 \pm 0,02$ (%); the content of berberin was $4,11 \pm 0,04$ (%).

Keywords: microcapsules; berberin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống phân phối thuốc giải phóng tại đại tràng sử dụng đường uống ngày càng được quan tâm do khả năng mang thuốc để điều trị tại chỗ các bệnh liên quan đến đại tràng, giúp tăng cường sự hấp thu thuốc tại cơ quan đích, giảm các tác dụng không mong muốn của thuốc trên các mô khỏe mạnh, do đó giảm liều, giảm tác dụng không mong muốn [1]. Vi nang với lợi thế là kích thước nhỏ, dễ dàng đi qua đường tiêu hóa trên, bảo vệ dược chất dưới tác động của môi trường như acid, enzym, đồng thời dạng tiểu phân hình cầu thuận tiện cho việc bao trên bề mặt vi nang các lớp bao với nhiều mục đích (bảo vệ, giải phóng tại đích, giải phóng có kiểm

¹Khoa Dược học - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Quỳnh

Email: vtquynh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2024

Ngày duyệt bài: 2/5/2024

soát..) [2,3]. Berberin-một alkaloid có nguồn gốc từ thực vật, là một thuốc không những có tác dụng trong điều trị tiêu chảy do vi khuẩn, nhiễm kí sinh trùng đường ruột mà còn là một hoạt chất tiềm năng trong điều trị một số bệnh đại tràng [4,5,6].

Với mục đích bào chế được dạng thuốc vi nang hướng giải phóng tại đại tràng chứa được chất tan tốt trong nước berberin clodrid, đề tài “Nghiên cứu bào chế vi nang berberin clorid bằng phương pháp tách pha đông tụ” được thực hiện với mục tiêu sau: ***Xây dựng công thức và quy trình bào chế vi nang berberin clorid bằng phương pháp tách pha đông tụ sử dụng natri alginate.***

II. NGUYÊN LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên liệu

Berberin clorid (BBR) (Trung Quốc, TC NSX), Natri alginate (ALG) (Trung Quốc - TC NSX). Tinh bột sắn, canxi clorid dihydrat ($\text{CaCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$), dinatri hydrophosphat (Na_2HPO_4), kali dihydro phosphat (KH_2PO_4) và các hóa chất khác đạt tiêu chuẩn phân tích.

2.2. Thiết bị nghiên cứu

Máy quang phổ UV-VIS Agilent Cary 60; máy đo pH, máy khuấy từ, tủ sấy Froilabo và các thiết bị khác.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp bào chế vi nang berberin bằng phương pháp tách pha đông tụ

- Hỗn hợp nhỏ giọt: Cân chính xác một lượng BBR, hòa tan hoàn toàn trong 50 ml nước cất. Cân chính xác một lượng ALG, phân tán vào dung dịch được chất trên, khuấy trộn bằng máy khuấy từ đến khi tạo

gel đồng nhất. Tinh bột sắn nghiền, rây qua rây 125 μm , cân một lượng chính xác, phân tán đều vào dung dịch gel vừa thu được trên máy khuấy từ đến khi tinh bột sắn phân tán đều tạo thành hỗn dịch đồng nhất.

- Chuẩn bị một trường đông tụ: Hòa tan CaCl_2 vào 100 ml nước tinh khiết.

- Tạo vi nang: Nhỏ từng giọt hỗn dịch trên vào dung dịch CaCl_2 bằng bơm tiêm (đầu bơm tiêm 2,0 mm, tốc độ nhỏ giọt khoảng 5 ml/phút). Ủ nhân vi nang bằng cách để yên trong dung dịch CaCl_2 trong một khoảng thời gian xác định để quá trình đông tụ xảy ra hoàn toàn. Lọc thu lấy vi nang, rửa bằng nước cất để loại sạch CaCl_2 bám trên bề mặt, rồi sấy ở nhiệt độ 50 °C trong 24 giờ đến độ ẩm 3–4%.

Phương pháp đánh giá vi nang

- Định lượng berberin trong vi nang bằng phương pháp quang phổ hấp thụ UV-VIS

Mẫu thử: Cân chính xác một lượng vi nang chứa khoảng 10 mg BBR cho vào bình định mức 100 ml. Thêm khoảng 80 ml đệm phosphate pH 6,8, để nhân vi nang trương nở hoàn toàn trong 24 giờ, nhiệt độ 30–40°C. Bổ sung đệm phosphate pH 6,8 đến vạch, lắc đều đến khi BBR được hòa tan hoàn toàn vào môi trường. Lọc bỏ cặn và pha loãng dịch lọc bằng đệm phosphate pH 6,8 đến nồng độ thích hợp. Mẫu chuẩn: Cân chính xác khoảng 10 mg BBR, hòa tan bằng đệm phosphate pH 6,8 trong bình định mức 100 ml thu được dung dịch chuẩn gốc có nồng độ khoảng 100 $\mu\text{g/ml}$. Pha loãng dung dịch chuẩn gốc thành các dung dịch chuẩn bằng đệm phosphate pH 6,8 đến nồng độ thích hợp. Tiến hành đo quang phổ hấp thụ UV-

VIS để định lượng hàm lượng BBR trong mẫu thử.

Hàm lượng BBR trong vi nang sau sấy được tính theo công thức:

$$\text{Hàm lượng (HL) (\%)} = \frac{A_t.D_t.m_c}{A_c.D_c.m_t} \cdot 100\%$$

Trong đó:

- m_t, m_c : Lần lượt là khối lượng mẫu thử và mẫu chuẩn (mg).

- A_t, A_c : Lần lượt là độ hấp thụ quang của dung dịch thử và dung dịch chuẩn.

- D_t, D_c : Lần lượt là độ pha loãng của mẫu thử và mẫu chuẩn.

- Hiệu suất vi nang hóa (HSVNH)

Hiệu suất vi nang hóa được tính toán theo công thức:

$$\text{HSVNH (\%)} = \frac{m_{ss}.HL}{m_{bd}} \cdot 100\%$$

Trong đó:

- HSVNH: Hiệu suất vi nang hóa (%)

- HL: Hàm lượng BBR trong vi nang (%)

- m_{ss} : Tổng khối lượng vi nang sau sấy (mg)

- m_{bd} : Tổng lượng BBR ban đầu đã sử dụng (mg);

- Đánh giá hình thức nhân vi nang: Quan sát hình dạng, bề mặt nhân vi nang bằng mắt thường. Vi nang đạt yêu cầu khi: hình cầu, bề mặt nhẵn, màu vàng và đồng đều về kích thước.

- Xác định kích thước nhân vi nang: Lấy 20 nhân vi nang bất kỳ rồi tiến hành đo đường kính, sử dụng thước kẹp (có độ chính xác đến 0,02 mm). Kích thước nhân vi nang được tính theo công thức:

$$X_{tb} \text{ (mm)} = \frac{\sum X_i}{20}$$

Trong đó, X_{tb} : Kích thước trung bình của nhân vi nang (mm); X_i : Kích thước nhân vi nang thứ i (mm)

Xác định hàm ẩm: bằng phương pháp mất khối lượng do làm khô.

Phương pháp xử lý số liệu

Mỗi thí nghiệm làm 3 lần và lấy kết quả trung bình (TB) $\pm$ độ lệch chuẩn (SD).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Công thức ban đầu được lựa chọn để bào chế vi nang BBR được thể hiện ở bảng 1.

Bảng 1. Công thức ban đầu bào chế vi nang berberin

	Thành phần	Lượng sử dụng
Hỗn hợp nhỏ giọt	BBR	0,2% (kl/tt)
	ALG	Khảo sát
	Tinh bột sắn	4% (kl/tt)
	Nước cất	50 ml
Môi trường đông tụ	CaCl ₂	2% (kl/tt)
	Nước cất	100 ml

Các thông số quy trình ban đầu là:

- Thời gian ủ: 20 phút

- Không khuấy trộn môi trường đông tụ.

Khảo sát nồng độ natri alginate

Tiến hành bào chế các công thức vi nang

có nồng độ ALG thay đổi từ 1–4%. Vi nang được đánh giá qua các đặc tính: hình thức; HSVNH và hàm lượng BBR. Kết quả thu được thể hiện ở bảng 2

Bảng 2. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của nồng độ natri alginate ($n = 3$; $TB \pm SD$)

Công thức	CT1	CT2	CT3	CT4
Nồng độ natri alginate	1%	2%	3%	4%
Hình thức cảm quan	Hạt méo mó, biến dạng, màu sắc nhợt nhạt, không đồng đều	Hạt tạo ra tương đối tròn, đều, cứng cáp	Hạt tương đối tròn, cứng cáp, không bị kéo đuôi	Hạt tạo ra tương đối tròn, kéo đuôi nhẹ như hình giọt nước
Hàm lượng dược chất (%)	$1,25 \pm 0,14$	$1,33 \pm 0,25$	$1,28 \pm 0,08$	$1,16 \pm 0,01$
Hiệu suất vi nang hóa (%)	$31,78 \pm 5,13$	$41,14 \pm 7,81$	$44,55 \pm 2,83$	$44,76 \pm 0,89$

Nhận xét: Khi tăng nồng độ ALG, HSVNH tăng, tuy nhiên ở nồng độ 4% vi nang sau sấy có hiện tượng kéo đuôi, không tròn đều. Vì vậy lựa chọn nồng độ ALG là 3% để bào chế vi nang

Khảo sát nồng độ dung dịch CaCl_2

Với nồng độ ALG 3%, tiến hành bào chế các công thức có nồng độ dung dịch CaCl_2 thay đổi từ 1–4%. Vi nang được đánh giá qua các đặc tính: hình thức; HSVNH và hàm lượng BBR. Kết quả thu được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Kết quả ảnh hưởng của nồng độ dung dịch CaCl_2 ($n = 3$, $TB \pm SD$)

Công thức	CT5	CT3	CT6	CT7
Nồng độ CaCl_2	1%	2%	3%	4%
Hình thức cảm quan	Hạt hình đĩa dẹt, lõm 2 mặt	Hạt tương đối cầu, hơi dẹt nhẹ ở phía tiếp xúc giấy lót khi sấy	Hạt tương đối cầu, đều nhau	Hạt tương đối cầu, hơi dẹt nhẹ một phía
Hàm lượng dược chất (%)	$0,92 \pm 0,08$	$1,28 \pm 0,08$	$1,18 \pm 0,06$	$1,40 \pm 0,08$
Hiệu suất vi nang hóa (%)	$30,13 \pm 2,03$	$44,55 \pm 2,83$	$41,45 \pm 1,89$	$51,28 \pm 3,73$

Nhận xét: Khi tăng nồng độ dung dịch CaCl_2 từ 1–4%, hàm lượng dược chất, HSVNH tăng và hình thức vi nang được cải thiện. Lựa chọn nồng độ dung dịch CaCl_2 là 4% để bào chế vi nang.

Khảo sát tá dược tinh bột sắn

Với nồng độ ALG 3% và dung dịch CaCl_2 4%, tiến hành bào chế các công thức vi nang với tá dược độn là tinh bột sắn có nồng độ thay đổi từ 0–8%. Vi nang được đánh giá các đặc tính: hình thức; HSVNH và hàm lượng BBR. Kết quả thu được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Kết quả khảo sát sự ảnh hưởng của tinh bột sắn ($n = 3$, $TB \pm SD$)

Công thức	CT8	CT9	CT7	CT10	CT11
Nồng độ tinh bột sắn	0%	2%	4%	6%	8%
Hình thức cảm quan	Kích thước nhỏ, móp méo không có hình dạng chung	Không cầu hoàn toàn, hơi dẹt, lõm ở giữa	Hình gần cầu, một số viên vẫn còn vết lõm nhẹ	Hình dáng tròn đều, nhẵn, các hạt tương đồng về kích thước	Hình dạng tròn đều, hơi bám bột trắng trên bề mặt
Hàm lượng dược chất	$2,63 \pm 0,06$	$1,64 \pm 0,14$	$1,40 \pm 0,08$	$1,18 \pm 0,08$	$0,64 \pm 0,06$
Hiệu suất vi nang hóa	$46,44 \pm 2,83$	$44,92 \pm 3,16$	$51,28 \pm 3,73$	$53,07 \pm 3,52$	$34,12 \pm 3,64$

Nhận xét: Khi lượng tinh bột sắn tăng, hình thức của vi nang được cải thiện, vi nang cầu và đều hơn. Khi nồng độ tinh bột tăng đến 6% và 8%, vi nang thu được có hình cầu và tương đối đồng đều, hàm lượng dược chất và HSVNH đạt cao nhất với nồng độ tinh bột sắn là 6%. Lựa chọn nồng độ tinh bột sắn là 6% cho nghiên cứu tiếp theo.

Khảo sát ảnh hưởng của thời gian ủ

Với nồng độ ALG 3%, dung dịch CaCl_2 4% và tinh bột sắn 6%, tiến hành khảo sát thời gian ủ vi nang từ 5–30 phút. Vi nang được đánh giá các đặc tính: hình thức; HSVNH và hàm lượng BBR. Kết quả thu được thể hiện ở bảng 5

Bảng 5. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của thời gian ủ ($n = 3$; $TB \pm SD$)

Công thức	CT12	CT13	CT10	CT14
Thời gian ủ	5 phút	10 phút	20 phút	30 phút
Hình thức cảm quan	Cầu tương đối, màu sắc nhạt hơn các mẫu còn lại	Tương đối tròn đều, màu sắc các viên không tương đồng	Cầu đều, bề mặt nhẵn mịn, kích thước đồng đều	Cầu đều, bề mặt nhẵn mịn
Hàm lượng dược chất	$0,88 \pm 0,01$	$0,96 \pm 0,16$	$1,18 \pm 0,08$	$1,05 \pm 0,02$
Hiệu suất vi nang hóa	$41,3 \pm 0,65$	$44,8 \pm 3,81$	$53,07 \pm 3,52$	$49,74 \pm 0,38$

Nhận xét: Thời gian ủ vi nang càng tăng, HSVNH tăng và hình thức vi nang được cải thiện. Tuy nhiên, khi thời gian ủ dài hơn 20 phút, HSVNH và hàm lượng dược chất giảm. Đề tài lựa chọn thời gian ủ là 20 phút để bào chế vi nang.

Khảo sát ảnh hưởng của tỷ lệ berberin: natri alginate

Tiến hành bào chế các công thức vi nang có tỷ lệ BBR/ALG là 1/15; 1/10; 2/15; 1/6 và 1/5 (kl/kl) tương ứng với lượng BBR sử dụng là 0,1; 0,15; 0,2; 0,25; 0,3 g với 1,5 g ALG. Vi nang được đánh giá các đặc tính: hình thức; HSVNH và hàm lượng BBR. Kết quả thu được thể hiện ở bảng 6

Bảng 6. Kết quả khảo sát sự ảnh hưởng của tỷ lệ BBR/ALG ($n = 3$; $TB \pm SD$)

Công thức	CT10	CT15	CT16	CT17	CT18
Tỉ lệ BBR: ALG (kl/kl)	1:15	1:10	2:15	1:6	1:5
Hình thức cảm quan	Viên cầu đều, màu sắc nhạt	Viên cầu đều, hình thức đẹp	Viên cầu đều, hình thức đẹp	Viên cầu đều, hình thức đẹp	Viên cầu đều, hình thức đẹp
Hàm lượng dược chất (%)	$1,18 \pm 0,08$	$1,96 \pm 0,02$	$2,64 \pm 0,03$	$3,36 \pm 0,02$	$4,11 \pm 0,04$
Hiệu suất vi nang hóa (%)	$53,07 \pm 3,52$	$62,08 \pm 0,12$	$62,34 \pm 0,32$	$64,31 \pm 0,04$	$66,52 \pm 0,02$

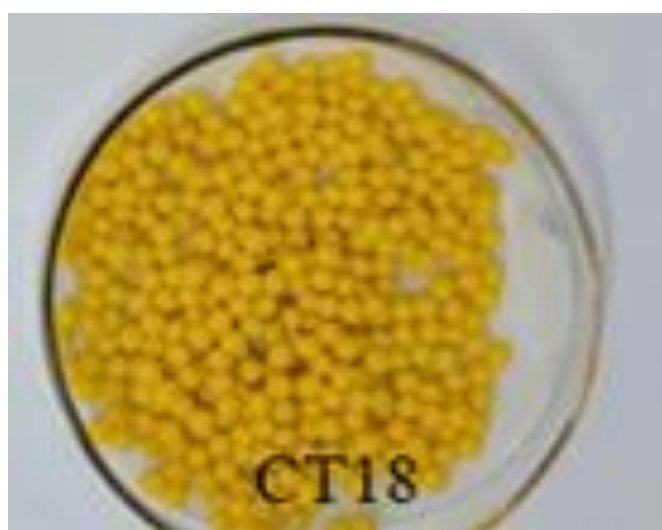
Nhận xét: Khi tăng dần tỷ lệ BBR/ALG, HSVNH cũng như hàm lượng dược chất trong vi nang tăng. Lựa chọn tỉ lệ BBR:ALG tối ưu trong các công thức khảo sát là 1:5 (kl/kl) để bào chế vi nang.

Sau khi khảo sát các yếu tố thuộc về công thức và quy trình bào chế đến đặc tính của vi nang, công thức bào chế vi nang BBR được lựa chọn như bảng 7.

Bảng 7. Công thức bào chế vi nang BBR

Nguyên liệu	Khối lượng	Hàm lượng
Berberin clorid	0.3 g	0.6%
Natri alginate	1,5 g	3%
Tinh bột sắn	3 g	6%
Nước cất	50ml	
Canxi clorid	4g/100ml	4%
Thời gian ủ	20 phút (không khuấy trộn trong quá trình ủ)	

Các đặc tính của vi nang bào chế được thể hiện trong hình 1 và bảng 8.



Hình 1. Hình ảnh vi nang BBR sau khi sấy khô

Bảng 8. Đặc tính của vi nang ($n=3$; $TB \pm SD$)

Chỉ tiêu	Đánh giá
Hình thức	Vi nang cầu đều, bề mặt nhẵn bóng, kích thước đồng đều
Hàm lượng	$4,11 \pm 0,04$ (%)
Hiệu suất vi nang hóa	$66,52 \pm 0,02$ (%)
Hàm ẩm	$3,75 \pm 0,50$ (%)
Kích thước vi nang	$2,079 \pm 0,101$ mm
Phân bố kích thước vi nang	13,91% vi nang kích thước lớn hơn 2mm 86,09% vi nang có kích thước trong khoảng 1,4–2mm Không có vi nang nào kích thước nhỏ hơn 1,4mm

IV. BÀN LUẬN

Vi nang là một trong các dạng bào chế phù hợp để mang thuốc hướng giải phóng tại đại tràng. Vi nang bảo vệ được chất tránh tác động của môi trường đường tiêu hóa trên như enzym hay acid dịch vị và thuận lợi quá trình bao màng kiểm soát giải phóng. Bên cạnh đó quy trình bào chế vi nang đơn giản, dễ thực hiện, vi nang có thể mang được nhiều thành phần khác nhau như dược chất hóa dược, enzym [2]. Với dược chất thân nước berberin clorid, đề tài lựa chọn bào chế bằng phương pháp tách pha đông tụ với tá dược natri alginate trong môi trường calci clorid và sử dụng tá dược tinh bột mỳ để cải thiện hình thức vi nang. Vi nang cầu đều, kích thước đồng đều, dễ dàng bao màng kiểm soát giải phóng. Hiệu suất vi nang hóa đạt được $66,52 \pm 0,02\%$ thấp hơn với hiệu suất vi nang hóa của vi nang BBR hấp phụ trên eudragit L100 ($85,21 \pm 3,18$ %) trong nghiên cứu của Trần Thị Kim Anh, tuy nhiên hàm lượng dược chất trong vi nang đạt cao hơn trong nghiên cứu trên ($4,11$ % so với $3,25$ %) [7]. So với bào chế vi nang chứa

hoạt chất khó tan trong nước như quercetin với cùng phương pháp bào chế, vi nang bào chế với hoạt chất tan tốt trong nước như berberin clorid đạt hiệu suất vi nang hóa thấp hơn [8]. Bên cạnh đó, đề tài vẫn còn một số hạn chế như chưa nghiên cứu quá trình giải phóng hoạt chất của vi nang và độ ổn định của vi nang

V. KẾT LUẬN

Đã nghiên cứu xây dựng được công thức và quy trình bào chế vi nang berberin bằng phương pháp tách pha đông tụ sử dụng natri alginate: nồng độ natri alginate 3%, nồng độ berberin clorid 0,6%, tá dược độn là tinh bột sắn với nồng độ 6%, môi trường đông tụ sử dụng CaCl_2 nồng độ 4%. Quy trình bào chế có thông số ủ vi nang là 20 phút, không khuấy trộn môi trường. Vi nang bào chế được có hình dạng cầu đều, kích thước trung bình $2,079 \pm 0,101$ mm, hàm ẩm đạt $3,75 \pm 0,50$ (%), HSVNH là $66,52 \pm 0,02$ (%) và hàm lượng dược chất trong vi nang là $4,11 \pm 0,04$ (%).

VI. ĐỀ XUẤT

Nghiên cứu giải phóng hoạt chất và xây dựng công thức màng bao giải phóng tại đại tràng cho vi nang berberin

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lee S.H., Bajracharya R., Min J.Y., Han J.W., Park B.J., Han H.K.,** Strategic Approaches for Colon Targeted Drug Delivery: An Overview of Recent Advancements. *Pharmaceutics* (2020), 12(1): p.68.
2. **Puguan John Marc C., Yu Xiaohong, Kim Hern,** Characterization of structure, physico-chemical properties and diffusion behavior of Ca-Alginate gel beads prepared by different gelation methods. *Journal of Colloid and Interface Science* (2014), 432: p.109-116.
3. **Singh M.N., Hemant K.S.Y., Ram M. and Shivakumar H.G.,** Microencapsulation: A promising technique for controlled drug delivery. *Research in pharmaceutical sciences* (2010), 5(2): p.65-77.
4. **Chen C., Tao C., Liu Z., et al.,** A randomized clinical trial of berberin hydrochloride in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *Phytother. Res.* (2015), 29 (11): p.1822–1827.
5. **Park J.J., Seo S.M., Kim E.J., et al.,** Berberin inhibits human colon cancer cell migration via AMP-activated protein kinase-mediated downregulation of integrin $\beta 1$ signaling. *Biochem. Biophys. Res. Commun.* (2012), 426(4): p.461-467.
6. **Zhai L., Huang T., et al.,** Berberin Suppresses Colonic Inflammation in Dextran Sulfate Sodium-Induced Murine Colitis Through Inhibition of Cytosolic Phospholipase A2 Activity. *Front. Pharmacol.* (2020), 11: p. 576496.
7. **Trần Thị Kim Anh,** Nghiên cứu bào chế vi nang berberin clorid hướng giải phóng tại đại tràng. Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Dược học, Đại học Dược Hà Nội (2019).
8. **Vũ Thị Quỳnh, Phạm Thị Hảo, Nguyễn Thanh Tâm,** Nghiên cứu bào chế vi nang quercetin bằng phương pháp tách pha đông tụ. *Tạp chí Y học Việt Nam* (2022), Tập 515, tháng 6, số đặc biệt 2022, tr.262-269.

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRUNG TÂM Y TẾ PHÙ CÙ, HUNG YÊN NĂM 2023

Trần Thị Thuý Hà¹, Nguyễn Văn Kiêm², Hoàng Thị Thuận¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả thực trạng quản lý tăng huyết áp (THA) điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế Phù Cù, Hưng Yên năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 439 người bệnh được chẩn đoán là THA vô căn đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế Phù Cù. **Kết quả:** người bệnh được điều trị đạt huyết áp mục tiêu chiếm 80,0%, có tuân thủ lối sống chiếm tỷ lệ thấp 63,3%. Người bệnh tăng huyết áp được quản lý điều trị tốt chiếm 47,4%. Người bệnh tự đánh giá, khó khăn gặp phải trong điều trị bệnh là do người bệnh “chủ quan, chưa biết hậu quả biến chứng” (55,1%). **Kết luận:** Người bệnh THA được đánh giá quản lý tốt chiếm tỷ lệ còn thấp. Từ kết quả nghiên cứu Trung tâm y tế huyện Phù Cù cần tăng cường tư vấn cho người bệnh điều trị ngoại trú THA về tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị lối sống và các biến chứng của bệnh.

Từ khóa: Tăng huyết áp, điều trị ngoại trú, Phù Cù

SUMMARY

THE STATUS OF OUTPATIENT TREATMENT MANAGEMENT OF

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trung tâm Y tế huyện Phù Cù, Hưng Yên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thuý Hà

Email: tttha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2024

Ngày duyệt bài: 15/4/2024

HYPERTENSION AT PHU CU MEDICAL CENTER, HUNG YEN IN 2023

Objective: Research to describe the current status of outpatient management of hypertension at Phu Cu Medical Center, Hung Yen in 2023. **Subjects and research methods:** Cross-sectional descriptive research method over 439 patients diagnosed with idiopathic hypertension are receiving outpatient treatment. **Results:** patients achieved a target blood pressure of 80%, and patients complying with lifestyle was a low rate of 63.3%. Patients with hypertension who were well-managed and treated account for 47.4%. Patients self-assessed that the difficulty encountered in treating the disease was due to the patient's "subjectivity and not knowing the consequences of complications" (55.1%). **Conclusion:** The proportion of hypertensive patients assessed to be well-managed is still low. From the research results, Phu Cu District Medical Center needs to strengthen counseling for outpatient treatment of hypertension about the importance of complying with lifestyle treatment and complications of the disease.

Keywords: Hypertension, outpatient treatment, Phu Cu

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), hiện có khoảng 1 tỷ người trên thế giới mắc bệnh tăng huyết áp và con số này sẽ tăng lên 1,5 tỷ người vào năm 2025, mỗi năm có khoảng 9,4 triệu người bị tăng huyết áp đã tử vong [1]. Hàng năm tại Việt Nam, tăng huyết áp gây ra 91 000 ca tử vong

(20,8% tổng số ca tử vong) và mất đi 7,2% số năm sống được điều chỉnh do tàn tật, chủ yếu do sự gia tăng đột quỵ và bệnh tim mạch [2]. THA đang là một vấn đề sức khỏe cộng đồng rất quan trọng, cần được ưu tiên giải quyết. Quản lý, điều trị bệnh nhân THA tại cộng đồng rất quan trọng trong việc chăm sóc và nâng cao sức khỏe người dân. Nếu không tuân thủ điều trị và kiểm soát tốt sẽ dẫn đến tổn thương cơ quan đích và gây các biến chứng nguy hiểm: tai biến mạch máu não, phình tách động mạch chủ, suy tim, nhồi máu cơ tim, xuất huyết não, suy thận, giảm thị lực, mù lòa,...thậm chí dẫn đến tử vong [3]. Trung tâm y tế Phù Cù hiện đang quản lý điều trị ngoại trú hàng trăm người bệnh tăng huyết áp và số lượng ngày càng tăng. Tuy nhiên thực trạng quản lý điều trị tăng huyết áp ra sao? Hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá. Nhằm giúp công tác quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp được tốt hơn trong thời gian tới, chúng tôi tiến hành nghiên cứu Thực trạng quản lý điều trị ngoại trú bệnh tăng huyết áp tại Trung tâm y tế Phù Cù, Hưng Yên năm 2023 với mục tiêu mô tả thực trạng quản lý điều trị ngoại trú bệnh tăng huyết áp tại Trung tâm y tế huyện phù cù.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán là THA vô căn, nguyên phát (mã ICD X: J10) đã được quản lý điều trị tại Phòng khám tăng huyết áp Trung tâm y tế Phù Cù; đã tham gia điều trị ngoại trú, khám bệnh định kỳ trên 12 tháng, có tên trong danh sách người bệnh điều trị ngoại trú trước ngày 01/3/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh có khả năng nghe nói và trả lời câu hỏi nghiên cứu

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại Khoa khám bệnh, Trung tâm y tế huyện Phù Cù, tỉnh Hưng Yên, từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 11 năm 2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Lập danh sách 516 người bệnh đang quản lý điều trị ngoại trú bệnh THA tại Trung tâm y tế Phù Cù. Chọn mẫu toàn bộ 439 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập

Công cụ thu thập thông tin: Bộ câu hỏi phỏng vấn có tham khảo bộ câu hỏi của tác giả Nguyễn Đình Phong [4] và có chỉnh sửa cho phù hợp, cấu trúc phiếu phỏng vấn gồm 4 phần: (1) Thông tin chung; (2) Tuân thủ điều trị THA; (3) Tuân thủ thay đổi hành vi lối sống; (4) Thông tin về dịch vụ y tế và bộ câu hỏi về tuân thủ điều trị thuốc

Phương pháp thu thập thông tin: Phỏng vấn người bệnh sau khi người bệnh đã hoàn thành quy trình khám và lấy thuốc

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Biến số: Giới tính, nhóm tuổi, đặc điểm lối sống của bệnh nhân (hút thuốc lá, uống rượu bia, ăn mặn, căng thẳng lo âu quá mức, ít vận động), và khó khăn của người bệnh trong quá trình điều trị bệnh. Các chỉ số: tỷ lệ người bệnh đạt huyết áp mục tiêu theo giới, tỷ lệ bệnh nhân THA tuân thủ lối sống, tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc và tỷ lệ tuân thủ tái khám, tỷ lệ người bệnh THA quản lý điều trị tốt.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

- **Đạt HA mục tiêu:** (Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam) [5]

+ Đối với hầu hết các người bệnh, HA mục tiêu phải ở mức < 140/80 mmHg.

+ Đối với BN đái tháo đường hoặc có nguy cơ cao, rất cao, huyết áp mục tiêu cần phải đạt là < 130/80 mmHg.

- **Tuân thủ lối sống:** Đánh giá bằng 7 câu hỏi (chế độ ăn mặn, uống rượu/bia, hút thuốc lá, chế độ làm việc, nghỉ ngơi, thể dục và theo dõi huyết áp) với tổng 7 điểm, bệnh nhân có tổng điểm ≥ 5 điểm đánh giá có tuân thủ, < 5 điểm là không tuân thủ.

- **Tuân thủ tái khám:** khi người bệnh thực hiện tái khám đúng theo lịch, không bỏ lỡ.

- **Tuân thủ điều trị thuốc:** Sử dụng Bộ câu hỏi phỏng vấn của Morisky gồm 8 câu hỏi với tổng 8 điểm, đánh giá có tuân thủ (điểm số 0 - 2) và không tuân thủ (≥ 3 điểm).

- **Quản lý điều trị THA:** Quản lý điều trị tốt khi đạt cả 4 tiêu chí bao gồm đạt HA mục tiêu, khám định kỳ hàng tháng, tuân thủ điều trị thuốc và tuân thủ lối sống. Quản lý điều

trị không tốt: khi không đạt một trong 4 tiêu chí trên.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả: các giá trị biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %, so sánh tỷ lệ phần trăm bằng test χ^2 .

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng đánh giá đề cương trường Đại học Y Dược Hải Phòng theo quyết định số 2600/QĐ – YDHP ngày 13/12/2022 và sự đồng ý của ban lãnh đạo trung tâm Y tế huyện Phù Cừ. Tất cả các đối tượng chọn vào mẫu nghiên cứu đều được giải thích rõ về mục đích và nội dung nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 439)

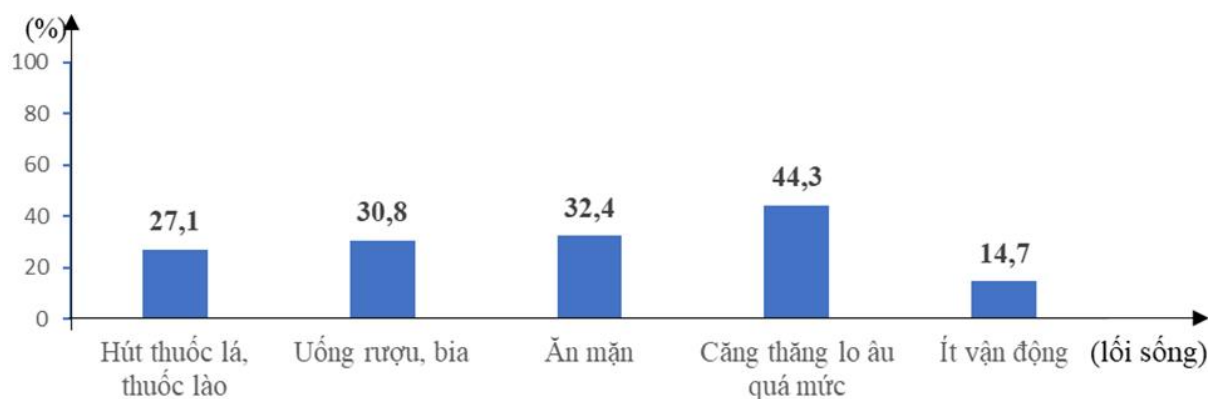
Biến số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	205	46,7
	Nữ	234	53,3
Nhóm tuổi	<50 tuổi	6	1,4
	50 – 59 tuổi	67	15,3
	60 – 69 tuổi	158	36,0
	70 – 79 tuổi	118	26,9
	> 80 tuổi	90	20,5
Tổng		439	100,0

Đối tượng nghiên cứu nữ giới chiếm 53,3%, nhóm tuổi từ 60 – 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao 36,0%

Bảng 2. Tỷ lệ người bệnh đạt huyết áp mục tiêu theo giới (n = 439)

Giới	Nam		Nữ		Chung		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Không đạt	38	18,5	50	21,4	88	20	0,460
Đạt	167	81,5	184	78,6	351	80	
Tổng	205	46,7	234	53,3	439	100	

Người bệnh nam giới có tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu 81,5% cao hơn nữ giới 78,6%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.



Hình 1. Một số đặc điểm lối sống của người bệnh (n=439)

Người bệnh nói rằng có căng thẳng lo âu quá mức chiếm tỷ lệ cao 44,3%; có 32,4% người bệnh tăng huyết áp tự nhận có thói quen ăn mặn và 30,8% người bệnh có uống rượu bia.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân THA tuân thủ lối sống, điều trị thuốc và tái khám (n = 439)

Tuân thủ	Không tuân thủ		Có tuân thủ	
	SL	%	SL	%
Lối sống	161	36,7	278	63,3
Điều trị thuốc	65	14,8	374	85,2
Tái khám	28	6,5	411	93,5

Người bệnh có tuân thủ lối sống chiếm 63,3%, tuân thủ điều trị thuốc chiếm 85,2% và tái khám chiếm 93,5%.

Bảng 4. Tỷ lệ người bệnh THA quản lý điều trị tốt (n=439)

Thời gian điều trị	QLĐT chưa tốt		QLĐT tốt		Chung	
	SL	%	SL	%	SL	%
Dưới 50 tuổi	4	66,7	2	33,3	6	1,4
50 - 59 tuổi	44	65,7	23	34,3	67	15,3
60 - 69 tuổi	85	53,8	73	46,2	158	36,0
70 - 79 tuổi	58	49,2	60	51,8	118	26,9
≥ 80 tuổi	40	44,4	50	55,6	90	20,5
Tổng	231	52,6	208	47,4	439	100,0
p	0,087					

Người bệnh tăng huyết áp được quản lý điều trị tốt chiếm 47,4%, tỷ lệ người bệnh quản lý điều trị tốt tăng dần theo số tuổi, trong đó nhóm từ 80 tuổi trở lên có tỷ lệ quản lý điều trị tốt chiếm tỷ lệ cao 55,6% và thấp ở nhóm tuổi dưới 50 tuổi 33,3%, sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5. Khó khăn của người bệnh trong quá trình điều trị bệnh (n=439)

Khó khăn	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Chi phí khám chữa bệnh cao	2	0,5
Chủ quan, chưa biết hậu quả biến chứng	242	55,1
Khoảng cách xa	44	10,0

Công việc bận rộn	97	22,1
Kinh tế hộ gia đình nghèo	9	2,1
Thời gian chờ đợi kéo dài	33	7,5
Đi lại khó khăn	12	2,7

Theo người bệnh tự đánh giá, khó khăn gặp phải trong việc quản lý tăng huyết áp của người bệnh điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế Phù Cù hay gặp nhất là do người bệnh “chủ quan, chưa biết hậu quả biến chứng” (55,1%), tiếp theo là người bệnh có công việc bận rộn và khoảng cách xa tương ứng là 22,1% và 10,0%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 439 người bệnh THA được quản lý điều trị, ngoại trú tại Trung tâm y tế huyện Phù Cù, Hưng Yên năm 2023. Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh được điều trị đạt huyết áp mục tiêu chiếm 80,0%. Kết quả nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thắm (2019) tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, có tỷ lệ người bệnh đạt huyết áp mục tiêu điều trị là 60,4% [6] và nghiên cứu của tác giả Phạm Minh Khuê trên bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Nam Sách, Hải Dương là 50,6% [7]. Sự khác nhau về kết quả nghiên cứu có thể do sự khác nhau của đối tượng nghiên cứu, sự hiểu biết của đối tượng về bệnh tăng huyết áp, sự tuân thủ về điều trị hoặc lối sống của bệnh nhân tăng huyết áp, khác nhau do địa điểm và thời gian nghiên cứu. **Tuân thủ lối sống:** Mục tiêu điều trị huyết áp là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch” bằng việc tuân thủ điều trị thuốc và tuân thủ lối sống [5], đánh giá chung về tuân thủ lối sống trong nghiên cứu của chúng tôi là 63,3%. Kết

quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Đào và cộng sự (2021), bệnh nhân THA có tuân thủ lối sống chiếm 30,6%, theo tác giả Vũ Thị Đào tỷ lệ người bệnh tuân thủ lối sống thấp trong nghiên cứu có thể là do các đối tượng trong nghiên cứu chủ yếu họ có trình độ văn hóa chưa cao nên chưa nhận thấy được tầm quan trọng của biện pháp thay đổi lối sống và đa số các bệnh nhân còn đi làm vì do các đặc điểm và tính chất công việc nên họ chưa thực hiện tốt các biện pháp thay đổi lối sống, bên cạnh đó kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Đào cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức chung đúng về bệnh THA chiếm tỷ lệ thấp 50,1% [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lương Thị Thu Trang nghiên cứu trên người cao tuổi cho thấy tỷ lệ tuân thủ chế độ ăn uống chiếm 68,4% [9]. Nhìn chung, tỷ lệ người bệnh THA tuân thủ lối sống ở các nghiên cứu đều thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn 36,7% người bệnh chưa tuân thủ lối sống về chế độ ăn, giảm sử dụng rượu bia và thuốc lá/ thuốc lá đúng với khuyến cáo. Kết quả là cơ sở để nhân viên y tế tăng cường nhắc nhở, theo dõi, quản lý thói quen lối sống của người bệnh điều trị THA. **Tuân thủ điều trị thuốc:** trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh có tuân thủ điều trị thuốc chiếm 85,2% tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu Hằng tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc chiếm 87,5% [10]. Việc đánh giá mức

độ tuân thủ điều trị của người bệnh là rất quan trọng, giúp cho các bác sĩ có hướng điều trị tiếp theo đồng thời đưa ra những bằng chứng thiết thực về các yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân để các nhà quản lý chương trình tăng huyết áp, có các biện pháp làm tăng cường sự tuân thủ của người bệnh, từ đó góp phần nâng cao hiệu quả trong điều trị THA [11].

Quản lý điều trị tốt THA: Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá thực trạng việc quản lý điều trị tăng huyết áp tại trung tâm y tế huyện Phù Cừ cho kết quả người bệnh quản lý điều trị tốt chiếm 47,4%. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Phong (2021) [4] tỷ lệ người bệnh được quản lý điều trị tốt là 86,7%, sự khác nhau giữa 2 nghiên cứu do nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Phong đối tượng nghiên cứu là các cán bộ, người có trình độ văn hoá cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi TĐHV chiếm tỷ lệ cao nhất là THCS, bên cạnh đó đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi mắc kèm các bệnh lý mạn tính khác nên việc tuân thủ điều trị thuốc cũng như lối sống sẽ khó khăn khăn so với đối tượng nghiên cứu trong độ tuổi khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu tại Trung tâm y tế huyện nam Sách Hải Dương là 45,5%, kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Minh Khuê còn cho thấy nhóm bệnh nhân quản lý chưa tốt tỷ lệ có biến chứng cao hơn nhóm bệnh nhân có quản lý tốt (lần lượt là 61,5% và 13,8%, $p < 0,05$) [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi còn hơn 50% người bệnh chưa được quản lý điều trị tốt, tỷ lệ người bệnh quản lý điều trị không tốt giảm dần theo số

tuổi, trong đó cao nhất ở nhóm tuổi dưới 50 tuổi (66,7%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Hiện nay sự phát triển của internet giúp người dân đặc biệt người trẻ tuổi dễ dàng với việc tiếp cận các thông tin về bệnh. Nhưng việc tiếp cận thông tin không chính thống về việc điều trị THA không cần dùng thuốc, hay dùng thuốc đông y khỏi dứt điểm sau vài liệu trình,... có thể đã có ảnh hưởng đến tâm lý của người bệnh dẫn đến việc không tuân thủ điều trị thuốc. Việc kiểm soát các thông tin không chính thống liên quan đến bệnh THA là cấp bách và cần thiết trong giai đoạn hiện nay.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 439 người bệnh THA được quản lý điều trị, ngoại trú tại Trung tâm y tế huyện Phù Cừ, Hưng Yên năm 2023 cho thấy người bệnh được điều trị đạt huyết áp mục tiêu chiếm 80,0%, có tuân thủ lối sống chiếm tỷ lệ thấp 63,3%. Người bệnh tăng huyết áp được quản lý điều trị tốt chiếm 47,4%, người bệnh tự đánh giá, khó khăn gặp phải trong điều trị bệnh là do người bệnh “chủ quan, chưa biết hậu quả biến chứng” (55,1%). Từ kết quả nghiên cứu Trung tâm y tế huyện Phù Cừ cần tăng cường tư vấn cho người bệnh điều trị ngoại trú THA về tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị lối sống và các biến chứng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lâm Việt. Tăng huyết áp - vấn đề cần được quan tâm hơn. Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống Tăng huyết áp. 2019.

2. **Nguyen TT, Hoang MV.** Non-communicable diseases, food and nutrition in Vietnam from 1975 to 2015: the burden and national response. *Asia Pac J Clin Nutr* (2018), 27: p19–28.
3. **Đỗ Thị Phương Hà.** Thực trạng và xu hướng tăng huyết áp và bệnh tim mạch trên thế giới và ở Việt Nam, 2018. <http://viendinhduong.vn/vi/tin-tuc/thuc-trang-va-xu-huong-tang-huyet-ap-va-benh-tim-mach-tren-the-gioi-va-o-viet-nam.html>, Accessed 12/10/2022.
4. **Nguyễn Đình Phong.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến quản lý điều trị người bệnh tăng huyết áp tại ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Hải Dương năm 2021. Luận văn bảo vệ BSCKII, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 2021.
5. **Hội Tim mạch Việt Nam.** Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của phân hội tăng huyết áp-hội tim mạch học quốc gia Việt Nam (VSH/VNHA) 2022.
6. **Nguyễn Thị Thắm, Nguyễn Thị Thuý Hiếu, Mai Thu Hà, Phạm Thanh Hải.** Thực trạng kiểm soát huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. 2019; 29(9): 55-63.
7. **Phạm Minh Khuê, Trần Thị Thanh, Trần Thị Thuý Hà và cộng sự.** Thực trạng điều trị ngoại trú bệnh nhân tăng huyết áp tại trung tâm y tế huyện Nam Sách, Hải Dương năm 2018 – 2019. 2021; 31(1): 134 – 140.
8. **Vũ Thị Đào, Nguyễn Thị Ngọc Ngoan, Thạch Thị Mỹ Chi.** Kiến thức và thực hành về tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2021. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022; 45: 141-149.
9. **Lương Thị Thu Giang, Hoàng Thị Oanh, Đỗ Thị Ninh và cộng sự.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở người cao tuổi bị tăng huyết áp tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, Hải Phòng, năm 2021. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2022; 32(5): 30 – 36.
10. **Nguyễn Thu Hằng, Nguyễn Thị Thùy Dương, Hồ Thị Dung và cộng sự.** Khảo sát tình hình tuân thủ trong sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh năm 2018. *Tạp chí khoa học – công nghệ Nghệ An*. 2018; 12: 35 – 39.
11. **Mai Quang Bảo.** Thực trạng kiến thức, thực hành về tuân thủ điều trị của người bệnh Tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Ninh Giang-Hải Dương 2013. Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG AMIKACIN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2022

Lê Thị Thùy Linh¹, Trần Thị Ngân¹,
Hà Quang Tuấn¹, Đàm Thị Thanh Nhân¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng sử dụng amikacin tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2022 từ đó tối ưu việc sử dụng thuốc. Kết quả cho thấy trong năm 2022, có 141 bệnh nhân được chỉ định amikacin. Có 4/4 (100%) bệnh nhân sử dụng chế độ liều một lần/ngày (ODD) và 90/123 (73,17%) bệnh nhân dùng chế độ liều nhiều lần/ngày (MDD) phù hợp với khuyến cáo tại bệnh viện, 7 bệnh nhân không đủ thông tin để đánh giá tính phù hợp về chế độ liều. Có 11 trường hợp (7,80%) gặp độc tính trên thận, trong đó có 9 trường hợp mức R (nguy cơ), 1 trường hợp mức I (tổn thương) và 1 trường hợp mức F (suy thận) theo phân loại RIFLE. Từ đó cho thấy cần tăng cường phối hợp giữa bác sĩ lâm sàng với dược sĩ lâm sàng để tối ưu hoá chế độ liều để đảm bảo hiệu quả và an toàn khi sử dụng amikacin.

Từ khóa: amikacin, kháng sinh, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

SUMMARY

THE SITUATION OF AMIKACIN USE AT HAIPHONG INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2022

This retrospective study aims to describe the amikacin use at Haiphong International Hospital in 2022, thereby optimizing drug use in the

hospital. At the hospital, 141 patients were being treated with amikacin in 2022. According to the hospital's guideline, 4/4 (100%) patients with once-daily dosing and 90/123 (73.17%) patients with multiple-daily dosing utilized the right dose of amikacin, 7 cases lacked information to evaluate dosage. There were 11 (7.80%) cases of nephrotoxicity (according to the RIFLE classification: 9 cases R, 1 case I and 1 case F). It is necessary to improve the collaboration between physicians and clinical pharmacists to optimize the effect and safety of this antibiotic.

Keywords: antibiotic, amikacin, Haiphong International Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Amikacin thuộc nhóm kháng sinh aminoglycosid, là kháng sinh diệt khuẩn được sử dụng để điều trị nhiễm khuẩn do vi khuẩn gram âm hoặc sử dụng với tác động hiệp đồng trên vi khuẩn gram dương được chỉ định để điều trị nhiễm khuẩn nặng/đe dọa tính mạng. Tuy nhiên, đây là kháng sinh phụ thuộc nồng độ và có khoảng điều trị hẹp, độc tính cao, nhất là độc tính trên thận và thính giác. Mặc dù là kháng sinh quan trọng đối với các bệnh nhiễm khuẩn do các chủng vi khuẩn Gram âm đa kháng, tình hình đề kháng của các chủng vi khuẩn này với amikacin ngày một tăng [1]. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã ghi nhận sự xuất hiện và gia tăng tỉ lệ kháng amikacin của một số vi khuẩn Gram âm đa kháng như: tỷ lệ kháng *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterobacter* sp năm 2010 tại

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thùy Linh

Email: lttinh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2024

Ngày duyệt bài: 15/4/2024

khoa Hồi sức tích cực của Bệnh viện Thanh Nhân là lần lượt là 33,3%; 66,7% và 33,3% [2]. Do đó, việc sử dụng amikacin hợp lý là điều cần thiết nhằm đảm bảo hiệu quả và an toàn trên lâm sàng. Xuất phát từ lý do đó trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu sau: khảo sát thực trạng sử dụng amikacin tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là toàn bộ hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng có chỉ định sử dụng amikacin và ngày vào viện từ 1/1 - 31/12/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả.
- Phương pháp chọn mẫu: Mẫu thuận tiện
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

- Xử lý số liệu: Nghiên cứu sử dụng phần mềm Microsoft Excel 365 để quản lý, thống kê, phân tích và xử lý số liệu

- Nội dung nghiên cứu: Các thông tin thu thập được từ HSBA sẽ được mô tả theo các thông tin về: đặc điểm bệnh nhân, bệnh lý nhiễm khuẩn, đặc điểm vi sinh của bệnh nhân, đặc điểm sử dụng amikacin, độc tính trên thận ghi nhận từ HSBA.

- Một số quy ước trong nghiên cứu: Chức năng thận trước khi sử dụng amikacin được tính theo công thức Cockcroft and Gault; chế độ liều của amikacin được đánh giá tính phù hợp theo hướng dẫn của Bệnh viện; mức độ tổn thương thận cấp được đánh giá dựa trên tiêu chuẩn RIFLE [3].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã ghi nhận 141 bệnh nhân được chỉ định amikacin tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2022.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu (N= 141)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	17 – 59	75	53,19
	> 60	66	46,81
	Tuổi trung bình $\pm$ SD	57,23 $\pm$ 16,24	
Thể trạng (BMI - kg/m ²)	Thiếu cân (<18,5)	19	13,48
	Bình thường (18,5 – 22,9)	58	41,13
	Tiền béo phì (23 – 24,9)	29	20,57
	Béo phì độ 1 (25 – 29,9)	25	17,73
	Béo phì độ 2 ($\geq$ 30)	1	0,71
Độ thanh thải creatinine (ml/phút)	Clcr $\geq$ 130 ml/phút	3	2,13
	60 ml/phút $\leq$ Clcr < 130 ml/phút	76	53,90
	Clcr < 60 ml/phút	48	34,04
	Không có thông tin	14	9,93
Suy thận mạn		9	6,38
Thời gian sử dụng amikacin (ngày): trung bình $\pm$ SD		6,36 $\pm$ 3,32	
Thời gian điều trị (ngày): trung bình $\pm$ SD		13,30 $\pm$ 7,81	

Bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có tuổi tương đối cao, với tuổi trung bình là $57,23 \pm 16,24$. Có 20,57% trường hợp được phân loại tiền béo phì và 17,73% bệnh nhân béo phì độ 1. 127 bệnh nhân có thông tin về độ thanh thải creatinin (Clcr) trước khi sử dụng amikacin, trong số đó, bệnh nhân có chức năng thận suy giảm từ trung bình đến nặng

(Clcr < 60 ml/phút) chiếm 34,04%. Ngoài ra, nghiên cứu còn ghi nhận được 9 bệnh nhân mắc suy thận mạn (chiếm 6,38%).

3.2. Thông tin về bệnh lý nhiễm khuẩn tại thời điểm chỉ định amikacin

Thông tin về bệnh lý nhiễm khuẩn được thống kê trong bảng 2 dưới đây:

Bảng 2: Thông tin về các loại nhiễm khuẩn tại thời điểm chỉ định amikacin (N= 141)

Bệnh lý nhiễm khuẩn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn tiết niệu	88	62,61
Nhiễm khuẩn huyết	39	27,66
Sốc nhiễm khuẩn	36	25,53
Nhiễm khuẩn hô hấp	35	24,82
Nhiễm khuẩn/áp xe gan – mật	12	8,51
Các nhiễm khuẩn khác	14	9,93

Amikacin được chỉ định rộng rãi trong các bệnh nhiễm khuẩn, trong đó phổ biến nhất là nhiễm khuẩn tiết niệu (88 bệnh nhân, chiếm 62,61%), nhiễm khuẩn huyết (39 bệnh nhân, 27,66%) và sốc nhiễm khuẩn (36 bệnh nhân, 25,53%).

3.3. Vị trí của amikacin trong phác đồ điều trị

Thông tin về vị trí của amikacin trong phác đồ điều trị của bệnh nhân được trình bày trong bảng 3 dưới đây.

Bảng 3: Đặc điểm về chỉ định điều trị của amikacin

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Loại chỉ định (N=141)	Chỉ định thay thế (chưa có kết quả KSD)	53
	Chỉ định ban đầu theo kinh nghiệm	44
	Chỉ định thay thế sau khi có kết quả KSD	44
Lí do sử dụng amikacin thay thế (khi chưa có kết quả KSD) (N= 53)	Tình trạng lâm sàng không cải thiện	45
	Sau khi phân lập được vi khuẩn	7
	Bệnh nhân dị ứng với kháng sinh trước đó	1
Thông tin về phối hợp kháng sinh (N = 141)	Phác đồ amikacin đơn độc	2
	Phác đồ 2 kháng sinh	81
	Phác đồ 3 kháng sinh	58

Đa phần bệnh nhân sử dụng amikacin trong phác đồ thay thế (31,21% sau khi có kết quả kháng sinh đồ và 37,57% trước khi có kết quả kháng sinh đồ). Trong đó, lí do sử dụng thay thế trong trường hợp chưa có kết quả kháng sinh đồ phổ biến nhất là do tình

trạng lâm sàng không cải thiện (sốt cao/ kéo dài, bạch cầu tăng, chỉ dấu xét nghiệm của phản ứng viêm tăng,...) chiếm 84,91%. Hầu hết amikacin chủ yếu được sử dụng trong các phác đồ phối hợp kháng sinh, trong đó phác

đồ 2 kháng sinh chiếm 57,45%, phác đồ 3 thuốc chiếm 41,13%.

3.4. Chế độ liều của amikacin

Nghiên cứu nghi nhận được có 137/141 bệnh nhân sử dụng chế độ liều ODD chiếm 97,16% và 4 bệnh nhân còn lại sử dụng chế độ liều MDD chiếm 2,84%. Hầu hết bệnh nhân sử dụng đường truyền tĩnh mạch (chỉ có 1 bệnh nhân sử dụng đường tiêm bắp) với dung môi pha thuốc là NaCl 0,9% và thời

gian truyền phổ biến là 60 phút đối với chế độ liều ODD và 30 phút đối với chế độ liều MDD.

Có 14 bệnh nhân không đánh giá được liều dùng và khoảng đưa liều do không có thông tin cân nặng và/hoặc không được theo dõi creatinin trước khi sử dụng amikacin. Do vậy, dưới đây là bảng đánh giá tính phù hợp về chế độ liều của 127 bệnh nhân có đầy đủ thông tin theo hướng dẫn của Bệnh viện:

Bảng 4: Sự phù hợp của chế độ liều so với khuyến cáo tại bệnh viện (N=141)

Độ thanh thải creatinin (mL/phút)	Số lượng (n)	So sánh với chế độ liều theo khuyến cáo (n, %)					
		Phù hợp	Liều dùng một lần không phù hợp		Tần suất đưa liều không phù hợp		Không phù hợp về liều dùng và tần suất đưa liều
			Cao hơn	Thấp hơn	Ngắn hơn	Dài hơn	
Chế độ liều ODD (N= 123)							
>= 60	87	70 (56,91)	1 (0,81)	16 (13,01)	-	-	-
40 – 59	19	9 (7,32)	-	-	9 (7,32)	1 (0,81)	-
30 – 39	9	7 (5,69)	-	-	1 (0,81)	-	1 (0,81)
< 30 hoặc lọc máu	8	4 (3,25)	4 (3,25)	-	Không đánh giá được		-
Tổng		90 (73,17)	5 (4,07)	16 (13,01)	10 (8,13)	1 (0,81)	1 (0,81)
Chế độ liều MDD (N= 4)							
≥ 90	1	1 (100)	-	-	-	-	-
50 – 89	2	2 (100)	-	-	-	-	-
10 – 49	1	1 (100)	-	-	-	-	-
Tổng		4 (100)			-	-	-

* *Chú thích:* “-”: Không có

100% bệnh nhân sử dụng chế độ liều MDD và 73.17% bệnh nhân sử dụng liều ODD phù hợp theo khuyến cáo. Trong số bệnh nhân có chế độ liều không phù hợp với khuyến cáo, chủ yếu là do sử dụng liều thấp (13,01%) hoặc có tần suất đưa liều ngắn (8,13%). Những bệnh nhân có Clcr < 30 mL/phút và bệnh nhân lọc máu, chúng tôi không đánh giá tần suất đưa liều do thời gian đưa liều tiếp theo phụ thuộc vào thời gian có

kết quả định lượng nồng độ thuốc trong máu (TDM).

3.5. Đặc điểm độc tính trên thận của bệnh nhân sử dụng amikacin

Có 100/141 bệnh nhân được theo dõi nồng độ creatinin huyết thanh chiếm 70,92%. Dưới đây là kết quả khảo sát bệnh nhân gặp độc tính cấp trên thận dựa trên nồng độ creatinin huyết thanh theo tiêu chuẩn RIFLE.

Bảng 5: Phân loại độc tính cấp trên thận dựa trên tiêu chuẩn RIFLE (N=141)

Phân mức độ RIFLE	Số lượng	Tỷ lệ (%)
R – risk (nguy cơ)	9	6,38
I–injury (tổn thương)	1	0,71
F – failure (suy thận)	1	0,71

Trong số 141 bệnh nhân nghiên cứu, độc tính cấp trên thận ghi nhận ở 11 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 7,80%, bao gồm 9 trường hợp mức độ R (nguy cơ), 1 trường hợp I (tổn thương) và 1 trường hợp mức độ F (suy thận).

Theo dõi nồng độ amikacin trong máu được áp dụng với 10/11 trường hợp trên. 9/11 trường hợp có phục hồi chức năng thận sau 1-2 ngày, 2 trường hợp còn lại không có thông tin.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã đưa ra cái nhìn tổng quan về thực trạng sử dụng amikacin tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng, từ đó có thể tối ưu việc sử dụng thuốc để đảm bảo an toàn và hiệu quả.

Đặc điểm phác đồ sử dụng amikacin

Amikacin được sử dụng trong điều trị nhiều loại bệnh lý nhiễm khuẩn khác nhau như nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn hô hấp, nhiễm khuẩn tai – mũi – họng, viêm màng bụng... Căn nguyên vi khuẩn thường gặp là vi khuẩn Gram âm như *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* và vi khuẩn Gram dương như *Staphylococcus aureus*. Đây đều là các chủng vi khuẩn thuộc phổ tác dụng của amikacin, vì vậy việc định hướng sử dụng amikacin đối với bệnh nhiễm khuẩn này là hợp lý. Nhìn chung, những chỉ định này đều

phù hợp với các hướng dẫn sử dụng amikacin.

Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng amikacin trong phác đồ thay thế chiếm đa số. Kết quả này sự tương đồng với nghiên cứu của Cao Thị Bích Thảo [2] tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhân năm 2010 với 86,7%. Trong khi đó, nghiên cứu của Phạm Thị Thúy Vân [4] tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Saint Paul cho thấy đa số bệnh nhân sử dụng amikacin ở phác đồ ban đầu (trên 60%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được chỉ định amikacin thay thế kháng sinh trước đó (trong trường hợp không có kháng sinh đồ) phần lớn do tình trạng lâm sàng của không hoặc kém cải thiện. Điều này phù hợp theo các hướng dẫn điều trị, amikacin là lựa chọn thay thế khi dùng kháng sinh khác không hiệu quả hoặc vi khuẩn đã kháng các thuốc khác cùng nhóm.

Hầu hết bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu sử dụng phác đồ phối hợp kháng sinh, tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Saut Paul năm 2013 [4] và tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai năm 2021 [5]. Trong nghiên cứu có 2 trường hợp sử dụng amikacin đơn độc, trong đó có 1 bệnh nhân điều trị đợt cấp COPD bội nhiễm *A.baumannii* đa kháng. Theo hướng dẫn điều trị viêm phổi bệnh viện và viêm phổi liên quan đến thở máy của Hiệp hội bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ và Hiệp hội Lồng ngực Hoa Kỳ năm 2016 đã đề xuất tránh sử dụng aminosid đơn độc khi có sẵn các thuốc

khác còn nhạy cảm với vi khuẩn Gram âm do aminosid thâm nhập vào phổi kém [6]. Như vậy, việc sử dụng amikacin trong trường hợp này có thể coi là chưa hợp lý.

Thông tin chế độ liều của amikacin

Thời gian sử dụng amikacin khá dài, trung bình trên 6 ngày, là điều cần xem xét bởi 2 lý do. Thứ nhất, ở liều khuyến cáo, aminosid có tác dụng với vi khuẩn nhạy cảm trong vòng 1 đến 2 ngày. Do đó, nếu đáp ứng lâm sàng không xuất hiện trong 3 đến 5 ngày thì nên xem xét độ nhạy cảm của vi khuẩn hoặc phải thay đổi liều để đạt được nồng độ điều trị. Thứ hai, việc dùng aminosid trên 7 ngày đã được chứng minh làm tăng nguy cơ độc trên thận, thính giác. Do đó cần phải giám sát chặt chẽ chức năng thận/thính giác cũng như đo nồng độ thuốc trong máu.

Đường dùng amikacin phổ biến là truyền tĩnh mạch với dung môi và thời gian truyền phù hợp với khuyến cáo. Chế độ liều ODD được ưu tiên sử dụng tại Bệnh viện. Kết quả từ các nghiên cứu cũng cho thấy liều ODD hiệu quả hơn MDD, bao gồm: giảm độc tính trên thận, tối ưu hóa C_{peak}/MIC; hạn chế gia tăng đề kháng; tối ưu tác dụng hậu kháng sinh và giảm chi phí sử dụng thuốc. Tỷ lệ liều phù hợp theo khuyến cáo là 73,17% đối với liều ODD và 100% liều MDD, cao hơn so với nghiên cứu của Cao Thị Bích Thảo [2]. Lý do có thể dẫn đến sai lệch liều dùng trên các bệnh nhân còn lại có thể do việc làm tròn liều theo đơn vị đóng gói của chế phẩm của các bác sĩ. Do đó, bệnh viện có thể xây dựng một bảng liều khuyến cáo đã được làm tròn phù hợp với đơn vị đóng gói của chế phẩm dựa trên cân nặng và chức năng thận để thuận tiện trên lâm sàng. Một nghiên cứu

do Zagar và cộng sự thực hiện trên 100 bệnh nhân tại một bệnh viện tại Pháp với hai giai đoạn (trước can thiệp và sau can thiệp bằng cách tư vấn sử dụng kháng sinh) đã cho thấy tỷ lệ liều dùng và cách dùng amikacin phù hợp chưa cao (68% ở giai đoạn đầu và 66% ở giai đoạn sau) [7]. Do vậy, các bác sĩ nên lưu ý đầy đủ các yếu tố để tính liều dùng cho bệnh nhân và tuân thủ theo các hướng dẫn sử dụng hiện có để đảm bảo tính hiệu quả và an toàn trong sử dụng thuốc. Bên cạnh đó, việc tăng cường sự phối hợp giữa bác sĩ và dược sĩ lâm sàng để đưa ra chế độ liều hợp lý cho bệnh nhân cũng rất cần thiết.

Độc tính trên thận ghi nhận được từ HSBA

Nghiên cứu ghi nhận 11/141 bệnh nhân ghi nhận độc tính cấp trên thận sau khi sử dụng amikacin (7,80%) theo tiêu chuẩn RIFLE. So sánh với nghiên cứu của Vishal Prakash Giri (16%) [98], Felipe Francisco Tuon (20%) [8] thì tỷ lệ xuất của chúng tôi thấp hơn. Sự khác biệt này có thể đến từ sự khác biệt về cỡ mẫu, đặc điểm bệnh nhân và đặc điểm sử dụng thuốc giữa các nghiên cứu.

Từ cuối năm 2019, Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng đã áp dụng quy trình giám sát nồng độ thuốc trong máu đối với bệnh nhân sử dụng amikacin. Mục đích TDM là để cá nhân hóa chế độ liều với từng bệnh nhân từ đó tối ưu hóa hiệu quả điều trị và giảm thiểu độc tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 55,32% bệnh nhân được theo dõi TDM trong quá trình sử dụng amikacin. Ngoài ra, việc theo dõi cân nặng và theo dõi nồng độ creatinin huyết thanh trước thời điểm sử dụng amikacin giúp đánh giá chức năng thận theo giá trị mức lọc cầu thận Cl_{cr},

từ đó có thể cá thể hóa liều duy trì phù hợp và giảm thiểu tác dụng không mong muốn trên từng đối tượng bệnh nhân. Trong quần thể nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân được ghi cân nặng, được theo dõi creatinin huyết tương trước/trong và sau khi sử dụng amikacin trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi khá cao (trên 70%). Điều này cho thấy, tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng, đa số bệnh nhân được giám sát điều trị trong quá trình sử dụng thuốc.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu đã đưa ra cái nhìn chung về thực trạng sử dụng amikacin tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2022. Có 141 bệnh nhân được chỉ định amikacin, trong đó, 100% bệnh nhân sử dụng chế độ liều ODD và 73,17% bệnh nhân dùng chế độ liều MDD phù hợp với khuyến cáo tại bệnh viện, 7 bệnh nhân không đủ thông tin để đánh giá tính phù hợp về chế độ liều. Có 11 trường hợp (7,80%) gặp độc tính trên thận, trong đó có 9 trường hợp mức R, 1 trường hợp mức I và 1 trường hợp mức F theo phân loại RIFLE. Từ đó cho thấy cần tăng cường phối hợp giữa bác sĩ lâm sàng với vi sinh và dược sĩ lâm sàng để đưa ra chế độ liều hợp lý theo đặc điểm bệnh nhân. Bệnh viện có thể xây dựng một bảng liều khuyến cáo đã được làm tròn phù hợp với đơn vị đóng gói của chế phẩm hiện có dựa trên cân nặng và chức năng thận để thuận tiện khi bác sĩ chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wiland P, Szechcinski J.** Proximal tubule damage in patients treated with gentamicin

or amikacin. *Pol J Pharmacol.* 2003;55(4):631-7.

2. **Cao Thị Bích Thảo.** Khảo sát và đánh giá tính hiệu quả - an toàn của việc sử dụng Amikacin tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhàn. Luận văn Thạc sĩ, Đại học Dược Hà Nội, 2010.
3. **Lopes JA, Jorge S.** The RIFLE and AKIN classifications for acute kidney injury: a critical and comprehensive review. *Clinical kidney journal.* 2013;6(1):8-14.
4. **Phạm Thị Thúy Vân.** Đánh giá tính hiệu quả và an toàn của amikacin với chế độ liều hiện dùng trong điều trị một số loại nhiễm khuẩn. Luận án Tiến sĩ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2013.
5. **Linh ĐTK.** Bước đầu tối ưu chế độ liều amikacin trong điều trị nhiễm khuẩn nặng tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai thông qua giám sát nồng độ thuốc trong máu (TDM). Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2021.
6. **Kalil AC, Metersky ML, et al.** Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clin Infect Dis.* 2016;63(5): e61-e111.
7. **Zahar J-R, Rioux C, et al.** Inappropriate prescribing of aminoglycosides: risk factors and impact of an antibiotic control team. *Journal of antimicrobial chemotherapy.* 2006;58(3):651-6.
8. **Tuon FF, Aragao BZ, et al.** Acute kidney injury in patients using amikacin in an era of carbapenem-resistant bacteria. *Infect Dis (Lond).* 2016;48(11-12):869-71.

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN DO KLEBSIELLA PNEUMONIAE KHÁNG CARBAPENEM (KPC) TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP 2021-2022

Phạm Thị Tâm¹, Trần Đức², Lại Thị Quỳnh²,
Vũ Thị Nữ¹, Nguyễn Thị Thanh Phương¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Vi sinh Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2022 nhằm xác định tỷ lệ nhiễm và đánh giá tính nhạy cảm với một số kháng sinh của các chủng K.pneumoniae kháng carbapenem (KPC) phân lập được từ các mẫu bệnh phẩm xét nghiệm nuôi cấy. **Kết quả:** Trong tổng số 32426 mẫu nuôi cấy, phân lập được 1016 chủng K.pneumoniae và 327 chủng KPC (32,18%). Tỷ lệ phân lập được KPC cao nhất ở nhóm BN trên 60 tuổi với 70,95%; bệnh phẩm mủ và dịch với 39,45%; khoa ICU với 65,75%. Đặc điểm kháng kháng sinh của K. pneumoniae kháng carbapenem: tỷ lệ kháng với Piperacillin (96,02%); Ceftazidime (85,02%); Cefotaxime (62,69%); Cefepime (85,63%); Ertapenem (28,44%); Imipenem (98,47%); Meropenem (89,6%); Amikacin (20,49%); Gentamicin (75,23%); Ciprofloxacin (91,44%); Trimethoprim (82,57%); Fosfomycin (9,48%).

Từ khóa: K.pneumoniae, carbapenem, kháng kháng sinh.

SUMMARY

SITUATION OF INFECTIONS BY CARBAPENEM – RESISTANT KLEBSIELLA PNEUMONIAE AT VIET TIEP HOSPITAL 2021-2022

The study was conducted at the Department of Microbiology of Viet Tiep Hospital from 1/2021 to 12/2022 to determine the infection rate and evaluate the susceptibility to some antibiotics of isolated carbapenem-resistant K.pneumoniae strains obtained from cultured clinical specimens. **Results:** Total 32,426 culture samples, there are 1,016 K.pneumoniae strains and 327 carbapenem-resistant K.pneumoniae strains were isolated (32.18%). The rate of isolating carbapenem-resistant K.pneumoniae was highest in the group of patients over 60 years old with 70.95%; pus and fluid specimens with 39.45%; ICU department with 65.75%. Antibiotic resistance characteristics of carbapenem-resistant K. pneumoniae: resistance rate to Piperacillin (96.02%); Ceftazidime (85.02%); Cefotaxime (62.69%); Cefepime (85.63%); Ertapenem (28.44%); Imipenem (98.47%); Meropenem (89.6%); Amikacin (20.49%); Gentamicin (75.23%); Ciprofloxacin (91.44%); SXT (82.57%); Fosfomycin (9.48%).

Keywords: K.pneumoniae, carbapenem

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tâm

Email: pttam@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2024

Ngày duyệt bài: 12/4/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Klebsiella pneumoniae là vi khuẩn Gram âm thuộc họ đường ruột Enterobacteriaceae, cư trú thường xuyên ở đường ruột của người và động vật. Vi khuẩn này thường gây ra các nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn hô hấp và nhiễm khuẩn huyết [1]. Tình trạng kháng

kháng sinh của các vi khuẩn đường ruột nói chung và *K. pneumoniae* ngày càng gia tăng là mối đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe con người và là gánh nặng về chi phí điều trị, đồng thời cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu cho bệnh nhân. Nghiên cứu đa trung tâm tại các đơn vị Hồi sức tích cực (HSTC) năm 2012 chỉ ra 14,9% số chủng *K.pneumoniae* đề kháng với carbapenem [2] tăng gấp 5 lần so với chỉ 2,9% trong một nghiên cứu tại các đơn vị HSTC thực hiện năm 2007 [3]. Một nghiên cứu khác thực hiện tại 3 đơn vị HSTC cho thấy nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm 33%, đa số do *K.pneumoniae*, với tỷ lệ kháng carbapenem lên tới 55% [4]. Tại Bệnh viện Bạch Mai, số liệu thống kê từ khoa Vi sinh năm 2017 cho thấy *K.pneumoniae* là căn nguyên phổ biến thứ hai gây nhiễm khuẩn (19,0%), và là căn nguyên hàng đầu khi phân lập từ bệnh phẩm máu tại Khoa HSTC (17,1%). Mức độ nhạy cảm của *K.pneumoniae* có xu hướng giảm dần với hầu hết các kháng sinh, đặc biệt là giảm tỷ lệ nhạy cảm đối với kháng sinh carbapenem, từ trên 70% năm 2014 xuống còn 23% năm 2017 với imipenem và meropenem. Hầu hết các chủng vi khuẩn này đề kháng do cơ chế sinh carbapenemase [5]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng nhiễm khuẩn do KPC tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp 2021-2022” với 2 mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng nhiễm *Klebsiella pneumoniae* kháng carbapenem từ các mẫu bệnh phẩm nuôi cấy vi sinh trong 2 năm 2021-2022

2. Đánh giá đặc điểm kháng kháng sinh của các chủng *Klebsiella pneumoniae* kháng carbapenem phân lập được.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chỉ định lấy bệnh phẩm XN nuôi cấy.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Vi sinh Bệnh viện Việt Tiệp Hải phòng.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2022

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: lấy mẫu toàn bộ. Phương pháp thu thập thông tin: Bệnh phẩm được lấy theo chỉ định của bác sĩ lâm sàng, nuôi cấy theo phương pháp kỹ thuật thường quy, quy trình chuẩn theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Định danh vi khuẩn: dựa vào hình thể khuẩn lạc, tính chất nhuộm Gram và các TCSVHH. Đặc điểm kháng kháng sinh của vi khuẩn được làm theo phương pháp Kirby – Bauer và phương pháp đo MIC trên hệ thống máy kháng sinh đồ tự động. Biện luận kết quả kháng sinh đồ theo chuẩn CLSI 2020. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm WHONET 5.6 và SPSS 22.0. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu có sự đồng ý của BGH nhà trường, trưởng khoa Vi sinh Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng. Thông tin BN được bảo mật, chỉ nhằm mục đích NC.

Ngoài KSD tự động, 2 kỹ thuật được áp dụng để phát hiện vi khuẩn kháng carbapenem là (1)mCIM (Modified Carbapenem Inactivation Methods) - phương pháp khử hoạt tính carbapenem, khoanh giấy meropenem được ủ với huyền dịch của chủng vi khuẩn cần kiểm tra. Nếu chủng vi khuẩn cần thử nghiệm sinh carbapenemase sẽ thủy phân meropenem, khi đó meropenem trong khoanh giấy KS bị bất hoạt sẽ không thể ức chế hoặc giảm sự tăng sinh của *E. coli* ATCC 25922 (là chủng nhạy cảm với meropenem) và (2) Carba NP - Kỹ thuật này dựa trên sự thủy phân carbapenem bởi carbapenemase của vi khuẩn làm giảm pH và được phát hiện nhờ chỉ thị đồ phenol (chuyển từ màu đỏ sang màu vàng hoặc cam).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ bệnh nhân nhiễm K.pneumoniae và KPC theo giới

Bảng 1: Tỷ bệnh nhân nhiễm K.pneumoniae và KPC theo giới

Giới tính	K.pneumoniae		K.pneumoniae kháng carbapenem	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Nam	663	65,26	210	64,33
Nữ	353	34,74	117	35,78
Tổng	1016	100,0	327	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ phân lập được K.pneumoniae kháng carbapenem ở nam giới là 65,26% và ở nữ giới là 34,74% trong tổng số 327 chủng vi khuẩn.

3.2. Tỷ lệ BN nhiễm K.pneumoniae và KPC theo độ tuổi

Bảng 2: Tỷ lệ BN nhiễm K.pneumoniae và KPC theo độ tuổi

Nhóm tuổi	K.pneumoniae		K.pneumoniae kháng carbapenem	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
<18	3	0,30	0	0
18-60	258	25,39	95	29,05
>60	755	74,31	232	70,95
Tổng	1016	100,0	327	100,0

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi có tỉ lệ phân lập được K.pneumoniae kháng carbapenem cao nhất 70,95%, tiếp đến là nhóm từ 18 đến 60 tuổi (29,05%)

3.3. Tỷ lệ các chủng K.pneumoniae và KPC phân lập theo loại bệnh phẩm

Bảng 3: Tỷ lệ các chủng K.pneumoniae và KPC phân lập theo loại bệnh phẩm

Loại bệnh phẩm	K.pneumoniae		K.pneumoniae kháng carbapenem	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Mủ và dịch	426	41,93	129	39,45
Máu	231	22,74	31	9,48
Nước tiểu	193	19,0	102	31,19
Đờm	93	9,15	52	15,90
Bệnh phẩm khác	73	7,19	13	3,98
Tổng số	1016	100,0	327	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ vi khuẩn K.pneumoniae kháng carbapenem chiếm 39,45% ở nhóm bệnh phẩm mủ dịch và 31,19% nhóm bệnh phẩm nước tiểu, 15,9% ở nhóm bệnh phẩm đờm và dưới 10% nhóm phẩm máu và các bệnh phẩm khác.

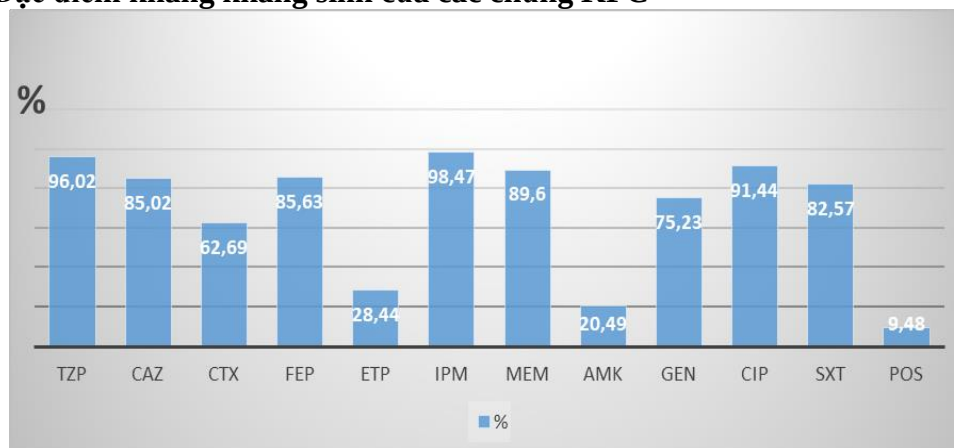
3.4. Tỷ lệ nhiễm K.pneumoniae và KPC theo khoa phòng

Bảng 4: Tỷ lệ nhiễm K.pneumoniae và KPC theo khoa phòng

Khoa phòng	K.pneumoniae		K.pneumoniae kháng carbapenem	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Khoa nội	220	21,65	63	19,27
Khoa ngoại	249	24,51	28	8,56
Khoa ICU	464	45,67	115	65,75
Khoa khác	83	7,17	21	6,42
Tổng	1016	100,0	327	100,0

Nhận xét: Khoa Hồi sức cấp cứu có tỷ lệ phân lập được *K.pneumoniae* kháng carbapenem là 65,75%, tiếp đến khoa Nội 19,27%. Tỷ lệ *K.pneumoniae* kháng carbapenem ở các khoa Ngoại là 8,56% và các khoa

3.5. Đặc điểm kháng kháng sinh của các chủng KPC



Biểu đồ 3.1: Đặc điểm kháng kháng sinh của các chủng KPC (% tỷ lệ kháng kháng sinh)

Ghi chú: TZP: piperacillin/tazobactam, CAZ: ceftazidim, CTX: cefotaxim, FEP: cefepim, ETP: ertapenem, IPM: imipenem, MEM: meropenem, AMK: amikacin, GEN: gentamicin, CIP: ciprofloxacin, SXT: trimethoprim/sulfamethoxazole, POS: fosfomycin

Nhận xét: Các chủng KPC phân lập được có tỷ lệ kháng kháng sinh cao với TZP (96,02%), IPM (98,47%), CIP (91,44%),

MEM (89,6%), CAZ (85%), GEN (75%). Tỷ lệ kháng với ETP là 28,44% và POS (9,48%), AMK (20,49%).

3.5. Xác định kháng carbapenem bằng phương pháp Carba NP và mCIM

32 chủng *Klebsiella pneumoniae* kháng carbapenem được thử nghiệm lại với 2 kỹ thuật Carba NP và mCIM thu được kết quả như sau:

Bảng 3.5: Kết quả phát hiện KPC phương pháp Carba NP và mCIM

Phương pháp	Dương tính		Âm tính	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Carba NP	26	81,25	4	18,7
mCIM	32	100,0	0	0

Nhận xét: Phương pháp mCIM dương tính 100% với 32 chủng KPC, tỷ lệ phát hiện KPC của Carba NP là 81,25% (26/32 chủng).

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 1016 chủng *K.pneumoniae* phân lập được có 663 chủng từ bệnh nhân nam giới, chiếm 65,26% và 353 chủng từ

bệnh nhân nữ giới chiếm 34,74%. Đối với KPC cũng vậy, chủ yếu rơi vào bệnh nhân nam giới chiếm 64,33% và nữ giới chiếm 35,78%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Dương Trương Phú có tỷ lệ nam giới là 63,3%, nữ giới là 36,7% tại Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ [6]. Chủng *K.pneumoniae* kháng carbapenem phân lập được chiếm tỷ lệ 32,18%, cao hơn nghiên

cứu của Phạm Thị Hoài An với tỷ lệ là 20% tại Bệnh viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh [7], của Lương Hồng Loan tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM với 26,4% [8]. Tuy nhiên, thấp hơn nghiên cứu của Trần Diệu Linh năm 2017 tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Quân Đội 108 với tỷ lệ là 54,3%. Sushma Gurung và cộng sự tại Bệnh viện Alka vào năm 2020 cho kết quả tỷ lệ KPC là 20,8% [9]. Nhìn chung có sự khác nhau về tỷ lệ KPC ở các nghiên cứu trong và ngoài nước, sự khác nhau này có thể là do điều kiện địa lý, thời gian thực hiện nghiên cứu, đặc điểm bệnh nhân và công tác kiểm soát nhiễm khuẩn của mỗi bệnh viện. Tuy nhiên, các kết quả nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ KPC đang tăng dần qua các năm, đây là một dấu hiệu cảnh báo sự kháng kháng sinh của *K.pneumoniae* ngày càng gia tăng. Nhóm bệnh nhân >60 tuổi phân lập được 755 chủng vi khuẩn *K.pneumoniae*, chiếm 74,31%, trong đó KPC chiếm 70,95% (232 chủng). Nhóm 18-60 tuổi phân lập được 258 chủng và chiếm 25,39%. Không có chủng KPC nào ở nhóm dưới 18 tuổi. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Dương Trương Phú tại Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ [6]. Tỷ lệ KPC chủ yếu gặp ở nhóm trên 60 tuổi có thể do những đối tượng này thường có suy giảm hệ miễn dịch kết hợp với nằm viện điều trị thời gian dài và có can thiệp trong thủ thuật điều trị nên dễ dẫn đến nhiễm *K.pneumoniae* kháng carbapenem. Qua phân tích chúng tôi thấy rằng các chủng KPC phân lập được thì bệnh phẩm mũi dịch chiếm tỉ lệ cao nhất (39,45%), tiếp đến là mẫu BP nước tiểu. Kết quả này khác với các tác giả Trần Nhật Minh ghi nhận *K.pneumonia* được phân lập từ mẫu đàm chiếm nhiều nhất (58,2%) ; tác giả Nguyễn Thành Tín nghiên cứu năm 2018 ghi nhận *K.pneumonia* phân

lập từ mẫu đờm là 81,3% [10]. Tuy nhiên, ở nhóm BP đờm có 93 chủng *K.pneumonia* thì 52 chủng kháng carbapenem chiếm 55,91%. Có thể thấy căn nguyên gây ra các nhiễm khuẩn đường hô hấp nặng chủ yếu do KPC. Khoa ICU phân lập được 464 chủng *K.pneumoniae* chiếm 45,67%, đối với các chủng KPC phân lập được 115 chủng chiếm 65,75%. Khoa nội phân lập được 220 chủng *K.pneumoniae* chiếm 21,65%, với chủng KPC phân lập được 63 chủng chiếm 19,27%. Khoa ngoại phân lập được 249 chủng *K.pneumoniae* chiếm 24,51%, đối với chủng KPC phân lập được 28 chủng chiếm 8,56%. Phân bố KPC nhiều nhất tại ICU với tỷ lệ là 65,75%, sau đó là các khoa Nội chiếm 19,27%, khoa Ngoại là 8,56% còn lại là các khoa khác chiếm 6,42%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Phạm Thi Vân, vi khuẩn phân bố chủ yếu ở khoa Hồi sức [11], tiếp theo đó là khoa Nội và khoa Ngoại. Tỷ lệ này cao tại khoa Hồi Sức là do các đối tượng nằm tại khoa là bệnh nhân nặng và thường phải sử dụng các thiết bị máy móc can thiệp rất dễ nhiễm KPC. Đối với các chủng KPC thì tỷ lệ đề kháng cao nhất với piperacillin với tỷ lệ là 96,02%. Kế tiếp là nhóm quinolones là ciprofloxacin với 91,44%. Tỷ lệ kháng nhóm β lactam (ceftazidime) và nhóm Cepheims (cefepime) khá cao với 85,02% và 85,63%. Và kháng thấp nhất là fosfomycin là 9,48%. Với nhóm carbapenem tỷ lệ đề kháng cao nhất là imipenem là 98,47%, kế tiếp là meropenem là 89,6% và thấp nhất là ertapenem là 28,44%. So sánh với kết quả của tác giả Trần Đỗ Hùng [12], tương đồng với tỷ lệ *Klebsiella pneumoniae* đề kháng cao nhất với nhóm penicillins là ampicillin với tỷ lệ đề kháng 99,4%, kế đến là nhóm kháng sinh quinolon với tỷ lệ là 96,0%. Nhưng đối với

nhóm β lactam là piperacilin/tazobactam có tỷ lệ đề kháng trung bình với 52,2% và nhóm cepheims (cefepime) 68,4%.

Kết quả trên cho thấy các chủng *K.pneumoniae* đa kháng kháng sinh ở mức cao, đây là tiền đề cho sự xuất hiện của các chủng vi khuẩn kháng thuốc mở rộng và toàn kháng. Điều này nhấn mạnh cần thiết phải chú trọng chiến lược điều trị kháng sinh hợp lý và giám sát liên tục để góp phần làm giảm thiểu sự xuất hiện và lan rộng của các chủng *K.pneumoniae* đa kháng hiện nay.

Thử nghiệm phát hiện vi khuẩn sinh carbapenemase được thực hiện với 2 kỹ thuật Carba NP và mCIM có kết quả tương đương với nghiên cứu của Zahedi Bialvaei và cộng sự (mCIM là 100% và Carba NP 80,8%) [13]. Một trong những nhược điểm của phương pháp Carba NP là độ nhạy cảm với carbapenemase loại OXA-48 là rất thấp, nên chúng tôi nghi ngờ 18,25% còn lại của nghiên cứu có thể có carbapenemase loại OXA-48 mà phương pháp này không phát hiện được. Như vậy xét nghiệm mCIM là công cụ hữu ích, đáng tin cậy để phát hiện hoạt động của carbapenemase ở các chủng vi khuẩn đường ruột. Phương pháp Carba NP không nhạy bằng phương pháp mCIM nhưng có thể định hướng type hơn mCIM.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 1016 bệnh nhân nhiễm *K.pneumoniae*, tỷ lệ *K.pneumoniae* kháng carbapenem trên tổng số *K.pneumoniae* phân lập được là 32,18%. Tỷ lệ phân lập được *K.pneumoniae* kháng carbapenem cao nhất ở: nhóm tuổi trên 60 tuổi với 70,95%; bệnh phẩm mủ và dịch với 39,45%; khoa ICU với 65,75%.

K.pneumoniae kháng carbapenem có mức độ đa kháng cao với nhiều nhóm kháng

sinh: kháng với Piperacillin (96,02%); Ceftazidime (85,02%); Cefotaxime (62,69%); Cefepime (85,63%); Ertapenem (28,44%); Imipenem (98,47%); Meropenem (89,6%); Amikacin (20,49%); Gentamicin (75,23%); Ciprofloxacin (91,44%); Trimethoprim (82,57%); Fosfomycin (9,48%).

VI. KIẾN NGHỊ

Lựa chọn kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ đặc biệt là đối với các chủng *Klebsiella pneumoniae* kháng carbapenem.

Đối với các phòng xét nghiệm chưa có máy kháng sinh đồ tự động có thể sử dụng phương pháp mCIM để phát hiện các chủng vi khuẩn sinh carbapenemase.

VII. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.199

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Logan, L.K. and R.A. Weinstein, The Epidemiology of Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae: The Impact and Evolution of a Global Menace. *The Journal of Infectious Diseases*, 2017. 215(suppl_1): p. S28-S36.
2. Phu, V.D., et al., Burden of Hospital Acquired Infections and Antimicrobial Use in Vietnamese Adult Intensive Care Units. *PLoS One*, 2016. 11(1): p. e0147544.
3. Johansson, M., et al., Need for improved antimicrobial and infection control stewardship in Vietnamese intensive care units. *Trop Med Int Health*, 2011. 16(6): p. 737-43.
4. Le, N.K., et al., High prevalence of hospital-acquired infections caused by gram-negative

- carbapenem resistant strains in Vietnamese pediatric ICUs: A multi-centre point prevalence survey. *Medicine (Baltimore)*, 2016. **95**(27): p. e4099.
5. **Phạm Hồng Nhung and D.X. Cơ**, Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của các trực khuẩn gram âm phân lập tại Khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2017. 109(4).
 6. **Phú, D.T.**, Hiệu quả điều trị kháng kháng sinh nhóm carbapenem trên bệnh nhân nhiễm *Klebsiella pneumoniae* tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 2022. 515: p. 227.
 7. **Phạm Thị Hoài An, Vũ Lê Ngọc Lan, and U.N.Đ. Minh**, Khảo sát sự kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae* trên bệnh phẩm phân lập được tại Bệnh viện Pasteur, TP Hồ Chí Minh. *Tạp chí Khoa học ĐHSP TP HCM*, 2014. 6: p. 63-64.
 8. **Lương Hồng Loan and H.M. Tuấn**, Trục khuẩn Gram âm tiết ESBL, AmpC, Carbapenemase và phổ đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2020. 24(2): p. 223-229.
 9. **Gurung, S., et al.**, Detection of OXA-48 Gene in Carbapenem-Resistant *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* from Urine Samples. 2020. 13: p. 2311-2321.
 10. **Tín, N.T.**, Xác định kiểu hình và kiểu gen của vi khuẩn *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* tiết ESBL phân lập tại Bệnh viện Tỉnh Bạc Liêu. *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2018. **22**(5): p. 246-251.
 11. **Phạm Thị Vân, Hà Thị Thu Vân, and N.T. Sơn**, Nghiên cứu đa điểm phân bố của các chủng *Enterobacteriaceae* sinh Beta-Lactamase phổ rộng, carbapenemase phân lập tại Bệnh viện Quân Y 103 giai đoạn 2014-2016. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2017. **1**(458): p. 4-7.
 12. **Hùng, T.Đ.**, Tình hình đề kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae* được phân lập từ các mẫu bệnh phẩm tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2021-2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022: p. 329.
 13. **Zahedi Bialvaei, A., et al.**, Modified CIM test as a useful tool to detect carbapenemase activity among extensively drug-resistant *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* and *Acinetobacter baumannii*. *Annals of Microbiology*, 2021. 71(1): p. 23.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN VÀ THỰC HÀNH TÌNH DỤC AN TOÀN CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG HUYỆN NINH GIANG, HẢI DƯƠNG NĂM 2022

Phạm Thị Ngọc¹, Hoàng Thị Giang¹, Nguyễn Tôn Mạnh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1202 học sinh thuộc 3 trường trên địa bàn huyện Ninh Giang từ tháng 10/2021 đến tháng 11/2022 nhằm mô tả một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về sức khỏe sinh sản và thực hành tình dục an toàn của học sinh ở lứa tuổi vị thành niên. Kết quả nghiên cứu cho thấy một số yếu tố liên quan đến kiến thức về sức khỏe sinh sản gồm: học sinh ở Trung tâm GDNN và GDTX (OR=2,4; 95%CI: 1,7-3,5); học lực trung bình trở xuống (OR=1,8; 95%CI: 1,3-2,5); con đầu (OR=1,4; 95%CI: 1,1-1,8); nguồn cung cấp thông tin là Internet, tivi, đài, sách, báo, gia đình, bạn bè (OR=1,5; 95%CI: 1,2-2,0); một số yếu tố liên quan đến thái độ: giới tính nam (OR=1,3; 95%CI: 1,1-1,8); học ở Trung tâm GDNN và GDTX (OR=3,7; 95%CI: 2,6-5,4); học lực trung bình trở xuống (OR=2,5; 95%CI: 1,8-3,6), nguồn cung cấp thông tin là Internet, tivi, đài, sách, báo, gia đình, bạn bè (OR=1,5; 95%CI: 1,1-2,0), kiến thức đạt (OR=2,3; 95%CI: 1,8-3,0) và có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hành vi QHTD với giới tính nam (OR=2,7; 95%CI: 1,6-4,8); học ở trường THPT dân lập Ninh Giang II (OR=6,0; 95%CI: 2,9-13,9); học lực trung bình trở xuống

(OR=2,0; 95%CI: 1,0-4,5). Vì vậy cần tiếp tục tăng cường tuyên truyền các kiến thức về sức khỏe sinh sản thông qua các kênh chính thống, được kiểm duyệt nội dung đặc biệt chú trọng học sinh nam, học lực trung bình trở xuống.

Từ khóa: Kiến thức; thái độ; thực hành; sức khỏe sinh sản; tình dục an toàn, học sinh THPT

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT REPRODUCTIVE HEALTH AND SAFE SEX PRACTICES OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN NINH GIANG DISTRICT, HAI DUONG IN 2022

A cross-sectional descriptive study on 1202 students from 3 schools in Ninh Giang district from October 2021 to November 2022 was carried out to describe several factors related to their knowledge and attitudes about reproductive health and Safe sex practices. Research results show that several factors related to knowledge about reproductive health include: students at the Center for Vocational and Continuing Education (OR=2.4; 95%CI: 1.7-3.5); average academic results or below (OR=1.8; 95%CI: 1.3-2.5); first – born (OR=1.4; 95%CI: 1.1-1.8); Sources of information are Internet, television, radio, books, newspapers, family, friends (OR=1.5; 95%CI: 1.2-2.0); Some factors related to attitudes: male gender (OR=1.3; 95%CI: 1.1-1.8); studying at the Center for Vocational Education and Continuing Education (OR=3.7; 95%CI: 2.6-5.4); Average academic results or below

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trung tâm y tế huyện Ninh Giang, Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc

Email: pthngoc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2024

Ngày duyệt bài: 12/4/2024

(OR=2.5; 95%CI: 1.8-3.6), sources of information are Internet, television, radio, books, newspapers, family, friends (OR= 1.5; 95%CI: 1.1-2.0), knowledge achieved (OR=2.3; 95%CI: 1.8-3.0) and there is a statistically significant relationship between Sexual behavior with men (OR=2.7; 95%CI: 1.6-4.8); studied at Ninh Giang II private high school (OR=6.0; 95%CI: 2.9-13.9); Average academic results or lower (OR=2.0; 95%CI: 1.0-4.5). Therefore, it is necessary to continue to strengthen the dissemination of knowledge about reproductive health through official channels, with content censored, especially focusing on male students with average or lower academic results.

Keywords: Knowledge; attitude; practice; reproductive health; safe sex, high school student

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổng điều tra dân số năm 2019, Việt Nam ghi nhận tỷ lệ dân số trẻ cao nhất trong lịch sử với 20,4 triệu thanh thiếu niên từ 10-24 tuổi, chiếm 21% dân số và thời kỳ dân số vàng dự kiến kéo dài đến năm 2039 [1]. Tuổi quan hệ tình dục lần đầu tiên hiện nay là 18,1 tuổi giảm 1,5 tuổi so với kết quả điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên (SAVY1) là 19,6 tuổi [2]. Tỷ lệ quan hệ tình dục ở học sinh giảm nhẹ, nhưng tỷ lệ quan hệ tình dục trước 14 tuổi tăng gấp 2 lần, từ 1,45% (năm 2013), tăng lên 3,51% (năm 2019) theo kết quả báo cáo khảo sát hành vi sức khỏe học sinh toàn cầu tại Việt Nam của Bộ Y tế năm 2019 [3]. Tỷ lệ nạo phá thai ở độ tuổi vị thành niên (VTN) rất cao, chiếm 20% trong tổng số khoảng 1,2 triệu ca nạo phá thai ở Việt Nam. Việt Nam là nước có tỷ lệ nạo phá thai của VTN thuộc hàng cao nhất Đông Nam Á và đứng thứ 5 trên thế giới [4].

Huyện Ninh Giang, tỉnh Hải Dương, tính đến tháng 10/2021 có 150.194 nghìn người trong đó lứa tuổi từ 10-19 chiếm 14,2% dân số toàn huyện [1]. Theo kết quả khảo sát về SKSS vị thành niên/thành niên tỉnh Hải Dương năm 2018, nhiều bậc phụ huynh còn tâm lý e ngại, thiếu kiến thức về SKSS, các thầy cô ngại ngừng khi trao đổi hoặc chỉ qua loa chung chung nên các em phần lớn thiếu hụt các kỹ năng sống và kỹ năng chăm sóc sức khỏe sinh sản [5]. Xuất phát từ thực trạng trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mô tả một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về sức khỏe sinh sản và thực hành tình dục an toàn của học sinh ở lứa tuổi vị thành niên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh lớp 10, 11, 12 trường THPT Ninh Giang, trường THPT dân lập Ninh Giang II và Trung tâm Giáo dục nghề nghiệp – Giáo dục thường xuyên (GDNN-GDTX) huyện Ninh Giang đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; d là sai số mong muốn, chọn d = 0,05; $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,962$ (độ tin cậy 95%); p tỷ lệ học sinh đạt kiến thức chung về vấn đề SKSS VTN, lấy p = 0,53 (tham khảo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bá Nam năm 2019) [6], vì nghiên cứu chọn mẫu chùm để tăng tính đại diện của mẫu nghiên cứu, chúng tôi nhân với hệ số thiết kế DE=3. Sau khi tính toán n = 1146.

Dự trừ 5% missing số liệu, cỡ mẫu thực tế: 1202 học sinh.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Bước 1: chọn trường theo phương pháp chọn mẫu chùm, các trường trên địa bàn huyện Ninh Giang chia làm 3 chùm: trường công lập (3 trường), trường dân lập (2 trường) và trung tâm GDNN-GDTX (1 trung tâm). Mỗi chùm bốc ngẫu nhiên chọn ra một trường, các trường được chọn là THPT Ninh Giang, THPT dân lập Ninh Giang II, Trung tâm GDNN-GDTX Ninh Giang.

Bước 2: chọn học sinh theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống. Tính khoảng cách mẫu: THPT công lập Ninh Giang: $N=1517$ nên ta có $k=4$. THPT dân lập Ninh Giang II ($N=800$), Trung tâm GDNN và GDTX ($N=778$) nên $k=2$. Chọn học sinh đầu tiên A có số thứ tự $< k$. Chọn các học sinh tiếp theo lần lượt = $A + k$, $A + 2k$, $A + 3k$... cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu cần thiết.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

Bộ công cụ được tham khảo từ nghiên cứu kết quả khảo sát về SKSS vị thành niên/thành niên tỉnh Hải Dương năm 2018 và nghiên cứu của tác giả Đỗ Thực Sinh sau đó được điều chỉnh, bổ sung cho phù hợp với đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu [5], [7].

Kiến thức gồm 16 câu (75 ý): mỗi ý đúng 1 điểm, tổng 75 điểm, kiến thức đạt khi tổng

điểm kiến thức ≥ 46 điểm ($\geq 60\%$). Thái độ gồm 3 câu, tổng 21 điểm, đạt khi ≥ 13 điểm ($\geq 60\%$).

Phòng vấn tại trường nơi các em học tập, thời gian cho mỗi cuộc phỏng vấn là 20-30 phút. Điều tra viên là cán bộ dân số thuộc Trung tâm Y tế huyện Ninh Giang.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Phiếu điều tra được làm sạch, kiểm tra thông tin ngay sau khi kết thúc phỏng vấn. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Số liệu được phân tích trình bày theo bảng tần số, tỷ lệ (%), tính OR để tìm mối liên quan giữa một số yếu tố với kiến thức, thái độ, Test χ^2 để so sánh các tỷ lệ, xác định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng theo quyết định số 1889/QĐ-YDHP ngày 17 tháng 12 năm 2021 và Ban giám hiệu trường THPT Ninh Giang, trường THPT dân lập Ninh Giang II và Trung tâm GDNN và GDTX huyện Ninh Giang tỉnh Hải Dương. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ nội dung, mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin thu thập trung thực, khách quan, được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thực trạng về kiến thức, thái độ và QHTD của học sinh

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kiến thức đạt	835	69,5
Thái độ đạt	881	73,3
QHTD	68	5,7

QHTD: Quan hệ tình dục

Nhận xét: Có 69,5% học sinh có kiến thức đạt về sức khỏe sinh sản, thái độ đạt là 73,3%. Tỷ lệ học sinh có QHTD là 5,7%

Bảng 2. Mối liên quan giữa kiến thức về SKSS với một số đặc điểm của học sinh và hoàn cảnh gia đình

Đặc điểm		Kiến thức		p	OR (95%CI)
		Đạt (n, %)	Chưa đạt (n, %)		
Giới	Nữ	456 (71,0)	186 (29,0)	0,21	1,2 (0,9-1,5)
	Nam	379 (67,7)	181 (32,3)		
Trường	THPT công lập Ninh Giang	285 (71,1)	116 (28,9)	<0,001	1
	THPT Dân lập Ninh Giang II	208 (51,7)	194 (48,3)		0,3 (0,2-0,6)
	Trung tâm GDNN và GDTX	342 (85,7)	57 (14,3)	<0,001	2,4 (1,7-3,5)
Khối	10	270 (66,8)	134 (33,2)	0,16 0,3	1
	11	285 (71,4)	114 (28,6)		1,2 (0,9-1,7)
	12	280 (70,2)	119 (29,8)		1,2 (0,9-1,6)
Học lực	Trung bình trở xuống	238 (78,3)	66 (21,7)	<0,001	1,8 (1,3-2,5)
	Khá trở lên	597 (66,5)	301 (33,5)		
Sống cùng bố mẹ	Có	735 (69,2)	327 (30,8)	0,6	0,9 (0,6-1,3)
	Không	100 (71,4)	40 (28,6)		
Thứ tự con	Con đầu	408 (73,4)	148 (26,6)	0,006	1,4 (1,1-1,8)
	Con thứ	427 (66,1)	219 (33,9)		

THPT: Trung học phổ thông

GDNN và GDTX: Giáo dục nghề nghiệp và giáo dục thường xuyên

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy học sinh học tại Trung tâm GDNN và GDTX và trường dân lập Ninh Giang II có kiến thức đạt cao hơn lần lượt gấp 2,4 lần và 0,3 lần học sinh đến từ trường THPT công lập Ninh Giang. Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Học sinh có học lực

trung bình trở xuống có xu hướng kiến thức đạt cao hơn 1,8 lần học sinh có học lực khá trở lên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có mối liên quan giữa kiến thức và thứ tự con, học sinh là con đầu có kiến thức đạt cao hơn học sinh là con thứ 1,4 lần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa kiến thức về SKSS với nguồn cung cấp thông tin về SKSS vị thành niên

Nguồn cung cấp thông tin	Kiến thức		p	OR (95%CI)
	Đạt (n, %)	Chưa đạt (n, %)		
Khác (Internet, tivi, đài, sách, báo, gia đình, bạn bè)	645 (71,9)	252 (28,1)	0,002	1,5 (1,2-2,0)
Trường học (trên lớp và ngoại khóa)	190 (62,3)	115 (37,7)		

Nhận xét: Tỷ lệ học sinh nghe nói về SKSS vị thành niên từ các nguồn Internet, tivi, đài, sách, báo, gia đình, bạn bè có kiến thức đạt (71,9%) cao hơn nhóm học sinh nhận từ nguồn

trường học (trên lớp và các buổi ngoại khóa) với 62,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa thái độ về SKSS với một số đặc điểm của học sinh và hoàn cảnh gia đình

Đặc điểm		Thái độ		p	OR (95%CI)
		Đạt (n,%)	Chưa đạt (n,%)		
Giới	Nam	427 (76,3)	133 (23,8)	0,03	1,3 (1,1-1,7) 1
	Nữ	454 (70,7)	188 (29,3)		
Trường	THPT công lập Ninh Giang	263 (65,6)	138 (34,4)	0,4	1 1,0 (0,8-1,4) 3,7 (2,6-5,4)
	THPT Dân lập Ninh Giang II	268 (66,7)	134 (33,3)		
	Trung tâm GDNN và GDTX	350 (87,7)	49 (12,3)		
Khối	10	294 (72,8)	110 (27,2)	0,17 0,41	1 1,2 (0,9-1,7) 0,9 (0,6-1,2)
	11	307 (76,9)	92 (23,1)		
	12	280 (70,2)	119 (29,8)		
Học lực	Trung bình trở xuống	259 (85,2)	45 (14,8)	<0,001	2,5 (1,8-3,6) 1
	Khá trở lên	622 (69,3)	276 (30,7)		
Sống cùng bố mẹ	Có	785 (73,9)	277 (26,1)	0,18	1,3 (0,9-1,9) 1
	Không	96 (68,6)	44 (31,4)		
Thứ tự con	Con đầu	416 (74,8)	140 (25,2)	0,27	1,2 (0,9-1,5) 1
	Con thứ	465 (72,0)	181 (28,0)		

THPT: Trung học phổ thông

GDNN và GDTX: Giáo dục nghề nghiệp và giáo dục thường xuyên

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ học sinh nam có thái độ đạt (76,3%) cao hơn học sinh nữ (70,7%). Có mối liên quan giữa học lực và thái độ của học sinh về SKSS, học sinh có học lực trung bình trở xuống có thái độ đạt cao gấp 2,5 lần học sinh có học lực khá trở lên. Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Những học sinh học ở Trung tâm GDNN và GDTX có tỷ lệ đạt kiến thức (87,7%) cao hơn 2 trường THPT công lập Ninh Giang (65,6%) và trường THPT dân lập Ninh Giang II (66,7%). Sự khác biệt giữa 2 trường công lập Ninh Giang và Trung tâm GDNN và GDTX có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa thái độ về SKSS với nguồn cung cấp thông tin về SKSS vị thành niên

Nguồn cung cấp thông tin	Thái độ		p	OR (95%CI)
	Đạt (n,%)	Chưa đạt (n,%)		
Khác (Internet, tivi, đài, sách, báo, gia đình, bạn bè)	676 (75,4)	221 (24,6)	0,005	1,5 (1,1-2,0)
Trường học (trên lớp và ngoại khóa)	205 (67,2)	100 (32,8)		

Nhận xét: Tỷ lệ học sinh nghe nói về SKSS vị thành niên từ các nguồn Internet, tivi, đài, sách, báo, gia đình, bạn bè có thái độ đạt (75,4%) cao hơn nhóm học sinh nhận từ nguồn

trường học (trên lớp và các buổi ngoại khóa) với 67,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa kiến thức và thái độ về SKSS vị thành niên

Kiến thức	Thái độ		p	OR (95%CI)
	Đạt (n,%)	Chưa đạt (n,%)		
Đạt	656 (78,6)	179 (21,4)	< 0,001	2,3 (1,8-3,0)
Chưa đạt	225 (61,3)	142 (38,7)		

Nhận xét: Học sinh có kiến thức đạt có xu hướng có thái độ đạt cao gấp 2,3 lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 7. Mối liên quan giữa thực hành QHTD với một số đặc điểm của học sinh và hoàn cảnh gia đình

Đặc điểm		QHTD		p	OR (95%CI)
		Có (n,%)	Không (n,%)		
Giới	Nam	47 (8,4)	513 (91,6)	<0,001	2,7 (1,6-4,8)
	Nữ	21 (3,3)	621 (96,7)		
Trường	THPT công lập Ninh Giang	8 (2,0)	393 (98,0)	0,09	1
	THPT Dân lập Ninh Giang II	44 (11,0)	358 (89,0)		6,0 (2,9-13,9)
	Trung tâm GDNN và GDTX	16 (4,0)	383 (96,0)		2,1 (0,8-5,1)
Khối	10	14 (3,5)	390 (96,5)	<0,01	1
	11	20 (5,0)	379 (95,0)		1,4 (0,7-3,0)
	12	34 (8,5)	365 (91,5)		2,5 (1,4-5,0)
Học lực	Trung bình trở xuống	58 (6,5)	840 (93,5)	0,039	2,0 (1,0-4,5)
	Khá trở lên	10 (3,3)	294 (96,7)		
Sống cùng bố mẹ	Có	9 (6,4)	131 (93,6)	0,67	1,1 (0,5-2,3)
	Không	59 (5,6)	1003 (94,4)		
Thứ tự con	Con đầu	33 (5,9)	523 (94,1)	0,7	1,1 (0,7-1,8)
	Con thứ	35 (5,4)	611 (94,6)		

THPT: Trung học phổ thông

GDNN và GDTX: Giáo dục nghề nghiệp và giáo dục thường xuyên

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng học sinh nam có QHTD cao hơn 2,7 lần học sinh nữ. Tỷ lệ học sinh ở trường THPT dân lập Ninh Giang II có tỷ lệ học sinh QHTD cao nhất (11,0%), thấp nhất là trường THPT công lập Ninh Giang (2,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Học sinh học lớp 12; học sinh có học lực trung bình trở xuống có QHTD cao hơn học sinh

học lớp 10; học lực từ khá trở lên (lần lượt gấp 2,5 và 2,0 lần). Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ học sinh nữ có kiến thức đạt (71,0%) cao hơn học sinh nam (67,7%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với

$p > 0,05$. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Thị Giang khảo sát ở một Trường phổ thông trung học ở Hải Phòng năm 2021 [8]. Tuổi dậy thì ở trẻ gái sớm hơn với những biến đổi sinh lý phức tạp hơn so với trẻ trai và đặc biệt là liên quan đến vấn đề kinh nguyệt, mang thai, nạo phá thai là những lý do để có thể giải thích là trẻ gái tìm hiểu nhiều hơn về SKSS VTN nên có kiến thức tốt hơn so với các bạn trai cùng lứa tuổi. Học sinh có học lực trung bình trở xuống có xu hướng kiến thức đạt cao hơn 1,8 lần học sinh có học lực khá trở lên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Học sinh đến từ Trung tâm GDNN và GDTX có kiến thức đạt cao hơn gấp 2,4 lần trường THPT công lập Ninh Giang. Có mối liên quan giữa kiến thức và thứ tự con, học sinh là con đầu có kiến thức đạt cao hơn học sinh là con thứ 1,4 lần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ học sinh nghe nói về SKSS vị thành niên từ các nguồn Internet, tivi, đài, sách, báo, gia đình, bạn bè có kiến thức đạt cao hơn 1,5 lần nhóm học sinh nhận từ nguồn trường học (trên lớp và các buổi ngoại khóa) với 62,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Trường tại Thái Nguyên (2,45 lần) [9]. Điều này một lần nữa khẳng định tầm quan trọng của công tác thông tin truyền thông tới các em các kiến thức về vấn đề SKSS VTN, đặc biệt qua các kênh từ gia đình, bạn bè, mạng Internet.

Nghiên cứu chỉ ra có mối liên quan giữa giới tính và thái độ chung về SKSS. Kết quả cho thấy học sinh nam có thái độ đạt về SKSS cao hơn gấp 1,3 lần học sinh nữ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt này có thể giải thích là do bởi cùng một lứa tuổi thì học sinh nữ quan điểm khắt khe hơn đối với các vấn đề có liên quan đến QHTD, có thái độ so với các em nam.

Kết quả của chúng tôi cũng ghi nhận học sinh đến từ Trung tâm GDNN và GDTX có xu hướng có thái độ đạt cao hơn gấp 3,7 lần so với THPT công lập Ninh Giang. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả Bảng 6 cho thấy những học sinh có kiến thức đạt thì có thái độ đạt cao hơn gấp 2,3 lần so với những học sinh chưa đạt về kiến thức. Khi các em có kiến thức đúng về SKSS thì các quan niệm, hành vi cũng hướng theo đúng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ học sinh ở trường THPT dân lập Ninh Giang II có tỷ lệ học sinh QHTD (11,0%) cao hơn trường THPT công lập Ninh Giang (2,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Học sinh học lớp 12; học sinh có học lực trung bình trở xuống có QHTD cao hơn học sinh học lớp 10; học lực từ khá trở lên (lần lượt gấp 2,5 và 2,0 lần). Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu về hành vi quan hệ tình dục trước hôn nhân và một số yếu tố liên quan của học sinh tại các trường Trung học phổ thông trên địa bàn quận Gò Vấp, thành phố Hồ Chí Minh năm 2022 của tác giả Tôn Thị Huyền Trang và cộng sự [10]. Học sinh học lớp 12 là năm cuối cấp, tuổi của các em cũng đã được pháp luật công nhận là người trưởng thành, có tư cách pháp lý, các em thường có xu hướng cởi mở về việc QHTD hơn các em ít tuổi hơn.

Sự phát triển kinh tế - xã hội ngày càng đa dạng và phức tạp đã tác động trực tiếp đến đời sống tâm lý lứa tuổi học sinh với nhiều biểu hiện đáng lo ngại, những thay đổi về tâm sinh lý của các em cũng trở nên phức tạp hơn. Những hình ảnh phản cảm tràn lan trên mạng xã hội dễ tác động tiêu cực đến các em. Nguy hiểm hơn là tình trạng quan hệ tình dục sớm, nạo phá thai sẽ để lại những

hậu quả lâu dài cho gia đình và xã hội. Giáo dục giới tính cho trẻ VTN, giúp các em biết cách bảo vệ chính mình là hết sức quan trọng và cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về sức khỏe sinh sản gồm: học sinh ở Trung tâm GDNN và GDTX; học lực trung bình trở xuống; con đầu; nguồn cung cấp thông tin là Internet, tivi, đài, sách, báo, gia đình, bạn bè. Một số yếu tố liên quan đến thái độ: giới tính nam; học ở Trung tâm GDNN và GDTX; học lực trung bình trở xuống; nguồn cung cấp thông tin và kiến thức đạt. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hành vi QHTD với giới tính nam; học ở trường THPT dân lập Ninh Giang II; học lực trung bình trở xuống. Cha mẹ, nhà trường, các ban ngành, đoàn thể, tổ chức chính trị - xã hội cần chủ động cung cấp thông tin về tình dục an toàn cho con cái ngay từ khi các em còn nhỏ theo từng nội dung phù hợp với lứa tuổi các em. Học sinh cần tìm hiểu thông tin về sức khỏe sinh sản từ các nguồn thông tin uy tín; chủ động chia sẻ với gia đình, người thân những băn khoăn về giới tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổng cục Thống kê**, Kết quả toàn bộ Tổng điều tra dân số và nhà ở (2019).
2. **Tổng cục Thống kê và Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình**, Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam (SAVY2) (2009).
3. **Bộ Y tế và Tổ chức Y tế thế giới (WHO) tại Việt Nam**, Báo cáo Khảo sát hành vi sức khỏe học sinh toàn cầu tại Việt Nam (2019).
4. **Bộ Y tế**, Quyết định về hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Số: 4128/QĐ-BYT, ngày 29/7/2016.
5. **Chi cục Dân số-KHHGĐ tỉnh Hải Dương**, Báo cáo kết quả khảo sát về sức khỏe sinh sản vị thành niên, thanh niên tỉnh Hải Dương, (2018).
6. **Nguyễn Bá Nam, Trần Hoàng Duy và Trịnh Ngọc Thành**, Kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản của học sinh trung học phổ thông tại quận Ninh Kiều, Thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y học dự phòng (2019), 30(4): p116 - 122.
7. **Đỗ Thục Sinh**, Thực trạng kiến thức, thái độ và một số yếu tố liên quan đến quan hệ tình dục an toàn của học sinh trường Trung học phổ thông Lê Hồng Phong, Hồng Bàng, Hải Phòng. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y Dược Hải Phòng (2018).
8. **Hoàng Thị Giang, Nguyễn Xuân Bách, Phạm Thị Ngọc, Phạm Thị Oanh, Trần Thị Thúy Hà, Nguyễn Thế Anh**. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về sức khỏe sinh sản vị thành niên và thực hành tình dục an toàn của học sinh trường Trung học phổ thông Phan Đăng Lưu, Hải Phòng năm 2021. Tạp Chí Y học Dự phòng (2022), 32(1), 318-325.
9. **Nguyễn Văn Trường**, Thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi về sức khỏe sinh sản ở học sinh trung học phổ thông huyện Đại Từ - Thái Nguyên. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên (2007).
10. **Tôn Thị Huyền Trang, Nguyễn Văn Tập, Bùi Thị Phương, Phạm Thị Hải Yến, Hà Thị Lệ Hằng**. Hành vi quan hệ tình dục trước hôn nhân và một số yếu tố liên quan của học sinh tại các trường Trung học phổ thông trên địa bàn quận Gò Vấp, thành phố Hồ Chí Minh năm 2022. Tạp Chí Y học Dự phòng (2022), 32(7), 50 - 59.

Kiến thức và Thái độ của Điều dưỡng Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng đối với Phòng ngừa Loét tì đè năm 2023

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Phạm Thị Thu Hương¹, Nguyễn Bảo Trân¹,
Nguyễn Thị Hồng Anh², Trần Ngọc Hải³, Nguyễn Thị Thu Hồi³

TÓM TẮT

Loét tì đè (PU) là một biến chứng nghiêm trọng ở bệnh nhân nằm viện và là gánh nặng cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe. Kiến thức và thái độ của điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong công tác phòng ngừa loét tì đè. Mục đích của nghiên cứu này là mô tả thực trạng kiến thức và thái độ của điều dưỡng đối với việc phòng ngừa loét tì đè tại bệnh viện Việt Tiệp. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang với tổng số 225 điều dưỡng viên được lựa chọn theo tiêu chuẩn. Kết quả cho thấy điều dưỡng điểm trung bình kiến thức của Điều dưỡng về phòng ngừa loét tì đè ($11,78 \pm 2,81$), nội dung kiến thức tốt nhất là dinh dưỡng với điểm trung bình $0,72 \pm 0,64$ (72%) và thấp nhất là đánh giá nguy cơ loét $0,77 \pm 0,42$ (38,5%) và thái độ đối với việc phòng ngừa loét tì đè đạt điểm trung bình chung $34,2 \pm 10,97$ trong đó trách nhiệm phòng ngừa loét do tỳ đè chiếm tỉ lệ điểm trung bình thấp nhất $5,21 \pm 1,89$ (65,12), còn tỉ lệ đạt điểm trung bình cao nhất mục thái độ là niềm tin vào hiệu quả của việc phòng ngừa $6,45 \pm 1,90$ (80,06%).

Từ khóa: kiến thức, thái độ, loét tì đè, phòng ngừa, điều dưỡng

SUMMARY

NURSE'S KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARDS PREVENTION OF PRESSURE ULCERS IN VIETTIEP HOSPITAL HAI PHONG 2023

Pressure ulcers (PU) remain a serious complication of hospitalization patients and a burden for healthcare professionals. Knowledge and attitudes of nurses play a fundamental role in prevention. The aim of this study was to determine the knowledge and attitudes of nurses towards the prevention of PU in Viet Tiep. A quantitative exploratory cross-sectional design was chosen. From the 225 randomly selected nurses results showed that nurses had an average score in terms of knowledge ($M = 11.78$; $SD \pm 2.81$), the best knowledge content was nutrition with average score of $0,72 \pm 0,64$ (72.0%) and the lowest was risk assessment ulcers $0,77 \pm 0,42$ (38.5%) and attitude towards preventing pressure ulcers achieved an overall average score of 34.24 ± 10.97 in which responsibility for preventing pressure ulcers accounted for the lowest percentage of points $5,21 \pm 1.89$ (65.12), while the highest is belief in the effectiveness of prevention with score of $6,45 \pm 1.90$ (80.06%).

Keywords: knowledge, attitude, pressure ulcer, prevention, nurses

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét tỳ đè là gánh nặng cho bệnh nhân ở mọi lứa tuổi, gây ra các biến chứng như đau đớn, giảm chất lượng cuộc sống, tổn chi phí

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường Đại học Công nghệ Đông Á

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp - Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương

Email: ntthuhuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2024

Ngày duyệt bài: 22/4/2024

và thời gian nằm viện lâu dài. Vấn đề về tỷ lệ loét tì đè rất phức tạp. Trên thế giới, mặc dù công nghệ tiên bộ và nghiên cứu lâm sàng thành công về phòng ngừa và điều trị loét tì đè thì tỷ lệ mắc vẫn cao 7–71,6%, tỷ lệ hiện mắc là 8,8–53,2% và tỷ lệ tử vong cao [1]. Tại Việt Nam, nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỉ lệ loét tì đè ở bệnh nhân chấn thương cột sống là 23,3% trong đó tỉ lệ loét tì đè vùng cụt và gót chân tương ứng là 46,6% và 26,6% [2].

Việc theo dõi tỷ lệ loét tì đè một số nơi chưa được thống nhất; vấn đề nằm ở sự thiếu nhất quán trong đánh giá và tiêu chuẩn hóa việc phòng ngừa và điều trị loét do tỳ đè, thiếu sót trong đánh giá và kiểm tra, thiếu hướng dẫn về phương pháp, chương trình phòng ngừa và thu thập dữ liệu liên quan [3].

Các tiêu chuẩn chăm sóc đầy đủ liên quan đến loét tỳ đè cần được thực hiện ở tất cả các cấp độ chăm sóc và phải là một trong những ưu tiên của bất kỳ bệnh viện và cơ sở chăm sóc nào để cung cấp dịch vụ chăm sóc đầy đủ và chất lượng cao [4]. Các tiêu chuẩn được hướng dẫn đầy đủ và cụ thể có thể ngăn ngừa đáng kể loét do tỳ đè. Hội đồng về Loét tì đè Châu Âu (EPUAP) thường xuyên xem xét các tiêu chuẩn và quy trình quản lý loét tì đè dựa trên cơ sở nghiên cứu. Trong nhiều trường hợp, người ta nhận thấy các tiêu chuẩn, quy trình không được sử dụng hoặc sử dụng không đầy đủ [4].

Kiến thức là cho nền tảng thực hành dẫn tới chất lượng và sự an toàn của dịch vụ chăm sóc được cung cấp. Hầu hết các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy sự thiếu hụt về kiến thức và thái độ. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích mô tả thực trạng kiến thức và thái độ của Điều dưỡng bệnh viện Việt Tiệp trong phòng ngừa loét tì đè năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Điều dưỡng chăm sóc trực tiếp bệnh nhân tại các khoa lâm sàng tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

Điều dưỡng đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Điều dưỡng phòng ban, Điều dưỡng làm công tác hành chính

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

2.3. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng 1 tỷ lệ cho 1 mẫu với sai số tuyệt đối:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

ta có $n = 1.96^2 \times 0.5(1-0.5)/0.1^2 = 96,15$. Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu; z: 1,96 với mức mức ý nghĩa thống kê 5%; p: 0,5 (dựa vào nghiên cứu trước đây) [5]; d: 0,1 (mức sai số chấp nhận theo giá trị p: 0,5). Nghiên cứu gồm 225 điều dưỡng tham gia nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ theo số lượng điều dưỡng ở các khoa lâm sàng phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin.

Thông tin được thu thập bằng phương pháp điền phiếu thông tin qua google form. Trước khi điều tra chính thức, tiến hành điều tra thử trên 15 điều dưỡng để kiểm tra tính logic, phù hợp của bộ câu hỏi. Bộ công cụ thu thập thông tin gồm 2 phần:

Phần 1: Thông tin nhân khẩu học và đặc điểm điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu

Phần 2: bộ câu hỏi đánh giá kiến thức về vết loét tì đè Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool (PUKAT) [6] bao gồm 26 câu hỏi trắc nghiệm trong sáu mục kiến thức khác nhau. Mục 1: nguyên nhân và tiến triển; mục 2: theo dõi và phân loại; mục 3: dinh dưỡng; mục 4: đánh giá nguy cơ; mục 5: giảm áp lực và thương tổn, mục 6: giảm thời gian tì đè và ma sát. Người trả lời có thể chọn từ nhiều câu trả lời, trong đó chỉ có một câu trả lời đúng. Điểm tối đa của các câu trả lời đúng là 26 và điểm trung bình $\geq 60\%$ được coi là đạt yêu cầu [6]. Thái độ của người trả lời đối với việc quản lý loét do tỳ đè được đánh giá bằng công cụ đo lường Attitudes towards Pressure Ulcers Prevention (APuP) [7]. Công cụ gồm 13 mục được chia thành 5 lĩnh vực: (1) năng lực cá nhân trong việc ngăn ngừa loét do tỳ đè, (2) tác động của việc phòng ngừa loét do tỳ đè, (3) tác động

của loét do tỳ đè, (4) trách nhiệm phòng ngừa loét do tỳ đè, và (5) niềm tin vào hiệu quả của việc phòng ngừa. Các ý kiến có thể được thể hiện theo thang đo Likert (1 = hoàn toàn đồng ý, 2 = đồng ý, 3 = không đồng ý, 4 = hoàn toàn không đồng ý). Tổng số điểm đạt được là 52 và điểm trung bình đạt yêu cầu là $\geq 75\%$ [7].

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 nhập và phân tích số liệu

- Các biến độc lập được mô tả bằng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%).

- Sử dụng thống kê mô tả để đánh giá điểm trung bình của kiến thức và thái độ

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện và người tham gia nghiên cứu. Điều dưỡng tự nguyện tham gia, trả lời phỏng vấn cũng như được giải thích rõ về đề tài nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 225)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Vị trí		
Điều dưỡng trưởng	28	12,5
Điều dưỡng viên	197	87,5
Đơn vị công tác		
Khối ngoại	83	36,8
Khối nội	69	30,6
Ứng bướu	28	12,4
Khối hồi sức	45	20,2
Trình độ		
ĐD cao đẳng	164	72,8
ĐD đại học	58	25,7
Sau đại học	3	1,5
Được đào tạo về phòng ngừa loét tì đè		
Đào tạo 1 lần	185	82,2
Đào tạo 2 lần	37	16,4
> 2 lần	2	1,4

Kết quả phân tích cho thấy điều dưỡng viên chiếm 87,5%. Đa số điều dưỡng làm tại khối ngoại và khối nội chiếm tỉ lệ lần lượt là 36,8% và 30,6%. Điều dưỡng cao đẳng chiếm tỉ lệ 72,8% còn sau đại học 1,5%/ Tất cả các điều dưỡng viên đều được đào tạo về phòng ngừa loét tì đè trong đó đào tạo 1 lần chiếm tỉ lệ 82,2% còn trên 2 lần chiếm 1,4%.

Bảng 2: Kiến thức về phòng ngừa loét tì đè của đối tượng nghiên cứu (n = 225)

Nội dung	Trung bình $\pm$ SD	Điểm tối đa	% (điểm TB/điểm tối đa)
1. Nguyên nhân và tiến triển	2,35 $\pm$ 1,13	6	39,10
2. Theo dõi và phân loại	2,65 $\pm$ 0,98	5	53,00
3. Dinh dưỡng	0,72 $\pm$ 0,64	1	72,00
4. Đánh giá nguy cơ loét	0,77 $\pm$ 0,42	2	38,50
5. Giảm áp lực và thương tổn	3,06 $\pm$ 1,25	7	43,71
6. Giảm thời gian tì đè và ma sát	2,64 $\pm$ 1,03	5	52,80
Tổng	11,78 $\pm$ 2,81	26	45,50

Bảng 2 cho thấy tỉ lệ điểm kiến thức trung bình là 45,5% (M = 11,78; SD $\pm$ 2,81). Nội dung kiến thức tốt nhất là dinh dưỡng (72,0%) và thấp nhất là đánh giá nguy cơ loét (38,5%).

Bảng 3: Thái độ về phòng ngừa loét tì đè của đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Trung bình $\pm$ SD	Điểm tối đa	% (điểm TB/điểm tối đa)
1. Năng lực cá nhân trong việc ngăn ngừa loét do tì đè	8,25 $\pm$ 3,01	12	68,75
2. Tác động của việc phòng ngừa loét tỳ đè	7,84 $\pm$ 3,04	12	65,30
3. Tác động của loét do tỳ đè	8,04 $\pm$ 3,19	12	67,00
4. Trách nhiệm phòng ngừa loét do tỳ đè	5,21 $\pm$ 1,89	8	65,12
5. Niềm tin vào hiệu quả của việc phòng ngừa	6,45 $\pm$ 1,90	8	80,06
Tổng	34,24$\pm$10,97	52	65,84

Bảng 3 cho thấy tỉ lệ điểm trung bình chung đạt 65,84% (M = 34,24; SD $\pm$ 10,97). Niềm tin vào hiệu quả của việc phòng ngừa có tỉ lệ điểm đạt 80,06% các mục còn lại có tỉ lệ điểm nằm trong khoảng 67–69%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả này nhằm mục đích xác định kiến thức và thái độ đối với việc phòng ngừa loét do tỳ đè của điều dưỡng tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp - Hải Phòng. Kết quả cho thấy điều dưỡng còn thiếu kiến thức và thái độ trong phòng ngừa loét tì đè khi mức độ đạt về kiến thức và thái độ còn

chưa cao. Tỉ lệ điểm trung bình chung kiến thức của điều dưỡng về phòng ngừa loét tì đè chỉ đạt 45,5% (11,78 $\pm$ 2,81) chưa đáp ứng được mức đạt là $\geq 60\%$ mà tác giả bộ công cụ đã đề ra. Điểm trung bình chung về thái độ chỉ đạt 65,84% (34,24 $\pm$ 10,97) và chưa đáp ứng được mức đạt $\geq 75\%$ mà tác giả công cụ đặt ra.

Đối với các nghiên cứu trước đây, phần lớn các nghiên cứu cho thấy sự thiếu kiến thức [4] và thái độ [8] đối với việc quản lý loét tì đè của điều dưỡng cũng tương tự như kết quả của nghiên cứu này. Một số kết quả

cho thấy kiến thức và thái độ về loét tì đè ở mức độ tốt với tỉ lệ điểm trung bình đạt 79,1% về kiến thức nói chung trong đó kiến thức về phòng ngừa loét tì đè là 68,1% đối với điều dưỡng viên [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ điểm trung bình chung về kiến thức chỉ đạt 45,5% trong đó kiến thức về dinh dưỡng trong phòng ngừa loét tì đè của điều dưỡng viên đạt tỉ lệ cao nhất 72% còn kiến thức về đánh giá nguy cơ loét điểm còn chưa tốt khi điểm trung bình ở mục này chỉ chiếm 38,5%. Đối với thái độ, thì niềm tin vào hiệu quả của việc phòng ngừa chiếm tỉ lệ 80,06% cao hơn tiêu chuẩn đạt là 75% tuy nhiên các nội dung khác trong mục đánh giá thái độ còn chưa đạt so với tiêu chuẩn đề ra.

So sánh kết quả của chúng tôi với nghiên cứu của Beeckman et al. [8], điều dưỡng Bỉ đạt điểm cao hơn so với điều dưỡng Việt Tiệp cả về kiến thức và thái độ. Đối với kiến thức, kết quả của nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ điểm trung bình chung đạt 53,4% (11,8±42,83). Đánh giá về thái độ, tỉ lệ điểm trung bình về thái độ của điều dưỡng ở nghiên cứu của Bỉ đạt 78,7% so với mức tiêu chuẩn đạt về thái độ là $\geq 75\%$ [8].

Trong một nghiên cứu đối với Điều dưỡng Úc năm 2023, thì tỉ lệ điểm trung bình chung về nội dung kiến thức trước can thiệp là 43,22% và sau can thiệp là 51,22 % (M:11,85, SD: 0,25) [10]. Đối với tỉ lệ điểm thái độ trước can thiệp là 74,77 % (M:38,8; SD: 9,75) [9]. Tỉ lệ điểm sau can thiệp là 79,02 % (M:41,09; SD: 11,82). Mức tỉ lệ điểm sau can thiệp đối với kiến thức và thái độ cao hơn kết quả của chúng tôi nhưng

điểm trước can thiệp thì thấp hơn về nội dung kiến thức.

Loét do tỳ đè vẫn là một vấn đề nghiêm trọng trên toàn thế giới. Mặc dù công nghệ tiên tiến và sự phát triển nhanh chóng của các phương pháp phòng ngừa, loét tì đè vẫn là nguyên nhân gây ra các biến chứng nghiêm trọng về sức khỏe. Tỷ lệ loét do tỳ đè là một chỉ số quan trọng về chất lượng chăm sóc. Do đó các hướng dẫn về phòng ngừa loét tì đè và kiến thức và thái độ của các điều dưỡng người trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho người bệnh rất quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức và thái độ về phòng ngừa loét tì đè đối với điều dưỡng chưa được đầy đủ khi tỉ lệ kiến thức chưa đạt yêu cầu (45,5%) và thái độ thấp (65,84%) so với yêu cầu của ApuP đề ra. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức và thái độ về phòng ngừa loét tì đè đối với điều dưỡng cần được cải thiện, đặc biệt về các mục kiến thức về đánh giá nguy cơ loét và thời gian ma sát, tì đè. Cần tập trung vào mục trách nhiệm phòng ngừa loét do tì đè trong mục thái độ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Defloor, T.; De Bacquer, D.; Grypdonck, M.H.F. The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers. *Int. J. Nurs. Stud.* **2005**, *42*, 37–46.
2. Lê Thị Trang; Phạm Thị Kim Thoa; Hoàng Gia Du và cộng sự (2021). Thực trạng loét tỳ đè ở bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt tủy tại khoa chấn thương chỉnh hình và cột sống bệnh viện Bạch Mai từ

- 9/2017 - 9/2018. Tạp chí y học lâm sàng. 2021; (121): 84-90.
3. **Duimel-Peeters, I.G.P.; Hulsenboom, M.A.; Berger, M.P.F.; Snoeckx, L.H.E.H.; Halfens, R.J.G.** Massage to prevent pressure ulcers: Knowledge, beliefs and practice. A cross-sectional study among nurses in the Netherlands in 1991 and 2003. *J. Clin. Nurs.* **2006**, 15, 428–435.
 4. **Demarré, L.; Vanderwee, K.; Defloor, T.; Verhaege, S.; Schoonhoven, L.; Beeckman, D.** Pressure ulcers: Knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *J. Clin. Nurs.* **2012**, 21, 1425–1434.
 5. **Nguyễn Thị Thu Hương; Phạm Minh Khuê, Nguyễn Thanh Hải và cộng sự (2022).** Kiến thức về loét tì đè của sinh viên Điều dưỡng ở các trường đào tạo Điều dưỡng 358 tại Hải Phòng năm 2021. *Tạp chí y học dự phòng.* 2022; (32): 358-365
 6. **Beeckman, D.; Vanderwee, K.; Demarré, L.; Paquay, L.; Van Hecke, A.; Defloor, T.** Pressure ulcer prevention: Development and psychometric validation of a knowledge assessment instrument. *Int. J. Nurs. Stud.* **2010**, 47, 399–410.
 7. **Beeckman, D.; Defloor, T.; Demarré, L.; Van Hecke, A.; Vanderwee, K.** Pressure ulcers: Development and psychometric evaluation of the Attitude towards Pressure Ulcer Prevention instrument (APuP). *Int. J. Nurs. Stud.* **2010**, 47, 1432–1441.
 8. **Beeckman, D.; Defloor, T.; Schoonhoven, L.; Vanderwee, K.** Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A cross-sectional Multicentre Study in Belgian Hospitals. *Worldviews Evid. Based Nurs.* **2011**, 8, 166–176.
 9. **Pancorbo-Hidalgo, P.L.; Garcia-Fernández, F.P.; López-Medina, L.M.; López-Orega, J.** Pressure ulcer care in Spain: Nurses' knowledge and clinical practice. *J. Adv. Nurs.* **2007**, 58, 327–338.
 10. **Rebekkah Middleton, Kaye Rolls, Jenny Sim.** Critical care nurses' knowledge and attitudes toward pressure injury prevention: A pre and post intervention study. *Intens Crit Care Nur.* **2023**, 79, 1-8.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY DINH DƯỠNG THẤP CÒI Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI HUYỆN BA CHỀ, QUẢNG NINH NĂM 2022

Phạm Thị Vân¹, Hà Minh Tâm¹, Nguyễn Khánh Hưng¹,
Đoàn Ngọc Thanh², Đặng Văn Chức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi huyện Ba Chẽ, Quảng Ninh năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 603 cặp mẹ và trẻ dưới 5 tuổi đang sinh sống tại huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh năm 2022. **Kết quả:** Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với SDD thấp còi gồm: trẻ bị cai sữa sớm (aOR=2,33); trẻ không được bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu (aOR=3,205); trẻ không được ăn bổ sung đầy đủ các chất (aOR=9,11); trẻ không được ăn thêm 1 bữa sữa/ngày (aOR=7,35); gia đình thuộc hộ nghèo (aOR=4,78). chỉ số BMI của mẹ trước sinh <18,5 (aOR=2,45) và gia đình có trên 2 con (OR=3,45). **Kết luận:** Yếu tố liên quan đến SDD thấp còi gồm yếu tố liên quan đến nuôi dưỡng trẻ, kinh tế hộ gia đình nghèo, dinh dưỡng trước sinh mẹ kém và gia đình đông con.

Từ khóa: Trẻ dưới 5 tuổi, yếu tố liên quan, suy dinh dưỡng thấp còi, Ba Chẽ-Quảng Ninh

SUMMARY

SOME RISK FACTORS RELATED TO STUNTING IN CHILDREN LESS THAN 5 YEARS OLD IN BA CHE, QUANG NINH IN 2022

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trung tâm Y tế huyện Ba Chẽ, Quảng Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chức

Email: dvchuc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/5/2024

Ngày duyệt bài: 22/5/2024

Objective: The study was done to describe some risk factors related to stunting in children less than 5 years old in Ba Che, Quang Ninh in 2022. **Subject and method:** Studied subjects included 603 pairs of mother-child less than 5 years old. The method was a cross-sectional study. **Results:** Factors significantly associated with stunting included early wean (aOR=2.33); not exclusively breastfeeding in the first 6 months (aOR=3.205); not receiving adequate micronutrient supplements (aOR=9.11); not receiving one more milk/day (aOR=7.35); poor family (aOR=4.78); antenatal maternal BMI <18.5 (aOR=2.45) and family having more than 2 children (OR=3.45). **Conclusions:** Factors associating to stunting included feeding factors, poor family, low antenatal maternal BMI, and family having more than 2 children.

Keywords: Children less than 5 years old, risk factor, stunting, Ba Che-Quang Ninh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng do thiếu protein - năng lượng và các vi chất dinh dưỡng là vấn đề sức khỏe cộng đồng của nhiều quốc gia trên thế giới nhất là ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Suy dinh dưỡng (SDD) gặp nhiều ở trẻ em dưới 5 tuổi, biểu hiện với các mức độ khác nhau. Bệnh không những ảnh hưởng đến phát triển thể chất mà còn ảnh hưởng đến sự phát triển tinh thần, trí tuệ của trẻ và để lại hậu quả nặng nề cho trẻ và xã hội, ảnh hưởng đến hình ảnh quốc gia,

các trường hợp nặng có thể dẫn đến tử vong [1].

Trong năm 2020, trên toàn cầu có 149,2 triệu trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng thể thấp còi, 45,4 triệu trẻ gầy còm và 38,9 triệu trẻ thừa cân. Hơn một nửa số trẻ em bị ảnh hưởng bởi tình trạng gầy còm sống ở Nam Á, và Châu Á là nơi sinh sống của hơn 3/4 tổng số trẻ em bị gầy còm trầm trọng. SDD thể thấp còi, gầy còm nặng và kém phát triển bào thai là nguyên nhân của 2,2 triệu trẻ tử vong, 21% số năm tàn tật của cuộc đời được điều chỉnh ở trẻ dưới 5 tuổi trên toàn cầu [2]. Tại Việt Nam, từ năm 1990 - 2020, tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi ở nước ta đã giảm từ hơn 56% xuống còn hơn 19%; trong đó, các địa phương miền núi, vùng cao, biên giới... là những nơi có tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng cao nhất. Kết quả khảo sát của Viện Y học ứng dụng Việt Nam trong 2 tháng 7 và 8/2023 ở 400 trẻ dưới 5 tuổi cho thấy: tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng thấp còi tại 2 tỉnh Hà Giang và Kon Tum lần lượt là 26,5% và 25,5%.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Chi [3] tại huyện Vĩnh Bảo, một huyện nông thôn Hải Phòng vào năm 2020 cho thấy tỷ lệ SDD còn cao. Cụ thể SDD nhẹ cân 11,4%, SDD thấp còi 27,9% và SDD gầy còm 8,6%. Một nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Xuân Hùng [4] và của tác giả Sazedur Rahman và cộng sự [5] đã chỉ ra các yếu tố liên quan đến SDD thấp còi là yếu tố bản thân trẻ, yếu tố nuôi dưỡng, chăm sóc, yếu tố kinh tế xã hội từ phía mẹ và gia đình.

Huyện Ba Chẽ là huyện nông thôn miền núi thuộc tỉnh Quảng Ninh, nơi có nhiều dân tộc thiểu số anh em sinh sống, điều kiện kinh tế xã hội khó khăn, tỷ lệ hộ nghèo còn cao. Dân số của huyện là 23.149 người, trong đó

có 2.317 trẻ em dưới 5 tuổi. Trong những năm qua, mặc dù tỷ lệ trẻ bị SDD có xu hướng giảm, các hoạt động can thiệp nhằm giảm tỷ lệ SDD trẻ em trên địa bàn huyện luôn được quan tâm; Tuy nhiên tỷ lệ trẻ em bị SDD vẫn còn cao so với mục tiêu phấn đấu của huyện. Để tìm câu trả lời cho câu hỏi: “Yếu tố nào ảnh hưởng đến tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi đang sinh sống tại huyện Ba Chẽ, Quảng Ninh?”, từ đó giúp đề xuất các giải pháp nhằm cải thiện hiệu quả tỉ lệ SDD thấp còi của huyện. Chúng tôi thực hiện đề tài nhằm với mục tiêu: **“Mô tả một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại địa điểm trên”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả các cặp mẹ và trẻ dưới 5 tuổi đang đăng ký thường trú tại 3 xã Đạp Thanh, Thanh Lâm và Thanh Sơn, huyện Ba Chẽ, Quảng Ninh, đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Thời gian nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: 03 xã Đạp Thanh, Thanh Lâm và Thanh Sơn, huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 05/2022 đến tháng 10/2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

* **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Dùng công thức sau đây để tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu

p: Tỷ lệ SDD thấp còi. Sử dụng tỉ lệ tham khảo của Bộ Y tế là 19,6% [6]. Lấy $p = 0,196$

d: Sai số cho phép. Chọn $d = 0.05$

Độ tin cậy $\alpha = 0,05$ có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

Với hiệu ứng mẫu = 2, sau khi tính toán được cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 486.

*** Kỹ thuật chọn mẫu:**

Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống. Chọn được cặp mẹ - trẻ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu. Những đối tượng không thấp còi được chọn vào nhóm chứng để tìm yếu tố liên quan đến SDD thấp còi.

2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung về trẻ: tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, dân tộc, cân nặng khi sinh, tiền sử bệnh tật, thông tin về tiêm chủng.

- Thông tin chung về mẹ: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, số con sống còn, kinh tế hộ gia đình, BMI của mẹ trước sinh, bổ sung vi chất trong thai kỳ, ăn kiêng theo phong tục tập quán, bổ sung sắt sau sinh.

- Thông tin về nuôi dưỡng trẻ: tình trạng bú mẹ hoàn toàn, bú mẹ sớm sau khi sinh (trong vòng 2 giờ đầu), thời điểm ăn dặm, số bữa ăn/ngày, thời điểm cai sữa.

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi.

- Liên quan giữa tình trạng SDD với đặc điểm của trẻ; với đặc điểm của mẹ; với tình trạng nuôi dưỡng của trẻ sau sinh.

2.6. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

- Thu thập chỉ số nhân trắc bằng cân và thước đo đã được chuẩn hoá bởi Trung tâm y tế huyện Ba Chẽ. Người thu thập là nhân viên và các cộng tác viên dinh dưỡng của trạm y tế.

- Sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn phỏng vấn bà mẹ các thông tin liên quan đến nuôi

dưỡng, chăm sóc, tiền sử bệnh tật, thông tin về tiêm chủng của trẻ; các thông tin về mẹ. Mỗi cuộc phỏng vấn khoảng 20 phút, được thực hiện bởi cán bộ của Trung tâm Y tế huyện Ba Chẽ và của 3 Trạm Y tế xã Đạp Thanh, Thanh Lâm và Thanh Sơn.

2.7. Tiêu chuẩn đánh giá

*** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ:**

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng thấp còi của trẻ dưới 5 tuổi sử dụng đánh giá chỉ số Z-score của chiều cao theo tuổi theo phân loại của (WHO - 2006):

- Dưới - 2SD Z-score: Suy dinh dưỡng thấp còi

- Từ - 2SD đến + 2SD: Không SDD thấp còi

*** Chỉ số BMI của bà mẹ:**

Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index) của mẹ được tính theo công thức:

$$BMI = \text{Cân nặng (kg)} / \text{chiều cao (m)}^2$$

Theo Tiểu ban công tác béo phì của WHO khu vực Tây Thái Bình Dương và Hội đái tháo đường Châu Á, đề nghị thang phân loại như sau:

+ BMI 18,5- 22,9: bình thường

+ BMI < 18,5: thiếu cân (gầy)

+ BMI $\geq$ 23: thừa cân (béo)

*** Đánh giá kinh tế hộ gia đình:**

Áp dụng tiêu chí xác định hộ nghèo dựa theo Nghị định 07/2021/NĐ-CP ngày 27 tháng 01 năm 2021 của Chính phủ quy định chuẩn nghèo đa chiều giai đoạn 2021 - 2025 như sau:

*** Tiêu chí hộ nghèo:**

- Khu vực nông thôn: những hộ có thu nhập bình quân dưới 1,5 triệu đồng/người/tháng trở xuống là hộ nghèo.

- Khu vực thành thị: Những hộ có mức thu nhập bình quân dưới 2 triệu đồng/người/tháng trở xuống là hộ nghèo.

2.8. Nhập liệu và xử lý số liệu

Thông tin sau khi thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

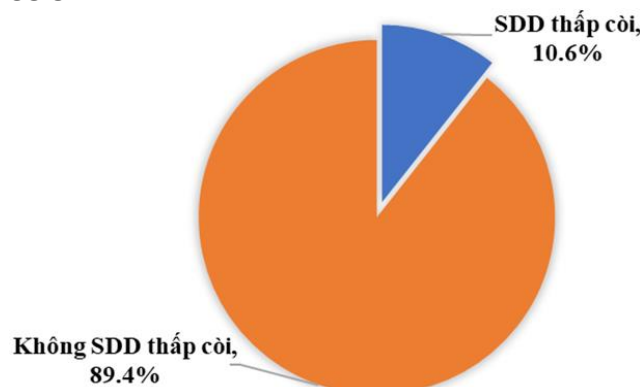
Kết quả sau khi phân tích được trình bày dưới dạng bảng/ hình theo tỷ lệ phần trăm. So sánh 2 tỷ lệ bằng test Fisher's, Chi-Square. Tính OR để tìm mối liên quan giữa SDD thấp còi với một số yếu tố liên quan. Ngưỡng ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Đưa vào mô hình hồi quy đa biến các yếu tố có p

$< 0,2$ để phân tích các yếu tố liên quan thực sự đến tình trạng SDD thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi.

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự đồng ý cho phép của lãnh đạo Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng và Hội đồng khoa học Trường đại học Y Dược Hải Phòng. Gia đình đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1. Tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ tham gia nghiên cứu (n = 603)

Nhận xét: Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi của 03 xã huyện Ba Chẽ, Quảng Ninh là 10,6%.

Bảng 1. Phân bố đối tượng theo dân tộc (n = 603)

Dân tộc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sán Chỉ	323	53,6
Dao	150	24,9
Tày	113	18,7
Khác (Kinh, Hoa, Mường, Nùng)	17	2,8

Nhận xét: Người dân tộc Sán Chỉ chiếm tỷ lệ cao nhất 53,6%, những dân tộc khác (Kinh, Hoa, Mường, Nùng) chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,8%.

Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới.

Nhóm tuổi (tháng tuổi)	Nam		Nữ		Tổng	P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng (%)	
0 - <12	45	58,4	32	41,6	77	0,397
12 - <24	47	46,1	55	53,9	102	
24 - <36	71	54,6	59	45,4	130	
36 - <48	70	51,5	66	48,5	136	
48 - <60	90	57,0	68	43,0	158	
Tổng	323	53,6	280	46,4	603 (100,0)	

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ trai cao hơn trẻ gái (53,6% so với 46,4%). Trong đó, tỷ lệ trẻ trai cao nhất ở nhóm tuổi 0 – < 12 tháng tuổi (chiếm 58,4%); tỷ lệ trẻ gái cao nhất ở nhóm 12 – < 24 tháng tuổi (chiếm 53,9%). Chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Mô hình hồi quy đa biến

Yếu tố phía trẻ		SDD thấp còi	Có	Không	aOR (95%CI)	P
Cai sữa trước 18 tháng	Có		37	223	2,33	0,029
	Không		15	214	(1,09-4,97)	
Bàn tay nhợt (thiếu máu)	Có		10	9	2,32	0,302
	Không		54	530	(0,47-11,51)	
Cân nặng khi sinh <2500g	Có		5	10	2,27	0,337
	Không		59	529	(0,42-12,2)	
Không bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu	Có		43	245	3,205	0,004
	Không		21	294	(1,47-7,15)	
Ăn bổ sung đủ chất	Có		55	360	9,11	0,0001
	Không		9	179	(3,302-25,18)	
Ăn thêm 1 bữa sữa hàng ngày	Có		32	100	7,35	0,0001
	Không		32	439	(3,024-17,87)	
Mẹ ăn kiêng khi nuôi con	Có		14	38	0,97	0,968
	Không		50	501	(0,3-3,17)	
Bổ sung vitamin A cho trẻ	Có		8	29	0,181	0,163
	Không		56	510	(0,016-2,002)	
Tiêm chủng theo lịch	Có		5	13	2,376	0,555
	Không		59	526	(0,134-42,17)	
Học vắn mẹ	Có		44	265	2,084	0,061
	Không		20	274	(0,968-4,488)	
Nghề của mẹ	Có		56	372	1,88	0,206
	Không		8	167	(0,706-5,025)	
Gia đình thuộc hộ nghèo	Có		15	66	4,78	0,001
	Không		49	473	(1,83-12,48)	
BMI mẹ trước sinh <18,5	Có		33	165	2,45	0,022
	Không		31	473	(1,14-5,28)	
Bổ sung sắt mẹ sau đẻ	Có		9	7	3,102	0,212
	Không		55	532	(0,52-18,36)	
Số con trong gia đình	Có		55	399	3,45	0,013
	Không		9	140	(1,29-9,16)	

Nhận xét: Trên mô hình của phân tích đa biến giữa thấp còi với các yếu tố: có 7 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thấp còi. Các yếu tố đó là: trẻ được ăn thêm 1 bữa sữa

ngày, trẻ cai sữa sớm trước 18 tháng, trẻ không được ăn bổ sung đủ chất, số con trong gia đình ≥ 3 trẻ, gia đình thuộc diện hộ nghèo, trẻ không được bú mẹ hoàn toàn 6

tháng đầu sau sinh, chỉ số BMI mẹ trước sinh <18,5.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1-2 là một số thông tin về đối tượng nghiên cứu. Trước hết thấy trẻ thuộc dân tộc Sán Chỉ chiếm 53,7%, trẻ là người dao 24,9%, người tày 18,7%, trẻ là người Kinh, Hoa, Mường, Nùng chỉ chiếm 2,8%. Ở nhóm tuổi 12-<24 tháng tỷ lệ trẻ nữ cao hơn trẻ nam (53,9% so với 46,1%), các nhóm tuổi khác tỷ lệ trẻ nam cao hơn trẻ nữ từ 51,5% đến 58,4%. Nhìn chung, tỷ lệ trẻ nam là 53,1% cao hơn trẻ nữ là 46,4%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,397 > 0,05$.

Nguyễn Thị Chi [3] trong tổng số 280 trẻ tham gia nghiên cứu thì có 140 trẻ nam (50%) và 140 trẻ nữ (50%). Tỷ lệ trẻ nam cao hơn trẻ nữ ở nhóm 2 tuổi và 4 tuổi, còn nhóm tuổi khác tỷ lệ trẻ nữ cao hơn trẻ nam. Kết quả khác kết quả của chúng tôi.

Nghiên cứu của Tesfay Tsegay Gebru và cộng sự [7] cho thấy trẻ nữ tham gia nghiên cứu là 56,3%, độ tuổi 12-23 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 26,9%. Kết quả về giới tham gia nghiên cứu khác nhiều với kết quả của chúng tôi. Để giải thích trẻ nam trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có lẽ là do ảnh hưởng của sự mất cân bằng về giới hiện nay ở nước ta.

4.2. Một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng thể thấp còi

4.2.1. Yếu tố nuôi dưỡng, chăm sóc trẻ

Bảng 3.4 cho thấy trên mô hình phân tích đa biến cuối cùng cho thấy trẻ được cai sữa sớm (aOR=2,33), trẻ không được bú mẹ hoàn

toàn 6 tháng đầu (aOR=3,205), không được ăn bổ sung đủ chất dinh dưỡng (aOR=9,11), không được ăn thêm 1 bữa/ngày (aOR=7,35), gia đình thuộc hộ nghèo (aOR=4,78), BMI mẹ trước sinh thấp (aOR=2,45), và gia đình đông con (aOR=3,45) còn liên quan có ý nghĩa thống kê với thấp còi.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với của Nguyễn Thị Chi [3], trẻ phải cai sữa trước 18 tháng thì nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi tăng lên 2,62 lần so với trẻ được bú mẹ dài hơn.

Sữa mẹ là nguồn dinh dưỡng tốt nhất cho trẻ em. Trong sữa mẹ ngoài nguồn dinh dưỡng, còn có các yếu tố miễn dịch giúp cho trẻ chống lại bệnh tật. Người ta thấy rằng ở lứa tuổi này trẻ vẫn nằm trong “khoảng trống miễn dịch”, một lượng lớn IgG cho trẻ vẫn đến từ bú mẹ. Do đó nếu trẻ phải cai sữa sớm trong khi hệ miễn dịch của trẻ chưa hoàn thiện nên dễ mắc bệnh nhiễm trùng, làm trẻ tăng tiêu thụ dinh dưỡng, yếu tố vi lượng..., dẫn đến SDD trong đó có SDD thấp còi.

Trẻ không được bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu nguy cơ thấp còi tăng lên 3,205. Trẻ ăn sớm vì nhu cầu dinh dưỡng cao trong khi bộ máy tiêu hóa chưa phát triển hoàn thiện. Do đó trẻ dễ mắc tiêu chảy dẫn đến thiếu dinh dưỡng, thiếu máu, dễ mắc bệnh hô hấp và các bệnh nhiễm khuẩn khác. Khi mắc bệnh nhiễm khuẩn nhất là tiêu chảy làm trẻ càng thiếu dinh dưỡng và suy dinh dưỡng nhiều hơn. Đây là vòng xoắn bệnh lý mà trẻ mắc phải. Ở giai đoạn này trẻ hay bị thiếu máu mà có tác giả gọi là giai đoạn “thiếu máu sinh lý của trẻ”.

Trẻ không được ăn bổ sung đủ vi chất (OR=9,11), trẻ không được bổ sung 1 bữa

sữa/ngày (OR=4,39), là 2 yếu tố liên quan trực tiếp đến tình trạng dinh dưỡng, ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất của trẻ. Ăn bổ sung đủ chất thực chất là đảm bảo chế độ ăn hàng ngày của trẻ ngoài sữa mẹ phải đủ 4 thành phần dinh dưỡng như thịt, rau quả, mỡ và ngũ cốc. Còn bổ sung tăng cường cho trẻ thêm 1 bữa sữa là giúp trẻ có thêm dinh dưỡng cho sự phát triển. Nếu mẹ ăn kiêng, nguồn sữa sẽ nghèo dinh dưỡng không đủ cung cấp dinh dưỡng đặc biệt là vi chất làm ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ.

Vi chất dinh dưỡng như sắt, kẽm, vitamin D, A, Iod rất cần cho sự phát triển của con người nói chung và cho trẻ em nói riêng. Thiếu Vitamin A, D trẻ hay mắc bệnh nhiễm khuẩn là trẻ tăng tiêu thụ năng lượng dẫn đến SDD. Thiếu sắt, kẽm làm trẻ dễ tiêu chảy, thiếu máu làm tăng nguy cơ SDD. Iod rất cần cho sự phát triển trí tuệ trẻ, nếu thiếu trẻ sẽ bị ảnh hưởng đến trí thông minh, ảnh hưởng đến kết quả học tập của trẻ sau này. Thiếu vitamin A trong ở trẻ SDD có thể làm cho trẻ bị mù. Đây là hậu quả nặng nề và nguy hiểm. Nghiên cứu của Saeed Akhtar và cộng sự [8] cho thấy thiếu vitamin A đã trở thành vấn đề y tế công cộng ở các nước đang phát triển như các nước Nam Á.

Dwan Vilcins, Peter D Sly, Paul Jagals [9] nghiên cứu các yếu tố môi trường liên quan với SDD thấp còi ở trẻ em bằng nghiên cứu phân tích gộp (Meta-analysis). Có 71 nghiên cứu có đủ tiêu chuẩn được tác giả phân tích và rút ra được các yếu tố liên quan đến tình trạng SDD thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi. Các yếu tố đó là gia đình có thức ăn ngộ độc, gia đình không có nhà tắm, toilet, nền nhà bẩn, chất lượng dầu nấu ăn kém, xử

lý chất thải kém. Tác giả cho thấy tầm quan trọng tương tác giữa các yếu tố môi trường với dinh dưỡng. Cần phải thanh khiết môi trường và cải thiện tình trạng dinh dưỡng mới có thể thay đổi được tỷ lệ mắc SDD các loại nhất là SDD thấp còi.

4.2.2. Yếu tố từ phía mẹ và gia đình

Tình trạng dinh dưỡng của mẹ khi có thai và sau khi sinh là vô cùng quan trọng cho sự phát triển của trẻ đặc biệt là sự phát triển chiều cao và não bộ của trẻ. Chúng tôi thấy BMI của mẹ ngay trước sinh <18,5 làm tăng nguy cơ trẻ SDD thấp còi lên 2,45 lần. BMI hay có tác giả sử dụng cân nặng mẹ tăng được khi mang thai để đánh giá sự phát triển của trẻ trong thời kỳ bào thai. Nếu mẹ tăng cân <12 kg khi có thai, BMI thấp <18,5 tức là tình trạng dinh dưỡng mẹ khi có thai kém, trẻ có nguy thiếu hụt dinh dưỡng ngay khi còn trong bụng mẹ, khi sinh ra thường là tình trạng nhẹ cân, dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn làm tăng tiêu thụ năng lượng mà bị SDD.

Theo Nguyễn Xuân Hùng và cộng sự [4] mẹ có chiều cao <150 cm (OR=2,86), mẹ tăng cân khi có thai <12 kg (OR=2,02) liên quan đến SDD thấp còi. Chiều cao của người mẹ thường là yếu tố ảnh hưởng về mặt di truyền chiều cao của con, do vậy mẹ thấp thì con họ sinh cũng dễ bé nhỏ.

Ở gia đình đông con trẻ thường chịu thiệt thòi nhiều. Bố/mẹ không có nhiều thời gian để chăm sóc trẻ do đó dễ bị ốm hơn những trẻ được trực tiếp bố/mẹ chăm sóc. Gia đình đông con thường hay để dành thức ăn cho trẻ bé, những trẻ khác không được dành thức ăn đầy đủ dễ SDD hơn trẻ được quan tâm dành đầy đủ dinh dưỡng. Hơn nữa gia đình đông

con, những đứa lớn trong nhà đã phải giúp đỡ gia đình việc nhà, ngoài đồng... làm ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất của các cháu rất sớm. Gia đình đông con làm tăng nguy cơ trẻ thấp còi lên 3,45.

Belén Irarázaval và cộng sự [10] nghiên cứu ảnh hưởng thực hành nuôi trẻ với SDD ở trẻ em Haiti dưới 2 tuổi cũng cho thấy gia đình đông con liên quan đến SDD thấp còi. Ngoài ra tác giả còn thấy trẻ nam, lớn tuổi, học vắn mẹ thấp liên quan chặt với SDD thấp còi.

V. KẾT LUẬN

Suy dinh dưỡng thấp còi liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố sau: trẻ bị cai sữa sớm (aOR=2,33); trẻ không được bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu (aOR=3,205); trẻ không được ăn bổ sung đầy đủ các chất (aOR=9,11); trẻ không được ăn thêm 1 bữa sữa/ngày (aOR=7,35); gia đình thuộc hộ nghèo (aOR=4,78). chỉ số BMI của mẹ trước sinh <18,5 (aOR=2,45) và gia đình có trên 2 con (OR=3,45).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Duy Tường** (2012), “Dịch tễ học các bệnh thiếu dinh dưỡng”, Phạm Duy Tường chủ biên, Dinh dưỡng và vệ sinh an toàn thực phẩm (sách đào tạo bác sỹ chuyên khoa I dịch tễ học thực địa), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.31-35.
2. **Robert E Black et al** (2008), Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences, *The Lancet*, DOI:10.1016/S01406736(07)61690-0.
3. **Nguyễn Thị Chi** (2020), Tỷ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến SDD thấp còi tại 2 xã Dũng Tiến và Việt Tiến huyện Vĩnh Bảo, Hải Phòng năm 2020, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, chuyên ngành Y tế công cộng, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
4. **Nguyễn Xuân Hùng, Đặng Văn Chức, Phạm Duy Tường và Đặng Việt Linh** (2019), “Một số yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp làm giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ 12-36 tháng tại Kim Động, Hưng Yên năm 2017”, *Y học Việt Nam*, Số đặc biệt, Tập 484, tr 428-436.
5. **Sazedur Rahman et al** (2020), “Prevalence of undernutrition in Bangladesh children”, *J Biosoc Sci*, 52(4): 596-609.doi.10.1017/S0021932019000683.Epub2019 Oct 29.
6. **Bộ Y tế** (2021), Công bố kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2019-2020. https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbKA5j/content/bo-y-te-cong-bo-ket-qua-tong-dieu-tra-dinh-duong-nam-2019-2020, Truy cập ngày 22/08/2022.
7. **Tesfay Tsegay Gebru et al** (2019), “Stunting and associated factors Among under-five children in Wukro town, Tigray region Ethiopia: a cross sectional study”, *BMC Res Notes*, 14; 12(1): 504.
8. **Saeed Akhtar et al** (2013), “Prevalence of vitamin A deficiency in South Asia: causes, outcomes, and possible remedies”, *J Health Popul Nutr*, 31(4): 413-23.doi.10.3329/jhpn.v31i4.19975.
9. **Dwan Vilcins, Peter D Sly, Paul Jagals** (2018), “Environmental risk Factors associated with child stunting: a systematic review of the literature”, *Ann Glob Health*, 5; 84(4):551-562.
10. **Belén Irarázaval et al** (2018), “Influence of Feeding Practices on malnutrition in Haitian Infants and Young Children”, *Nutrients*, 20;10(3):382..

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐIỂM BÁM GÂN LỖI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY BẰNG TIÊM COLLAGEN MD GUNA TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN NĂM 2023

Mạc Duy Khang*, Nguyễn Bá Phước*, Đỗ Thị Chang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hiệu quả điều trị viêm điểm bám gân lõi cầu ngoài xương cánh tay bằng liệu pháp tiêm Collagen MD Guna. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm điểm bám gân lõi cầu ngoài xương cánh tay tại Bệnh viện Kiến An, trong thời gian từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2023. Bệnh nhân được tiêm Collagen MD 2ml/lần/tuần trong 5 tuần liên tiếp.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $45,8 \pm 5,28$ tuổi. Tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới, lần lượt là 68,0% và 32,0%. Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương bên tay thuận là 70,0%. Sau 12 tuần điều trị, có sự cải thiện thang điểm VAS, điểm QDASH, và điểm PRTEE. Sau 3 tháng điều trị, có 82% bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt. Không có bệnh nhân nào có tác dụng không mong muốn toàn thân. Chỉ có 10% bệnh nhân đau tăng tại chỗ sau tiêm. **Kết luận:** Tiêm collagen điều trị viêm điểm bám gân lõi cầu ngoài xương cánh tay là an toàn và hiệu quả điều trị cao.

Từ khóa: Viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay, collagen, Bệnh viện Kiến An.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF COLLAGEN MD GUNA INJECTION IN TREATING LATERAL EPICONDYLITIS AT KIEN AN HOSPITAL IN 2023

Objective: Describe the effectiveness of Collagen MD Guna injection therapy in treating lateral epicondylitis. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 50 patients diagnosed with lateral epicondylitis at Kien An Hospital from January to August 2023. The patients received Collagen MD injections of 2ml per week for 5 consecutive weeks. **Results:** The average age of the patients was 45.8 ± 5.28 years. The percentage of females was higher than males, 68.0% and 32.0%, respectively. Most patients (70.0%) had injuries on their dominant side. After 12 weeks of treatment, improvement was observed in VAS scores, QDASH scores, and PRTEE scores. After 3 months of treatment, 82% of patients achieved good treatment outcomes. There were no reported systemic adverse effects. Only 10% of patients experienced localized increased pain after the injections. **Conclusion:** Collagen injection is a safe and highly effective treatment for lateral epicondylitis.

Keywords: Lateral epicondylitis, collagen, Kien An hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay còn được gọi bằng một số tên khác như khuỷu tay của người chơi tennis, khuỷu tay

*Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Phước

Email: nguyenvatankiet@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 6/3/2024

Ngày duyệt bài: 12/4/2024

của người chèo thuyền. Tổn thương cơ bản là viêm chỗ bám của gân duỗi cổ tay quay, đặc trưng bởi triệu chứng đau tại vùng lõi cầu ngoài cánh tay [1].

Hầu hết các báo cáo trước đây chỉ ra rằng trong vòng 1 năm điều trị, 70% đến 90% viêm mủm lõi cầu ngoài có diễn biến tự khỏi hoặc đáp ứng với điều trị bảo tồn, bao gồm nghỉ ngơi, dùng thuốc chống viêm không steroid, chỉnh hình, vật lý trị liệu và tiêm [2]. Đặc biệt, nhiều nghiên cứu gần đây đã chứng minh rằng tiêm corticosteroid, các sản phẩm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân hoặc độc tố botulinum đã mang lại hiệu quả khả quan trong việc giảm đau và cải thiện chức năng ở những bệnh nhân viêm mủm lõi cầu ngoài kháng thuốc giảm đau thuật [3]. Ngoài ra, các sản phẩm tăng cường sinh học mới nổi như dịch cô đặc hút tủy xương và cấy ghép tế bào gốc tự thân cũng đang được nghiên cứu và sử dụng lâm sàng [4]. Những phương pháp điều trị này cho thấy hiệu quả khác nhau. Corticosteroid có ích trong thời gian ngắn, nhưng không có hiệu quả về lâu dài; huyết tương giàu tiểu cầu (PRP) hay tế bào gốc tự thân đắt tiền và không dễ sử dụng.

Tiêm collagen được sử dụng để điều trị các rối loạn cơ xương khác nhau [5-7]. So với các liệu pháp tiêm tái tạo khác, tiêm collagen dường như là một trong những phương pháp hiệu quả và nhanh chóng nhất [8]. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nhiều số liệu về hiệu quả điều trị viêm điểm bám gân lõi cầu ngoài xương cánh tay bằng liệu pháp tiêm collagen. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả kết quả điều trị viêm điểm bám gân lõi cầu ngoài xương cánh tay bằng liệu pháp tiêm collagen md guna tại Bệnh viện Kiến An năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán xác định viêm điểm bám gân lõi cầu ngoài xương cánh tay và đồng thuận tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân chẩn đoán viêm điểm bám gân lõi cầu ngoài xương cánh tay nhưng siêu âm có hình ảnh đứt gân. Bệnh nhân có chống chỉ định dùng các thuốc NSAIDs đường uống. Bệnh nhân đang có nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ. Bệnh nhân dị ứng với các thành phần của thuốc. Bệnh nhân có bệnh lý mạn tính nặng kèm theo: suy tim, suy thận, suy gan, tăng huyết áp không kiểm soát, đái tháo đường không kiểm soát. Bệnh nhân đã được điều trị tiêm corticosteroid hoặc PRP trong vòng 3 tháng gần đây.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm điểm bám gân lõi cầu ngoài xương cánh tay tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Kiến An. Thực tế chúng tôi thu được tổng số 50 bệnh nhân trong khoảng thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023.

2.2.3. Quy trình điều trị

Bệnh nhân được tiêm vào điểm bám gân lõi cầu ngoài xương cánh tay bằng Collagen MD Guna với phác đồ 1 mũi/tuần trong 5 tuần liên tiếp.

Thuốc tiêm: MD-Tissue 2ml x 5 lọ; liều dùng: 2ml/lần/tuần trong 5 tuần liên tiếp. Thuốc NSAIDs đường uống: Meloxicam 7.5 mg x 14 viên; liều dùng: ngày uống 01 viên sau ăn no, khi đau nhiều.

Các thời điểm đánh giá trong nghiên cứu: Trước điều trị (T0). Sau điều trị 30 phút: Đo lại mạch, huyết áp. Sau điều trị 1 ngày (N1): Đánh giá tác dụng không mong muốn (nếu có). Sau điều trị 1 tuần (T1): Phỏng vấn qua điện thoại, đánh giá VAS. Sau điều trị 4 tuần (T4): Phỏng vấn qua điện thoại, đánh giá VAS, tầm vận động, các chỉ số Q-DASH, PRTEE, các tác dụng không mong muốn. Sau điều trị 8 tuần T8 và 12 tuần (T12): Đánh giá những chỉ số trên qua hỏi, phỏng vấn qua điện thoại.

2.3. Xử lý số liệu

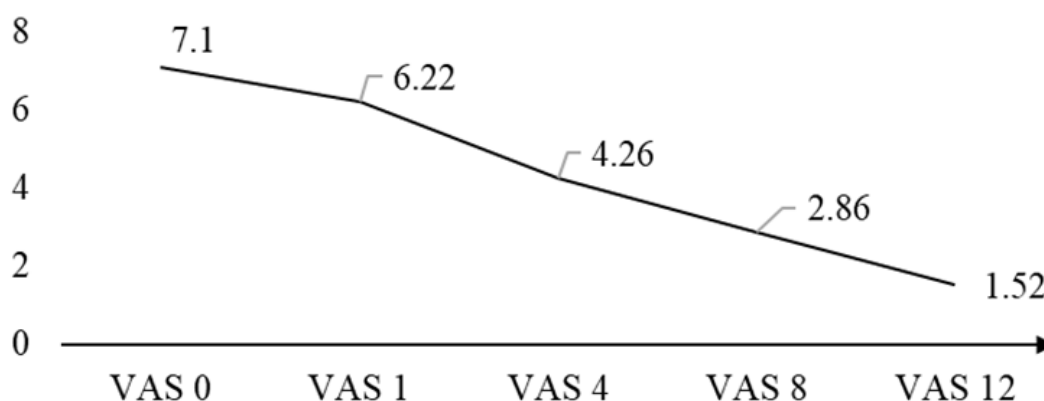
Số liệu được nhập, xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến số định lượng, tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. Các biến số định tính, tính tần số, tỷ lệ %.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện và khoa Khám bệnh Bệnh viện Kiến An. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu và có thể từ chối tham gia nghiên cứu bất kì thời điểm nào. Mọi thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên tổng số 50 bệnh nhân được chẩn đoán viêm điểm bám gân lồi cầu ngoài xương cánh tay, kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $45,8 \pm 5,28$ tuổi, tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới (68% so với 32%), 70% bệnh nhân tổn thương bên tay thuận.



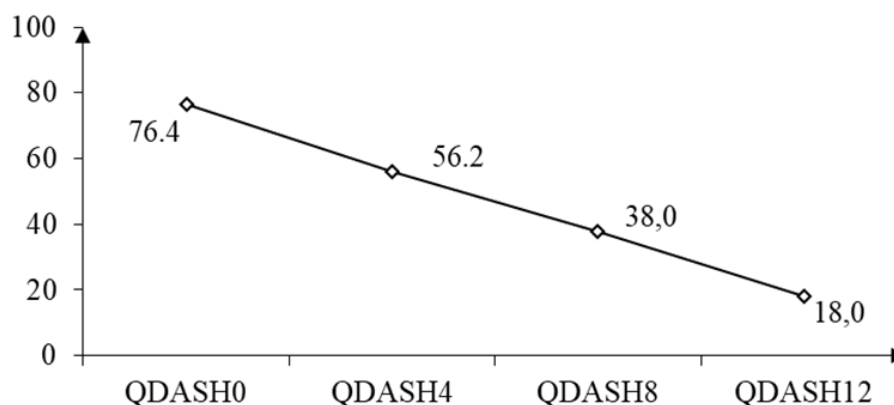
Hình 1. Đánh giá mức độ cải thiện VAS sau điều trị (n = 50)

Nhận xét: So với thời điểm trước khi điều trị (T0), sau điều trị 1 tuần, 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần, điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm đáng kể.

Bảng 1. Cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS

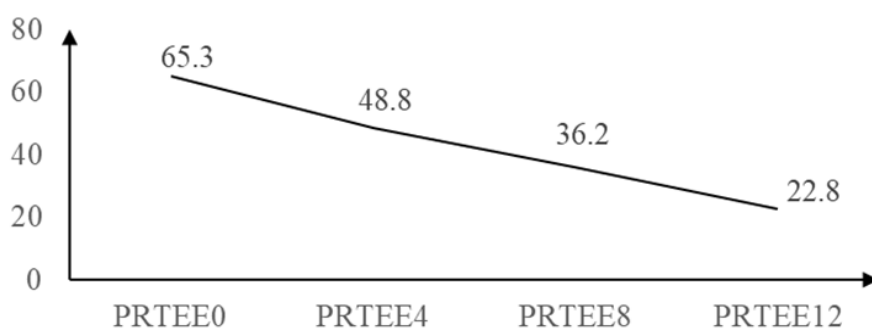
Mức độ đau	Thời điểm sau điều trị (n = 50)				
	T0	T1	T4	T8	T12
Đau nhẹ (n,%)	0	2 (4,0)	12 (24,0)	42 (84,0)	50 (100)
Đau trung bình (n,%)	17 (34,0)	29 (58,0)	38 (76,0)	8 (16,0)	0 (0)
Đau nặng (n,%)	33 (66,0)	19 (38,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Nhận xét: Thời điểm trước điều trị bệnh nhân chủ yếu đau ở mức độ trung bình và nặng, lần lượt chiếm tỷ lệ 34%, 66%. Không có bệnh nhân nào đau mức độ nhẹ. Sau 12 tuần điều trị 100% bệnh nhân còn đau ở mức độ nhẹ.



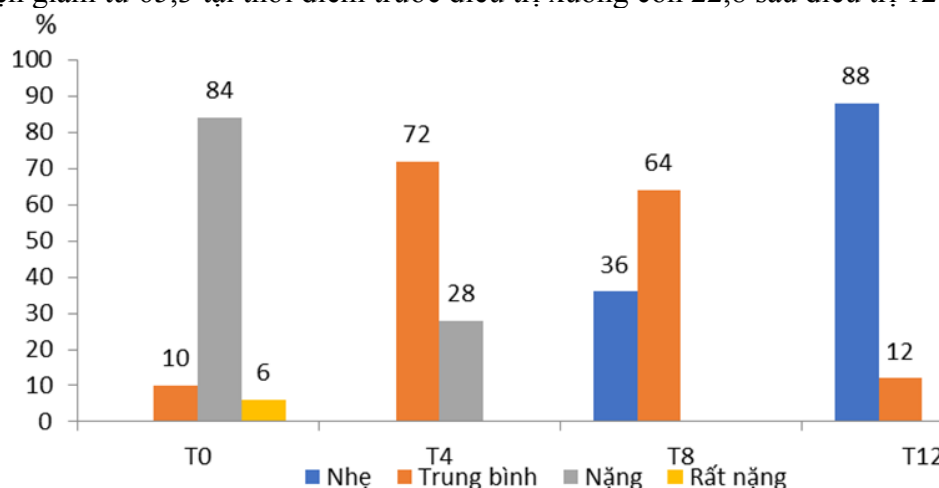
Hình 2. Cải thiện điểm QDASH sau điều trị (n = 50)

Nhận xét: Sau điều trị 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần, điểm QDASH trung bình của bệnh nhân có sự cải thiện đáng kể từ 76,4 điểm ở thời điểm trước khi điều trị xuống 18 điểm sau điều trị 12 tuần.



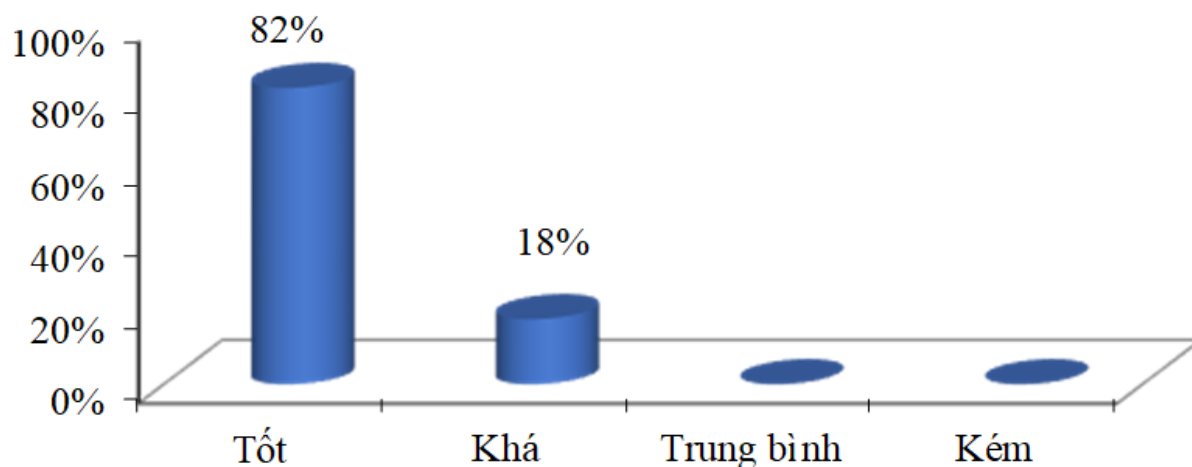
Hình 3. Cải thiện điểm PRTEE toàn phần sau điều trị (n = 50)

Nhận xét: Sau điều trị 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần, điểm PRTEE trung bình của bệnh nhân có sự cải thiện giảm từ 65,3 tại thời điểm trước điều trị xuống còn 22,8 sau điều trị 12 tuần.



Hình 4. Mức độ cải thiện đánh giá theo điểm PRTEE toàn phần (n = 50)

Nhận xét: Theo thang điểm PRTEE, có sự cải thiện phân bố bệnh nhân sau điều trị tại các thời điểm 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần. Sau điều trị 12 tuần, 88% bệnh nhân có điểm PRTEE đạt mức độ nhẹ.



Hình 5. Đánh giá kết quả điều trị chung sau 3 tháng (n = 50)

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị, có 82% bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt, 18% bệnh nhân có kết quả điều trị ở mức khá.

Bảng 2. Các tác dụng không mong muốn sau tiêm

Vị trí	Tác dụng không mong muốn	Nhóm nghiên cứu (n = 50)	
		n	%
Toàn thân	Sốc	0	0
	Phản ứng phản vệ	0	0
	Hội chứng dạ dày	0	0
	Tác dụng khác	0	0
Tại chỗ	Đau tăng sau tiêm	5	10
	Chảy máu	0	0
	Nhiễm trùng	0	0
	Tác dụng khác	0	0

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào có tác dụng không mong muốn toàn thân. Chỉ có 10% bệnh nhân đau tăng tại chỗ sau tiêm.

IV. BÀN LUẬN

Cải thiện cường độ đau theo thang điểm VAS: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy so với thời điểm trước khi điều trị (T0), sau điều trị 1 tuần, 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần, điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm đáng kể. Sau 12 tuần, 100% bệnh nhân

trong nhóm nghiên cứu cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS từ đau nặng, trung bình chuyển sang mức độ đau nhẹ. Kết quả này cho thấy tiêm Collagen MD-Tissue trên bệnh nhân viêm điểm lồi cầu ngoài xương cánh tay có hiệu quả giảm đau tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả trong nước. Kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Khánh Linh và cộng sự tại Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai cho thấy sau 12 tuần 100% bệnh nhân

đau nhẹ/vừa [9].

Cải thiện mức độ đau và hạn chế vận động theo thang điểm QDASH và PRTEE toàn phần: Sau điều trị 4 tuần, điểm QDASH trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ 76,4 xuống 56,2 điểm. Sau điều trị 8 tuần, điểm QDASH trung bình của nhóm tiêm MD-Tissue giảm từ 76,4 xuống 38,0 điểm. Sau điều trị 12 tuần, điểm QDASH trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ 76,4 xuống 18,0 điểm. Như vậy, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự cải thiện về điểm QDASH sau tiêm MD-Tissue ở các thời điểm sau điều trị 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần. Thang điểm PRTEE đã được áp dụng rộng rãi tại nhiều nước trên thế giới như Anh, Nhật, Canada, Mỹ, Hà Lan, Pháp, Trung Quốc... và được chứng minh tính tin cậy, tính đặc hiệu cũng như có giá trị cao trong việc đánh giá hiệu quả điều trị ở bệnh nhân viêm điểm bám gân lồi cầu ngoài xương cánh tay. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau điều trị 4 tuần, điểm PRTEE trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ 65,3 xuống 48,8 điểm. Sau điều trị 8 tuần, điểm PRTEE trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ 65,3 xuống 36,2 điểm. Sau điều trị 12 tuần, điểm PRTEE trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ 65,3 xuống 22,8 điểm. Các kết quả trên cho thấy có sự cải thiện điểm PRTEE toàn phần ở nhóm bệnh nhân sau điều trị 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần. Sau 8 tuần điều trị, 100% bệnh nhân ở nhóm cải thiện điểm phân loại PRTEE toàn phần từ mức độ rất nặng, nặng, trung bình chuyển sang mức độ nhẹ, trung bình. Sau 12 tuần

điều trị, 88% bệnh nhân nhóm nghiên cứu chuyển sang mức độ nhẹ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Corrado và cộng sự (2019), tại thời điểm sau 3 tháng theo dõi, điểm PRTEE của các bệnh nhân tiêm collagen vào điểm bám gân lồi cầu ngoài xương cánh tay giảm từ 68,42 xuống 23,17 điểm [8]. Tác giả Farkash U và cộng sự (2018) sử dụng thang điểm PRTEE để đánh giá cải thiện mức độ đau và hoạt động chức năng ở 40 bệnh nhân viêm điểm bám gân lồi cầu ngoài xương cánh tay được tiêm tại chỗ Vergenix STR (Collagen type 1 và PRP). Sau 1 tháng cho thấy giảm 34% điểm PRTEE và tiếp tục giảm đến 59% sau 6 tháng [10].

Các tác dụng không mong muốn: Tiêm collagen vào khớp là liệu pháp tương đối an toàn và đem lại hiệu quả điều trị cao. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có bệnh nhân nào có tác dụng không mong muốn toàn thân. Chỉ có 5 bệnh nhân (10%) bệnh nhân đau tăng tại chỗ sau tiêm, triệu chứng đau này tự khỏi sau 24 giờ. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai [9].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm điểm bám gân lồi cầu ngoài xương cánh tay tại Bệnh viện Kiến An, trong thời gian từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2023. Sau 12 tuần điều trị, có sự cải thiện thang điểm VAS, điểm QDASH, và điểm PRTEE. Sau 3 tháng điều trị, có 82% bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt.

Không có bệnh nhân nào có tác dụng không mong muốn toàn thân. Chỉ có 10% bệnh nhân đau tăng tại chỗ sau tiêm. Tiêm collagen điều trị viêm điểm bám gân lồi cầu ngoài xương cánh tay là an toàn và hiệu quả điều trị cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp. Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. **Brummel J, Baker CL 3rd, Hopkins R, et al.** Epicondylitis: lateral. Sports Med Arthrosc Rev (2014),22(3): pe1–6
3. **Dong W, Goost H, Lin XB, et al.** Injection therapies for lateral epicondylalgia: a systematic review and Bayesian network meta-analysis. Br J Sports Med 2016,50(15): p900–8
4. **Kim GM, Yoo SJ, Choi S, et al.** Current Trends for Treating Lateral Epicondylitis. Clinics in Shoulder and Elbow (2019),22(4): p227-234.
5. **Furuzawa-Carballeda J, Lima G, Llorente L, et al.** Polymerized-type I collagen downregulates inflammation and improves clinical outcomes in patients with symptomatic knee osteoarthritis following arthroscopic lavage: a randomized, double-blind, and placebo-controlled clinical trial. Scientific World Journal (2012),2012: p342854.
6. **Martin Martin LS, Massafra U, Bizzi E, et al.** A double blind randomized active controlled clinical trial on the intra-articular use of Md-Knee versus sodium hyaluronate in patients with knee osteoarthritis (“Joint”). BMC Musculoskelet Disord (2016),17: p94.
7. **Nitecka-Buchta A, Walczynska-Dragon K, Batko-Kapustecka J, et al.** Comparison between collagen and lidocaine intramuscular injections in terms of their efficiency in decreasing myofascial pain within masseter muscles: a randomized, single-blind controlled trial. Pain Res Manag (2018),2018: p8261090.
8. **B. Corrado, G. Mazzuocolo, L. Liguori, et al.** Treatment of Lateral Epicondylitis with Collagen Injections: a Pilot Study. Nr (2019),9(4): p584-589.
9. **Trịnh Lê Khánh Linh, Nguyễn Vĩnh Ngọc, Phùng Đức Tâm và cộng sự.** Đánh giá kết quả của liệu pháp tiêm Collagen MD Guna trong điều trị viêm điểm bám gân lồi cầu ngoài xương cánh tay. Tạp chí Y học Việt Nam (2020),493: p218-224.
10. **Farkash U, Avisar E, Volk I, et al.** First clinical experience with a new injectable recombinant human collagen scaffold combined with autologous platelet-rich plasma for the treatment of lateral epicondylar tendinopathy (tennis elbow). J Shoulder Elbow Surg (2019),28(3): p503-509.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI LIÊN QUAN RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS Ở SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2022-2023

Hoàng Minh Tin¹, Vũ Thị Thanh Huyền¹, Chu Thị Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân sơ sinh viêm phổi (VP) liên quan đến Respiratory Syncytial Virus (RSV) tại khoa sơ sinh Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. **Đối tượng:** 96 trẻ sơ sinh được chẩn đoán viêm phổi nặng hoặc viêm phổi rất nặng có RSV (+). **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả loạt ca bệnh. **Kết quả:** tỷ lệ nam/nữ là 1,29/1. Triệu chứng khi vào viện là ho 54(93,7%), khò khè 29(30,2%), khó thở 2(6,2%) và sốt 4(4,1%). Triệu chứng lâm sàng là thở nhanh 84(87,5%), rút lõm lồng ngực 75(78,1%), viêm long đường hô hấp trên 42(43,7%), suy hô hấp 31(32,2%). Hình ảnh tổn thương trên X-quang ngực là nốt mờ 77(80,17%), tăng đậm hai bên rốn phổi 13(13,5%), đám mờ 8(8,3%). Có bệnh nhân 52/96 tăng bạch cầu lympho, 2/96 tăng CRP. Đồng nhiễm vi khuẩn 17/96 trẻ, vi khuẩn Gram (-) chiếm 64,7%. **Kết luận:** triệu chứng phổ biến là ho, khò khè, thở nhanh và rút lõm lồng ngực, có 4,1% trẻ có biểu hiện sốt, số trẻ có biến chứng suy hô hấp là 32,2%; xẹp phổi là 2,08%. Bạch cầu lympho tăng (54,1%), chỉ số CRP đa số bình thường. Tổn thương dạng nốt mờ thường gặp nhất trên X-quang ngực. Đồng nhiễm vi khuẩn chủ yếu là Gram (-).

Từ khoá: viêm phổi, sơ sinh, RSV

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL IN NEONATAL PNEUMONIA WITH RSV IN HAIPHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2021-2022

Objectives: To describe the clinical and paraclinical of neonatal pneumonia associated with RSV at the neonatology department of Hai Phong Children's Hospital. **Subjects:** 96 newborns were diagnosed severe pneumonia or very severe pneumonia with RSV. **Methods:** Case series description. **Result:** The male/female ratio is 1.29/1. Symptoms on admission were cough 54(93.7%), wheezing 29(30.2%), shortness of breath 2(6.2%) and fever 4(4.1%). Clinical symptoms were tachypnea 84(87.5%), chest indrawing 75(78.1%), upper respiratory tract inflammation 42(43.7%), respiratory failure 31(32.2%). The lesion image on chest X-ray is 77(80.17%) opacities, (13)13.5% hyperintensity on both sides of the hilum, 8(8.3%) opacities. There were 52/96 patients that increased lymphocytes, 2/96 increased CRP. Bacterial co-infection 17/96 children, Gram (-) bacteria 64.7%. **Conclusion:** The proportion of boys is higher than that of girls. Common symptoms are coughing and wheezing. Typical clinical symptoms are tachypnea and chest indrawing. Lymphocytes increased, CRP was mostly normal. Faint nodular lesions are most commonly seen on chest radiographs. Bacterial co-infections are mainly Gram (-).

Keywords: pneumonia, neonatal, RSV.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Hà

Email: ctha@hpu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2024

Ngày duyệt bài: 9/4/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi (VP) là bệnh thường gặp ở trẻ em, là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ nhỏ, đặc biệt là trẻ dưới 1 tuổi, trẻ sơ sinh và trẻ suy dinh dưỡng. Theo báo cáo của UNICEF hàng năm, viêm phổi RSV gây tử vong hơn 700.000 trẻ em dưới 5 tuổi, trong đó có hơn 153.000 trẻ sơ sinh (1). Ở Việt Nam, tỷ lệ trẻ mắc RSV rất cao. Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân gây viêm phổi do virus ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện nhi Trung ương tỷ lệ mắc RSV chiếm tới 62,4% các trường hợp viêm phổi do virus và cao nhất so với các virus khác (2). Trẻ sơ sinh rất dễ bị viêm phổi và bệnh thường diễn tiến nhanh và nặng. Gần đây, có nhiều đợt dịch, đặc biệt vào các giai đoạn chuyển mùa, trẻ sơ sinh rất dễ mắc viêm phổi RSV với nhiều biến chứng nặng và tỷ lệ tử vong cao. Câu hỏi đặt ra là đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi sơ sinh liên quan đến RSV như thế nào? Do đó chúng tôi tiến hành đề tài: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi liên quan đến RSV ở sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2021 – 2022 với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân sơ sinh viêm phổi liên quan đến RSV tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2021 – 2022 .

2. Mô tả đặc điểm cận lâm sàng các bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả trẻ sơ sinh được chẩn đoán viêm phổi nặng hoặc viêm phổi rất nặng có test nhanh RSV(+)

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Tiêu chuẩn chẩn đoán, phân loại viêm phổi cho trẻ dưới 2 tháng tuổi của viêm phổi sơ sinh chia thành hai thể viêm phổi nặng và

viêm phổi rất nặng

Tiêu chuẩn bệnh nhân viêm phổi nặng gồm (3):

- Ho, sốt và thở nhanh ≥ 60 l/ phút hoặc có co rút lồng ngực mạnh.

- Nghe phổi có ran ẩm nhỏ hạt.

- Xquang ngực thẳng: Hình ảnh tăng đậm xung quanh rốn phổi và phế quản phổi hoặc có nốt mờ rải rác quanh phổi.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân viêm phổi rất nặng gồm (3):

- Ho, sốt và thở nhanh ≥ 60 lần/ phút hoặc thở chậm ≤ 40 lần/ phút, hoặc co rút ngực mạnh hoặc có cơn ngừng thở > 20 giây.

- Nghe phổi có ran ẩm nhỏ hạt

- X- quang ngực thẳng: Hình ảnh tăng đậm xung quanh rốn phổi và phế quản phổi hoặc có nốt mờ rải rác quanh phổi

- Và có thêm ít nhất một trong những dấu hiệu lâm sàng của suy hô hấp hoặc bệnh rất nặng: Bú kém hoặc bỏ bú, co giật, ngủ li bì khó đánh thức, thở rít khi nằm yên, khó thở hạ nhiệt độ hoặc có sốt cao, tím tái.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Có nguyên nhân khác gây suy hô hấp: bệnh màng trong, bệnh tim tím sớm, suy tim, thoát vị cơ hoành, tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Sơ sinh Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/06/2021 đến 31/12/2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Chọn mẫu: thuận tiện. Lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tại khoa Sơ sinh trong thời gian nghiên cứu.

Thực tế chúng tôi đã chọn và tiến hành nghiên cứu trên 96 bệnh nhi.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

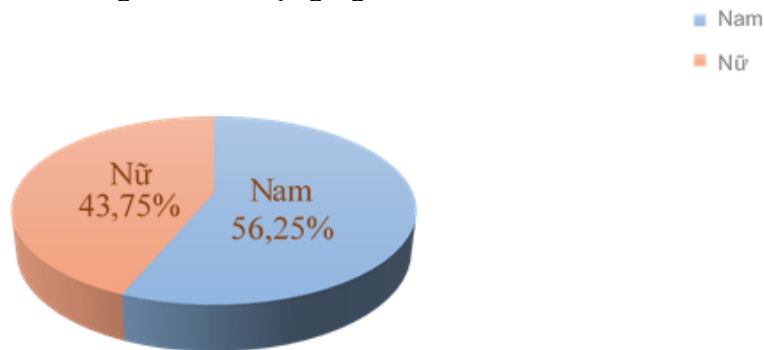
Các số liệu thu thập được, được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê Stata.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Việc tiến hành nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng xét duyệt đề cương của

Trường Đại học Y Hải Phòng và được chấp nhận bởi Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

Tất cả các dữ liệu thu thập chỉ dành cho mục đích nghiên cứu và có tính bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm phổi ở trẻ sơ sinh liên quan đến RSV****3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Hình 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính (n = 96)

Nhận xét: Tỷ lệ viêm phổi ở trẻ sơ sinh liên quan đến RSV ở trẻ nam cao hơn ở trẻ nữ.

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi thai

Tuổi thai	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Non tháng	3	3,13
Đủ tháng	93	96,87
Tổng	96	100,00

Nhận xét: Tỷ lệ viêm phổi liên quan đến RSV ở trẻ sơ sinh đủ tháng là 96,87%, ở trẻ sinh non tháng là 3,13%.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo lý do vào viện

Lý do vào viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Ho	54	56,25
Ho + Sốt	4	4,16
Ho + Khó thở	4	4,16
Ho + Khò khè	28	29,16
Khò khè	1	1,04
Khó thở	2	2,11
Khụt khịt	1	1,04
Vàng da	1	1,04
Không có hậu môn	1	1,04

Nhận xét: Lý do vào viện chính của các bệnh nhân sơ sinh VP là ho (56,25%), các lý do vào viện khác với tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3.3: Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Suy hô hấp	31	32,29
Rút lõm lồng ngực	75	78,13
Thở nhanh	84	87,5
Phập phồng cánh mũi	0	0
Kiểu thở bất thường	0	0
Thở gật gù	1	1,04
Viêm long đường hô hấp trên	42	43,75
Bú kém	11	11,46

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng điển hình của các bệnh nhân VP sơ sinh liên quan đến RSV là thở nhanh (87,50%), sau đó là dấu hiệu RLLN (78,13%).

Bảng 3.4: Phân bố bệnh nhân mắc các bệnh lý kèm theo

Bệnh lý kèm theo	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tim bẩm sinh	7	7,3
Nhiễm khuẩn tiêu hóa	0	0
Bệnh lý khác	3	3,13

Nhận xét: Trong đối tượng nghiên cứu có 7,3% bệnh nhân có kèm theo tim bẩm sinh; 3,13% bệnh nhân có mắc các bệnh lý khác.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh viêm phổi ở trẻ sơ sinh liên quan đến RSV

Bảng 3.5: Đặc điểm huyết học của đối tượng nghiên cứu

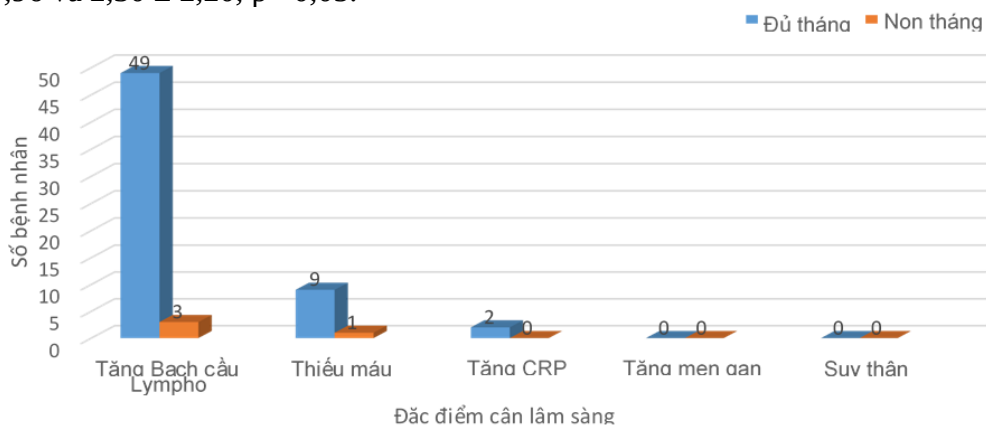
	Đủ tháng $\bar{X} \pm SD$ (min, max)	Non tháng $\bar{X} \pm SD$ (min, max)	Chung $\bar{X} \pm SD$ (min, max)	p
Hồng cầu (T/L)	$4,84 \pm 0,51$ (4,33 – 5,35)	$3,81 \pm 0,42$ (3,39 – 4,23)	$4,79 \pm 0,49$ (4,3 – 5,28)	0,67
HGB (G/L)	$135,30 \pm 2,28$ (133,02 – 137,58)	$124,72 \pm 11,89$ (112,83 – 136,61)	$134,85 \pm 2,24$ (132,61 – 137,09)	0,34
Hematocrit (%)	$39,41 \pm 0,59$ (38,82 – 40,00)	$36,45 \pm 3,59$ (32,86 – 40,04)	$39,28 \pm 0,58$ (38,7 – 39,86)	0,31
Bạch cầu (G/L)	$9,74 \pm 0,32$ (9,42 – 10,06)	$8,80 \pm 0,85$ (7,95 – 9,65)	$9,70 \pm 0,31$ (9,39 – 10,01)	0,54
Bạch cầu lympho (%)	$56,34 \pm 1,37$ (54,97 – 57,71)	$67,63 \pm 3,67$ (63,96 – 71,30)	$56,70 \pm 1,35$ (55,35 – 58,05)	0,14
Tiểu cầu (G/L)	$344,88 \pm 10,34$ (334,54 – 355,32)	$356,50 \pm 26,35$ (330,15 – 382,85)	$345,36 \pm 9,96$ (335,40 – 355,32)	0,81

Nhận xét: So sánh giá trị trung bình giữa các chỉ số trong công thức máu giữa hai nhóm đủ tháng và non tháng thấy không có sự khác biệt, $p > 0,05$.

Bảng 3.6: Đặc điểm hóa sinh của đối tượng nghiên cứu.

	Đủ tháng X ± SD (min, max)	Non tháng X ± SD (min, max)	Chung X ± SD (min, max)	p
Ure	2,97 ± 0,28 (2,69 – 3,25)	2,85 ± 0,76 (2,09 – 3,61)	2,97 ± 0,27 (2,70 – 3,24)	0,92
Creatinin	35,82 ± 0,85 (34,97 – 36,67)	46,00 ± 4,26 (41,74 – 50,26)	36,25 ± 0,85 (35,40 – 37,10)	0,016
GOT	35,50 ± 1,13 (34,35 – 36,63)	36,00 ± 5,49 (30,51 – 41,49)	35,52 ± 1,10 (34,42 – 36,62)	0,92
GPT	19,76 ± 1,05 (18,71 – 20,81)	14,25 ± 1,10 (13,15 – 15,35)	19,53 ± 1,02 (18,51 – 20,55)	0,28
CRP định lượng	1,31 ± 0,69 (0,62 – 2,00)	2,30 ± 2,20 (0,10 – 4,50)	1,34 ± 0,68 (0,66 – 2,02)	0,8

Nhận xét: Giá trị trung bình giữa hai nhóm đủ tháng và non tháng của CRP định lượng là $1,31 \pm 0,96$ và $2,30 \pm 2,20$, $p > 0,05$.

**Hình 3.2. Phân bố đặc điểm cận lâm sàng theo tuổi**

Nhận xét: đối với trẻ đủ tháng: 49/96 trẻ tăng BC lympho, 9/96 trẻ có thiếu máu, 2/96 trẻ tăng CRP. Còn đối với trẻ non tháng: 3/96 trẻ tăng BC lympho, 1/96 trẻ có thiếu máu, không có trẻ tăng CRP.

Bảng 3.7: Hình ảnh X quang ngực thẳng của bệnh nhân

Thời gian	Vào viện n (%)	Sau điều trị 3-5 ngày n (%)
Tăng đậm 2 bên rốn phổi	13 (13,54)	13 (13,54)
Nốt mờ trường phổi	74 (77,04)	71 (73,96)
Đám mờ trường phổi	5 (5,21)	2 (2,08)
Nốt + đám mờ trường phổi	3 (3,13)	3 (3,13)
Xẹp phổi	0 (0)	2 (2,08)
Tràn khí màng phổi	1 (1,04)	0 (0)

Nhận xét: Khi vào viện dấu hiệu điển hình của hình ảnh X-quang là dạng nốt mờ trường phổi chiếm 77,04%. Sau 3 đến 5 ngày điều trị các hình ảnh trên X-quang tiến triển tốt hơn. Tuy nhiên có 2/96 bệnh nhân xuất hiện xẹp phổi sau 3 đến ngày điều trị (chiếm 2,08%).

Bảng 3.8: Kết quả xét nghiệm nuôi cấy bệnh phẩm dịch tỵ hầu họng vi khuẩn

Tên vi khuẩn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
E.coli	3	17,65
H.influenza	1	5,88
K.pneumoniae	4	23,53
M.catarrhalis	2	11,76
P.aeruginosa	1	5,88
S.aureus	4	23,53
S.pneumonia	2	11,76
Tổng	17	100

Nhận xét: Có 17/96 bệnh nhân khi nuôi cấy bệnh phẩm dịch tỵ hầu họng vi khuẩn, trong đó cao nhất là K.pneumoniae và S.aureus đều với tỷ lệ là 23,53%.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 96 bệnh nhân VP sơ sinh liên quan đến RSV trong thời gian từ ngày 01/06/2021 đến 31/12/2022, chúng tôi có một số nhận xét như sau:

4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm phổi ở trẻ sơ sinh liên quan đến RSV

4.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trẻ trai bị viêm phổi cao hơn trẻ nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,29. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của Nguyễn Như Trường nghiên cứu về viêm phổi sơ sinh tại Bệnh viện Sản – Nhi Bắc Ninh năm 2019 (4).

Theo bảng 3.1 trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ đủ tháng chiếm 96,87% và trẻ non tháng chiếm 3,13%. Kết quả nghiên cứu này cũng gần tương đương với kết quả nghiên cứu của Xinxian Guan (5).

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Lý do vào viện phổ biến nhất của trẻ sơ sinh VP là ho chiếm 56,25%, tiếp theo đến ho kèm khò khè 29,16%, các lý do vào viện khác với tỷ lệ thấp hơn. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Đặng Văn Chức (6) cho thấy triệu chứng phổ biến của bệnh nhân bị viêm phổi sơ sinh khi vào viện là ho, khò khè.

Dấu hiệu thở nhanh là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất chiếm 87,5%, sau đó là dấu hiệu RLLN 78,13%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Đặng Văn Chức (6). Như vậy, trẻ bị viêm phổi sơ sinh có triệu chứng lâm sàng điển hình là ho, thở nhanh và rút lõm lồng ngực.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã thống kê được 7/96 bệnh nhân bị viêm phổi sơ sinh có bệnh tim bẩm sinh. Các bệnh lý kèm theo khác của trẻ sơ sinh nhiễm RSV trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được là dị tật bẩm sinh không có hậu môn, dính lưỡi độ 3 và vàng da bệnh lý có thể làm suy yếu hệ

miễn dịch của trẻ vì có thể gây khó bú, gây thiếu máu thiếu chất dinh dưỡng.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh viêm phổi ở trẻ sơ sinh liên quan đến RSV

Các xét nghiệm về tình trạng nhiễm khuẩn như bạch cầu, tiểu cầu, CRP đa số trong giới hạn bình thường tại thời điểm trẻ nhập viện, phù hợp với cơ chế bệnh sinh do virus gây ra. Kết quả trong bảng 3.5 của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Đặng Văn Chức (6). Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng có tình trạng tăng bạch cầu lympho với 49/93 trường hợp trẻ đủ tháng, còn ở trẻ non tháng có 3/3 trường hợp tăng bạch cầu lympho. Có sự khác biệt về tỉ lệ tăng BC lympho giữa hai nhóm có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi có số lượng trẻ đủ tháng lớn hơn nhiều so với trẻ đẻ non tháng theo Bảng 3.1.

Khi so sánh giá trị trung bình giữa các chỉ số trong công thức máu giữa hai nhóm đủ tháng và non tháng thì thấy giá trị trung bình hồng cầu, giá trị trung bình Hb và giá trị trung bình Hct đều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Về đặc điểm sinh hóa của bệnh nhân bị viêm phổi sơ sinh, các chỉ số về men gan, chức năng thận đều trong giới hạn bình thường. Giá trị trung bình của CRP là không tăng so với mức tăng CRP của sơ sinh là trên 10mg/l. Như vậy là phù hợp với đặc điểm sinh lý bệnh của trẻ sơ sinh bị viêm phổi liên quan đến virus.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh tổn thương trên X-quang ngực thẳng được chụp ngay sau khi vào viện điển hình là

dạng nốt mờ trường phổi chiếm 77,04%. Và kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Như Trường (4). Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi sau khoảng thời gian điều trị từ 3 đến 5 ngày có tiến triển tốt lên trên hình ảnh X-quang. Như vậy có thể thấy sự đáp ứng tốt của trẻ sơ sinh với điều trị. Tuy nhiên vẫn có 2/96 bệnh nhân xuất hiện xẹp phổi sau 3 đến 5 ngày điều trị (chiếm 2,08%).

Có 17/96 bệnh nhân khi nuôi cấy bệnh phẩm dịch tỵ hầu mọc vi khuẩn chiếm tỉ lệ 17,7%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với báo cáo trong nghiên cứu của Nguyễn Như Trường (60,5%) thì tỷ lệ viêm phổi RSV có biến chứng nhiễm vi khuẩn là 33,0% (107/324) (4). Điều này có thể giải thích là do trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng kháng sinh trước khi vào viện.

Phần lớn trẻ bị viêm phổi sơ sinh liên quan RSV đồng nhiễm các vi khuẩn Gram (-) với tỷ lệ là 64,71%. Có thể giải thích lý do vi khuẩn Gram (-) là vi khuẩn đồng mắc chủ yếu vì khả năng sản xuất kháng thể miễn dịch của trẻ còn kém, rất thiếu hụt đặc biệt đối với những vi khuẩn mà kháng nguyên của nó có bản chất là polysaccharit (7). Về tỷ lệ các loại vi khuẩn phân lập có phần giống nhau chúng tôi giữa nghiên cứu của Vũ Thị Phương cho rằng vì cùng địa điểm nghiên cứu là Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng (7).

V. KẾT LUẬN

VP sơ sinh liên quan đến RSV gặp ở trẻ nam nhiều hơn nữ. Lý do vào viện chính của trẻ chủ yếu là ho, khò khè. Triệu chứng lâm

sàng điển hình thường gặp là thở nhanh, rút lõm lồng ngực. Biện chứng suy hô hấp chiếm 32,2%.

Có 52/96 trường hợp trẻ có bạch cầu lympho tăng. X-quang phổi có hình ảnh nốt mờ rải rác 2 bên phế trường chiếm đa số. Có 2,08% bệnh nhân có xẹp phổi. Phần lớn trẻ bị viêm phổi sơ sinh liên quan RSV đồng nhiễm các vi khuẩn Gram (-).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UNICEF.** Childhood pneumonia: Everything you need to know 2022 [Available from: <https://www.unicef.org/stories/childhood-pneumonia-explained#:~:text=As%20pneumonia%20is%20an%20infection,the%20chest%20expands%20during%20inhalation>).
2. **Nguyễn Ngọc Văn.** Đặc điểm lâm sàng viêm phổi do virus ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Nhi khoa. 2023;16(1):42 - 7.
3. **Nguyễn Thị Diệu Thúy.** Bài giảng Nhi khoa tập 1. NXB Y học, Hà Nội, 2020: 201.
4. **Nguyễn Như Trường, Phạm Trung Kiên và cs,** Lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi sơ sinh tại Bệnh viện sản nhi Bắc Ninh. Tạp chí Khoa học VNU. 2019;35(1):112-9.
5. **Guan X, Gao S, Zhao H, Zhou H, Yang Y, Yu S, Wang J.** Clinical characteristics of hospitalized term and preterm infants with community-acquired viral pneumonia. BMC Pediatr. 2022;22(1):452.
6. **Đặng Văn Chức, Đoàn Văn Thành và cs.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi do hợp bào hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;503(Số đặc biệt):347-53.
7. **Nguyễn Mai Phương.** Nghiên cứu nguyên nhân vi khuẩn gây bệnh, kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến tử vong trong viêm phổi sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2011.[Luận văn Thạc sĩ]. Trường Đại học Y dược Hải Phòng; 2012.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BỆNH LÝ TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG CÓ BIẾN CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP – HẢI PHÒNG

Phạm Văn Thương¹, Vũ Ngọc Sơn², Tạ Đức Toàn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 38 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 01/2020 - 06/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 60,0 tuổi, 94,8% phát hiện bệnh lần đầu. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng (100%) và sốt (81,6%); 84,2% khám thấy có phản ứng thành bụng. 81,6% bệnh nhân có tăng bạch cầu, chỉ 10,8% phát hiện được túi thừa đại tràng qua siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cho giá trị tốt hơn với tỷ lệ phát hiện túi thừa đại tràng là 94,3%. 100% các trường hợp được chỉ định mổ cấp cứu, mổ mở xử lý tổn thương. Vị trí tổn thương túi thừa thường gặp ở đại tràng Sigma, biến chứng thủng túi thừa gây viêm phúc mạc (76,3%). Phương pháp xử lý chủ yếu là cắt đoạn đại tràng làm hậu môn nhân tạo kiểu Hartmann (52,6%) và cắt đoạn đại tràng nối ngay (39,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $140,7 \pm 36,0$ phút (65 - 190 phút), không trường

hợp nào có tai biến trong mổ. 28,9% có biến chứng sau mổ, chủ yếu là nhiễm khuẩn vết mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 14,6 ngày. Kết quả tốt chiếm 71,1%. **Kết luận:** Chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật sớm có ý nghĩa quan trọng, góp phần nâng cao hiệu quả trong điều trị bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng như thủng, áp xe hay chảy máu,...

Từ khóa: Bệnh túi thừa đại tràng, biến chứng của túi thừa, điều trị phẫu thuật

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED COLON DIVERTICULUM AT VIET TIEP HOSPITAL - HAI PHONG

Objective: Evaluate the results of surgical treatment of complicated colon diverticulum at Viet Tiep Hospital - Hai Phong. **Subjects and methods:** Retrospective and prospective cross-sectional descriptive study on 38 patients diagnosed with complicated colon diverticula treated surgically at Viet Tiep Friendship Hospital from January 1/2019. 2020 - June 2023. **Results:** The average age of patients was 60.0 years old, 94.8% were diagnosed for the first time. Common clinical symptoms are abdominal pain (100%) and fever (81.6%); 84.2% of examinations found abdominal wall reaction. 81.6% of patients have leukocytosis, only 10.8% can detect colonic diverticula through ultrasound, abdominal computed tomography gives better value with a colonic diverticulum detection rate of 94.3%. 100% of cases were prescribed emergency surgery or open surgery to treat the

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 14/5/2024

Ngày duyệt bài: 20/5/2024

damage. The location of diverticulum damage is usually in the sigmoid colon, with complications of diverticulum perforation causing peritonitis (76.3%). The main treatment methods are resection of the colon to create a Hartmann-type colostomy (52.6%) and immediate resection of the anastomosing colon (39.5%). The average surgery time was 140.7 ± 36.0 minutes (65 - 190 minutes), with no case of intraoperative complications. 28.9% had post-operative complications, mainly surgical wound infection. The average postoperative hospital stay is 14.6 days. Good results accounted for 71.1%. **Conclusion:** Early diagnosis and indication for surgery is important, contributing to improving the effectiveness in treating colon diverticular disease with complications such as perforation, abscess or bleeding,...

Keywords: Colonic diverticulitis, Complicated diverticulitis, Surgical treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh túi thừa đại tràng là sự hiện diện của một hay nhiều túi thừa ở đại tràng, đây là bệnh lý lành tính và thường chỉ phát hiện tình cờ qua nội soi hoặc khi đã có biến chứng. Khoảng 15 - 25% trường hợp túi thừa đại tràng có thể tiến triển thành các biến chứng áp xe, viêm phúc mạc, rò đại tràng, tắc ruột...[1], [2].

Ở Việt Nam Phan Tiến Mạnh (2015) nghiên cứu thấy 84,8% mắc bệnh ở độ tuổi 21 - 60, chủ yếu ở đại tràng phải, phẫu thuật đạt kết quả tốt 87%, biến chứng 13% [3]. Lê Huy Lư (2019) công bố kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi thừa đại tràng phải cho 74 trường hợp, tỷ lệ thành công 87,2%, biến chứng 11,5% [4].

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng là một cơ sở khám chữa bệnh hiện đại, thường xuyên tiếp nhận các bệnh nhân cấp

cứu về bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng. Đặc biệt trong những năm gần đây, tỷ lệ phát hiện bệnh ngày càng nhiều. Tuy nhiên, việc chẩn đoán và xử trí vẫn còn gặp không ít khó khăn và chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả điều trị túi thừa đại tràng có biến chứng. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: ***Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 38 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 01/2020 - 06/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là túi thừa đại tràng có biến chứng trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và được phẫu thuật. Chẩn đoán xác định trong mổ là bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng dựa vào như thủng, chảy máu, áp xe, viêm phúc mạc, tắc ruột, rò đại tràng.

- Có kết quả giải phẫu bệnh xác định là túi thừa đại tràng.

- Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin cần nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được phẫu thuật nhưng giải phẫu bệnh sau mổ không phù hợp như: ung thư, bệnh lao, bệnh Crohn...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiền cứu

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung của BN: Tuổi, giới, tiền sử bệnh túi thừa đại tràng

- Đặc điểm lâm sàng: Thời gian – tính chất – vị trí đau bụng, các triệu chứng khác

(rối loạn tiêu hóa, sốt,...), khám thực thể, cận lâm sàng (siêu âm, chụp cắt lớp vi tính)

- Kết quả trong mổ: vị trí túi thừa, đặc điểm tổn thương túi thừa có biến chứng, số lượng túi thừa (đơn độc, đa túi thừa), tình trạng ổ bụng (Sạch, viêm phúc mạc khu trú, viêm phúc mạc toàn thể), phương pháp xử lý tổn thương (Cắt và khâu vùi túi thừa, mở thông hoặc dẫn lưu manh tràng, làm sạch ổ áp xe + dẫn lưu, cắt đoạn đại tràng nối ngay, cắt đoạn đại tràng làm hậu môn nhân tạo,...), tai biến, thời gian phẫu thuật

- Kết quả sau mổ: Biến chứng, thời gian nằm viện sau mổ, đánh giá kết quả theo 3 mức độ:

+ Tốt: Bệnh nhân khỏi, ra viện và không có biến chứng.

+ Trung bình: Bệnh nhân có biến chứng nhẹ như chảy máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ...

+ Xấu: Bệnh nhân có biến chứng nặng như chảy máu trong ổ bụng, bụng miệng nổi, rò miệng nổi, tắc ruột sớm sau mổ, viêm phúc mạc, bệnh nhân phải mổ lại hoặc tử vong.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 20.0.

Thống kê mô tả được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tỷ lệ phần trăm. So sánh sự khác biệt về tỷ lệ: sử dụng test χ^2 và hiệu chỉnh bằng Fisher's exact test, so sánh sử dụng test T - Student. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 38 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 1/2020 - 6/2023 chúng tôi rút ra một số kết quả sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của BN

Chỉ tiêu đánh giá	Kết quả
Tuổi	$60,0 \pm 14,6$ tuổi (từ 32 - 93 tuổi).
Giới	Nam: 50,0%, Nữ: 50,0%
Tiền sử mắc bệnh túi thừa đại tràng	Lần đầu: 36 BN (94,8%) Nhiều đợt: 2 BN (5,2%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 60,0 tuổi, tỷ lệ mắc của nam và nữ là tương đương. Đa số bệnh nhân phát hiện bệnh lần đầu, chiếm 94,8%

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Chỉ tiêu đánh giá	Kết quả
Cơ năng	- Đau bụng: 38BN (100%) Mức độ: 2,6% đau ít, 73,7% đau vừa, 23,7% đau nhiều Thời gian đau trung bình $4,8 \pm 7,8$ ngày (từ 1 - 30 ngày). - Sốt: 31 BN (81,6%) - Rối loạn tiêu hóa: 8 BN (21%)

Thực thể	- Bụng chướng: 30 BN (78,9%) - Phản ứng thành bụng: 32 BN (84,2%) - Cảm ứng phúc mạc: 9 BN (23,7%) - Co cứng thành bụng: 2 BN (5,3%)
Cận lâm sàng	- Số lượng bạch cầu tăng: 31 BN (81,6%) - Siêu âm ổ bụng - Không phát hiện tổn thương: 6 BN (16,2%) - Phát hiện túi thừa đại tràng: 4 BN (10,8%) - Dấu hiệu khác (thâm nhiễm, ổ áp xe, khí tự do): 27 BN (73%) - Chụp cắt lớp vi tính: - Phát hiện bệnh lý túi thừa đại tràng: 33 BN (94,3%) - Chỉ phát hiện tổn thương thâm nhiễm, áp xe: 2 BN (5,7%)

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng (100%) và sốt (81,6%). Đa số BN (84,2%) khám thấy có phản ứng thành bụng. Cận lâm sàng: 81,6% BN có tăng bạch cầu, chỉ 10,8% phát hiện được túi thừa đại tràng qua siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ

bụng cho giá trị tốt hơn với tỷ lệ phát hiện túi thừa đại tràng là 94,3%)

Kết quả trong mổ

100% các trường hợp được chỉ định mổ cấp cứu, mổ mở xử lý tổn thương

Bảng 3.3. Kết quả trong mổ

	Chỉ tiêu	Số lượng (Tỷ lệ %)
Vị trí tổn thương	Manh tràng	10 (26,3%)
	Đại tràng phải	5 (13,1%)
	Đại tràng trái	2 (5,3%)
	Đại tràng Sigma	21 (55,3%)
Đặc điểm tổn thương	Viêm phúc mạc do thủng túi thừa	29 (76,3%)
	Áp xe túi thừa đại tràng	8 (21,1%)
	Chảy máu túi thừa	1 (2,6%)
Phương pháp xử lý tổn thương	Cắt đoạn đại tràng, làm HMNT kiểu Hartmann	20 (52,6%)
	Cắt đoạn đại tràng, nối ngay	15 (39,5%)
	Làm HMNT kiểu quai	3 (7,9%)

Nhận xét: Vị trí tổn thương túi thừa thường gặp ở đại tràng Sigma, biến chứng thủng túi thừa gây viêm phúc mạc (76,3%). Phương pháp xử lý chủ yếu là cắt đoạn đại tràng làm HMNT kiểu Hartmann (52,6%) và cắt đoạn đại tràng nối ngay (39,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $140,7 \pm 36,0$ phút (65 - 190 phút), không trường hợp nào có tai biến trong mổ.

Kết quả sau mổ

Bảng 3.4. Kết quả sau mổ

	Chỉ tiêu	Số lượng (Tỷ lệ %)
Biến chứng	Chảy máu	1 (2,6%)
	Nhiễm khuẩn vết mổ	10 (26,3%)
Thời gian nằm viện sau mổ	14,6 ± 3,8 ngày (8 – 28 ngày)	
Đánh giá kết quả	Tốt	27 (71,1%)
	Trung bình	11 (28,9%)
	Xấu	0 (0%)

Nhận xét: 28,9% có biến chứng sau mổ, chủ yếu là nhiễm khuẩn vết mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 14,6 ngày. Kết quả tốt chiếm 71,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu là: 60,0 ± 14,6 tuổi (từ 32 - 93 tuổi), tập trung ở nhóm trên 40 tuổi, chiếm 89,5%. Phần lớn các bệnh nhân của chúng tôi không có tiền sử phát hiện hay điều trị bệnh túi thừa đại tràng (94,8%), chỉ có 5,2% bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị nội khoa bệnh lý này trước đó. Tương tự kết quả của Hà Đình Thùy [5], Phan Tiến Mạnh [3] cũng cho thấy tỷ lệ phát hiện viêm túi thừa đại tràng chưa có biến chứng từ 4,9 – 6,5%. Qua đây, chúng tôi nhận thấy tình trạng phát hiện bệnh và điều trị kiểm soát bệnh túi thừa đại tràng cần được quan tâm nhiều hơn nữa để hạn chế tối đa những biến chứng không mong muốn do bệnh túi thừa đại tràng gây ra.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau bụng khi vào viện, tương đương Hà Đình Thùy (100%) [5], Phan Tiến Mạnh (100%) [3] và Lý Minh Tùng (100%) [6]. Thời gian khởi phát đau bụng cho đến khi nhập viện trung bình là 4,8 ± 7,8 ngày (từ 1 - 30 ngày), bệnh nhân thường khởi phát đau bụng ở một vị trí sau lan ra một vùng trong ổ bụng, có 24

trường hợp lan ra khắp ổ bụng trong bệnh cảnh viêm phúc mạc toàn thể.

Siêu âm thường là phương tiện hình ảnh đầu tiên chỉ định đối với những bệnh nhân có tình trạng bụng ngoại khoa nói chung và nghi ngờ viêm túi thừa đại tràng nói riêng [7], [8]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy siêu âm ổ bụng chẩn đoán xác định được 10,8% tổn thương bệnh lý túi thừa đại tràng, bên cạnh đó, 73,3% các trường hợp siêu âm ghi nhận các dấu hiệu gián tiếp của nhiễm khuẩn trong ổ bụng như thâm nhiễm, ổ áp xe, khí tự do,...

Chụp cắt lớp vi tính có ưu điểm hơn siêu âm là cho những hình ảnh khách quan và toàn diện hơn trong khi siêu âm phụ thuộc rất nhiều vào người làm siêu âm. Chính vì vậy, cắt lớp vi tính không những có thể chẩn đoán tốt bệnh lý túi thừa đại tràng mà còn đánh giá tốt các biến chứng [9], [10]. Kết quả của chúng tôi thấy: Trong 35 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng trước mổ, có 94,3% phát hiện tổn thương do bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng, 5,7% đánh giá được các tổn thương liên quan tới bệnh lý túi thừa đại tràng (thâm nhiễm quanh đại tràng, ổ áp xe, dịch khí tự do trong ổ bụng...). Tỷ lệ chẩn đoán vị trí túi thừa bệnh lý trong mổ đúng với kết quả cắt lớp vi tính ổ bụng trước mổ là 93,9%.

4.3. Kết quả điều trị

Kết quả trong mổ

Nghiên cứu có 38 bệnh nhân phẫu thuật bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng. Trong đó, 37 bệnh nhân được chỉ định mổ trong bệnh cảnh viêm phúc mạc (24 bệnh nhân viêm phúc mạc toàn thể, 13 bệnh nhân viêm phúc mạc khu trú), 1 bệnh nhân được chỉ định mổ trong bệnh cảnh chảy máu túi thừa điều trị nội khoa thất bại. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được mổ mở xử lý tổn thương, không xảy ra tai biến trong mổ.

Về chỉ định phẫu thuật điều trị bệnh lý túi thừa đại tràng, chúng tôi áp dụng các khuyến cáo đồng thuận, theo đó chỉ định phẫu thuật khi bệnh túi thừa đại tràng có biến chứng nặng, ảnh hưởng đến sức khỏe và tính mạng của người bệnh [5], [9], [10]:

- Thủng túi thừa gây viêm phúc mạc mủ, viêm phúc mạc phân
- Áp xe trong ổ bụng hoặc vùng chậu
- Tắc ruột, chảy máu túi thừa điều trị nội khoa thất bại
- Hình thành đường rò thông giữa đại tràng và các tạng

Có nhiều phương pháp xử trí tổn thương trong, tùy thuộc vào vị trí tổn thương thủng túi thừa và tình trạng ổ bụng của bệnh nhân. Chúng tôi ghi nhận 15 bệnh nhân (39,5%) được phẫu thuật cắt đoạn đại tràng phải nối ngay, 23 bệnh nhân (60,5%) được phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo (kiểu Hartman 87%, kiểu quai 13%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là áp xe túi thừa ở nửa phải đại tràng, các bệnh nhân này có tổn thương trong mổ tương ứng với giai đoạn II theo Hinchey sửa đổi (áp xe khung chậu, trong ổ bụng, sau đại tràng) được chỉ định mổ cấp cứu cắt đoạn đại tràng phải nối thì đầu. Sau mổ có 2/7 bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng vết mổ làm kéo dài

thời gian điều trị, không có biến chứng nặng ở nhóm bệnh nhân này. Mặc dù trong nghiên cứu không có trường hợp nào được chọc hút dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính, tuy nhiên chúng tôi đồng thuận với quan điểm: với những áp xe khu trú cạnh đại tràng (Hinchey sửa đổi giai đoạn Ib) có thể điều trị nội khoa hoặc phối hợp chọc hút qua da dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính để bệnh nhân tránh phải mổ cấp cứu cũng như chuẩn bị tốt hơn cho phẫu thuật thì 2, làm tăng khả năng thành công của phẫu thuật.

Khuyến cáo của hầu hết các nghiên cứu trước đây đều đồng thuận với quan điểm, chỉ định phẫu thuật cho các trường hợp bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng thủng gây viêm phúc mạc mủ, viêm phúc mạc phân (giai đoạn III, IV theo Hinchey có sửa đổi) [9]. Mặc dù có sự đồng thuận cao về chỉ định ở nhóm bệnh nhân có biến chứng viêm phúc mạc do thủng túi thừa. Tuy nhiên, sự lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho nhóm bệnh nhân có biến chứng thủng túi thừa đại tràng ở từng trường hợp cụ thể còn có những quan điểm chưa thống nhất. Nhiều lựa chọn về phương pháp phẫu thuật được đưa ra, về cơ bản có sự đồng thuận một số phương pháp xử trí trong mổ như sau: cắt túi thừa, cắt đoạn đại tràng, làm hậu môn nhân tạo, mở thông hoặc dẫn lưu manh tràng, làm sạch ổ áp xe và dẫn lưu. Nhưng đâu là phương pháp phù hợp nhất vẫn còn nhiều tranh cãi, sự lúng túng còn cao hơn khi gặp tình huống chẩn đoán viêm túi thừa trong mổ do nhầm với viêm ruột thừa [8], [10].

Cắt đại tràng được xem là phương pháp đương nhiên khi muốn điều trị triệt để bệnh túi thừa đại tràng bên trái bởi phần lớn là đa túi thừa. Cắt đại tràng cũng được chấp nhận rộng rãi như là phương pháp điều trị tốt nhất cho bệnh nhân túi thừa đại tràng phải tái phát

hoặc có biến chứng như tắc ruột, áp xe, rò, thủng hoặc khi không thể loại trừ được ung thư. Điều trị kinh điển là bắt buộc cắt đại tràng có hoặc không làm hậu môn nhân tạo khi có thủng túi thừa đại tràng, nhưng cũng đã có nhiều thay đổi khi áp dụng các tiến bộ chẩn đoán hình ảnh, kháng sinh, kỹ thuật nội soi ống tiêu hóa, nội soi ổ bụng hút rửa rất hiệu quả. Điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân thủng túi thừa đại tràng gây viêm phúc mạc hiện đang thay đổi dần, trong khi các lựa chọn bao gồm cắt đoạn đại tràng làm hậu môn nhân tạo kiểu Hartmann, cắt đại tràng sigma làm miệng nối ngay một thì (cho bệnh nhân mổ phìên), cắt đoạn đại tràng sigma làm miệng nối ngay nhưng có hậu môn nhân tạo trên cao để bảo vệ, rửa đại tràng trong mổ và làm miệng nối ngay thì đầu, mổ nội soi rửa ổ bụng mà không cắt đại tràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 39,5% phẫu thuật cắt đoạn đại tràng nối ngay thì đầu với tổn thương túi thừa ở nửa phải đại tràng, trong đó 8/15 trường hợp áp xe túi thừa (Hinchey sửa đổi giai đoạn II) và 7/15 trường hợp viêm phúc mạc do thủng túi thừa (Hinchey sửa đổi giai đoạn III, IV). Sau mổ có 5 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, không có biến chứng nặng ở nhóm bệnh nhân này.

Phẫu thuật Hartman là phẫu thuật cắt đoạn đại tràng bị tổn thương, đóng kín đầu dưới, đưa đầu trên ra ngoài thành bụng làm hậu môn nhân tạo. Sau khoảng 3 tháng có thể tiến hành mổ đóng hậu môn nhân tạo. Phương pháp này được áp dụng ở những bệnh nhân viêm phúc mạc phân và trong hầu hết các trường hợp viêm phúc mạc mù. Cắt đại tràng làm hậu môn nhân tạo kiểu Hartmann đã là một phẫu thuật phổ biến nhất

cho bệnh lý túi thừa đại tràng thủng nhưng còn có một số nhược điểm cần được khắc phục, phẫu thuật có thể được tiến hành qua nội soi, nhưng phẫu thuật viên thường chọn phương pháp mổ mở trong nhóm bệnh nhân thủng túi thừa đại tràng (Hinchey sửa đổi giai đoạn III, IV) vì đa số các trường hợp phải mổ cấp cứu khẩn cấp [5], [8].

60,5% được phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo (kiểu Hartman 87%, kiểu quai 13%) với tổn thương túi thừa ở nửa trái đại tràng, trong bệnh cảnh viêm phúc mạc do thủng túi thừa đại tràng (Hinchey sửa đổi giai đoạn III, IV). Trong số bệnh nhân này có 21 bệnh nhân thủng túi thừa đại tràng sigma, 2 bệnh nhân thủng túi thừa đại tràng xuống. Phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo kiểu quai trong nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 3/23 bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu khẩn cấp, thể trạng bệnh nhân suy kiệt, tình trạng viêm phúc mạc toàn thể, bệnh lý nội khoa nặng có nguy cơ ảnh hưởng tới tính mạng, cần được xử trí cấp cứu kịp thời và nhanh chóng với mục đích cứu sống người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 bệnh nhân có tiền sử điều trị viêm túi thừa manh tràng trước đó. Bệnh nhân vào viện với bệnh cảnh chảy máu túi thừa manh tràng điều trị nội khoa thất bại (bệnh nhân đã được soi đại tràng thấy tổn thương túi thừa manh tràng viêm chảy máu/ đa túi thừa đại tràng phải, can thiệp cầm máu qua nội soi, sau 2 ngày điều trị nội khoa bệnh nhân tiếp tục đại tiện máu ồ ạt, nhiều lần), được chỉ định mổ cấp cứu. Tổn thương trong mổ ghi nhận: đa túi thừa đại tràng phải, túi thừa vị trí manh tràng sát góc hồi manh tràng thâm nhiễm

diện rộng đang chảy máu, được xử trí cắt đoạn đại tràng nối ngay thì đầu. Bệnh nhân không xảy ra biến chứng sau mổ, ổn định ra viện sau mổ 10 ngày.

Kết quả sau mổ

Nghiên cứu có 27/38 bệnh nhân ổn định, ra viện và không có biến chứng, có kết quả tốt (71,1%). Kết quả trung bình có 11 bệnh nhân (28,9%), trong đó 10 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, 1 bệnh nhân chảy máu vết mổ. 10 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ được cắt chỉ cách, thay băng chăm sóc vết mổ, dùng thuốc theo kháng sinh đồ. 1 bệnh nhân chảy máu vết mổ được xử trí khâu tăng cường tại vị trí chảy máu. Tất cả các bệnh nhân này đều đáp ứng tốt với điều trị và ra viện. Không có bệnh nhân nào phải mổ lại do biến chứng hoặc tử vong.

Thời gian phẫu thuật trung bình: $140,7 \pm 36,0$ phút (từ 65 - 190 phút). Thời gian phẫu thuật phụ thuộc nhiều vào tình trạng nhiễm khuẩn ổ bụng, tổn thương trong mổ, phương pháp phẫu thuật và trình độ của phẫu thuật viên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thời gian mổ trung bình kéo dài hơn một số báo cáo trong nước: Hà Đình Thùy (từ $93,8 \pm 55,2$ phút) [5], Phan Tiến Mạnh (từ $119,1 \pm 27,7$ phút) [3]

Thời gian lưu thông ruột sau mổ trung bình: $2,7 \pm 0,7$ ngày (từ 2 - 4 ngày). Kết quả này phụ thuộc vào tổn thương đến sớm hay muộn, tình trạng nhiễm khuẩn ổ bụng và phương pháp phẫu thuật. Ngoài ra thể trạng bệnh nhân, các bệnh nội khoa nặng phối hợp cũng ảnh hưởng tới kết quả này. Theo nghiên cứu của một số tác giả ghi nhận kết quả trung tiện sau mổ: Phan Tiến Mạnh ($2,8 \pm 0,9$

ngày) [3], Hà Đình Thùy ($2,4 \pm 1,3$ ngày) [5].

Thời gian điều trị trung bình sau mổ: $14,6 \pm 3,8$ ngày (từ 8 - 28 ngày). Kết quả này đánh giá đúng thực trạng bệnh nhân khi đến với chúng tôi: thời gian ủ bệnh kéo dài (trung bình $4,8 \pm 7,8$ ngày, dài nhất là 30 ngày), tất cả các bệnh nhân đều được chỉ định mổ cấp cứu, tình trạng nhiễm khuẩn ổ bụng nặng (97,4% bệnh nhân có viêm phúc mạc), tuổi trung bình mắc bệnh cao (từ $60,0 \pm 14,6$ tuổi) với 50% bệnh nhân trên 60 tuổi, kèm theo một tỷ lệ không nhỏ mắc bệnh nội khoa phối hợp 36,8% (bệnh tim mạch, đái tháo đường). Tất cả những yếu tố trên ảnh hưởng không nhỏ đến việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật, phương pháp xử trí tổn thương trong mổ, kéo dài thời gian điều trị hậu phẫu cũng như làm tăng chi phí điều trị.

Sử dụng kháng sinh sau mổ: Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu sau mổ đều được sử dụng phối hợp 2 loại kháng sinh. Kháng sinh thường dùng là các loại Cephalosporine thế hệ III, IV kết hợp với Metronidazole hoặc nhóm Quinolon. Khi có kết quả cấy khuẩn kháng sinh được điều chỉnh theo kháng sinh đồ. Việc sử dụng kháng sinh ở những bệnh nhân sau phẫu thuật bệnh lý túi thừa đại tràng biến chứng trong nghiên cứu có sự tương đồng với một số nghiên cứu trong nước [3], [4], [9]

V. KẾT LUẬN

Chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật sớm có ý nghĩa quan trọng, góp phần nâng cao hiệu quả trong điều trị bệnh lý túi thừa đại tràng

có biến chứng như thủng, áp xe hay chảy máu,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N. Stollman, W. Smalley, I. Hirano** (2015). American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Management of Acute Diverticulitis. *Gastroenterology*. 149(7), 1944-9.
2. **T. M. Young-Fadok, P. L. Roberts, M. P. Spencer ,et al** (2000). Colonic diverticular disease. *Curr Probl Surg*. 37(7), 457-514.
3. **Phan Tiến Mạnh** (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Lê Huy Lưu** (2019). Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của cắt túi thừa nội so và điều trị bảo tồn trong viêm túi thừa đại tràng phải, Luận án Tiến sĩ Y học Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Hà Đình Thùy** (2018). Đánh giá kết quả điều trị viêm túi thừa đại tràng phải tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Lý Minh Tùng, Nguyễn Văn Hải** (2012). Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và kết quả phẫu thuật viêm túi thừa đại tràng. *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 16(1), trang 59- 65.
7. **A.A.W. van Geloven S.J. Rottier, W.H. Schreurs, M.A. Boermeester** (2019). Mistakes in acute diverticulitis and how to avoid them. pg 31- 35.
8. **Kim S.H, Lee I.K, Lee Y.S, et al** (2007). Diverticulitis of the Right Colon: Tips for preoperative Diagnosis and Treatment Strategy. *J Korean Soc Coloproctol*. 23(4), page 233-231.
9. **World Gastroenterology Organisation (WGO)** (2011). Practice Guidelines 2007. Diverticular disease. Available at, Accessed 10 June 2011.
10. **J. M. Rook, J. Q. Dworsky, T. Curran, et al** (2021). Elective surgical management of diverticulitis. *Curr Probl Surg*. 58(5), 100876.

KẾT QUẢ PHỤC HÌNH ZIRCONIA TRÊN IMPLANT ĐƠN LẺ LẤY DẤU BẰNG MÁY QUÉT TRONG MIỆNG TRIOS III (3-SHAPE)

Phạm Thanh Hải¹, Đỗ Quốc Uy¹, Nguyễn Thế Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả phục hình trên implant đơn lẻ lấy dấu kỹ thuật số bằng máy quét trong miệng Trios 3 (3-SHPAE) ở bệnh nhân mất răng đơn lẻ đã được cấy implant tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 30 bệnh nhân mất răng đơn lẻ đã được cấy implant và được làm phục hình sau đó đánh giá theo các tiêu chí: Tỷ lệ vị trí sai số phục hình sứ CAD/CAM, tiếp xúc bên, sát khít đường hoàn tất, khớp cắn, kết quả chức năng và thẩm mỹ phục hình. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ vị trí sai số phục hình sứ CAD/CAM ở mặt trong nhiều nhất (30%), sự sát khít đường hoàn tất chiếm tỷ lệ tuyệt đối 100%, tiếp xúc bên đạt 80%, tiếp xúc khớp cắn bình thường đạt 56.6%, kết quả chức năng và thẩm mỹ phục hình tốt đạt 100%.

Từ khóa: Phục hình, implant, scan

SUMMARY

OUTCOME OF SINGLE IMPLANT SUPPORTED ZIRCONIA CROWN SCANNED BY TRIOS III (3-SHAPE)

Objectives: Describe outcome of single implant supported zirconia crown using intraORal scanning Trios 3 (3-SHAPE) at

Odonto-Stomatology Department of Hai Phong Medical University Hospital in 2021. **Methods:** Descriptive study of the cluster of cases above. 30 patients who were restored with single implant supported zirconia crown, were evaluated according to the following criteria: Crown/Design on CAD/CAM error, lateral contact, finish line intact, occlusal. **Research result:** Crown/design error ratio of lingual site was highest at 30%, finish line intact, good lateral contact and nomal occlusal respectively accounted for 100%, 80% and 56.6%. Good funtion and esthetic outcome of restoration were achieved at 100%.

Keywords: CAD/CAM, digital dentistry, implant, intraORal scanner

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp lấy dấu kỹ thuật số và hệ thống scan đã được ứng dụng trong thực hành lâm sàng nha khoa trong những năm vừa qua. Phương pháp này được cho là nhanh, hiệu quả, có khả năng lưu giữ thông tin vô hạn, giảm biến dạng dấu do vật liệu cao su và cũng giảm những sai sót trong rất nhiều giai đoạn, thao tác lấy dấu theo phương pháp thường quy [1]. Phương pháp hiển thị 3D (3 chiều) hình dạng vị trí implant, abutment, phục hình làm giảm thời gian làm việc ở lâm sàng cũng như chi phí thực hiện phục hình.... Việc thực hiện lấy dấu bằng phương pháp kỹ thuật số bước đầu đã được giới thiệu ở Việt Nam tuy nhiên hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu về phương pháp mới này. Do vậy, chúng tôi tiến hành

¹Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hải

Email: pthai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 14/5/2024

Ngày duyệt bài: 20/5/2024

nghiên cứu với mục tiêu “*Mô tả kết quả phục hình trên implant đơn lẻ lấy dấu bằng máy quét trong miệng Trios 3*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

30 bệnh nhân có chỉ định phục hình trên implant bằng zirconia tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 01/01/2023 đến 01/11/2023.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Trụ implant có chỉ định phục hình toàn sứ Zirconia; Các răng liền kề còn tiếp xúc bên sinh lý; Còn răng đối để thiết lập khớp cắn.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Trụ implant cấy ghép ít hơn 3 tháng; Răng liền kề chưa mang phục hình, Răng chưa được mài kẽ, răng không bị thừa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh

2.3. Cơ mẫu nghiên cứu: 30 phục hình của 30 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn của nghiên cứu.

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

- Thời gian: Từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023.

2.5. Các biến số nghiên cứu

- Tỷ lệ vị trí sai số phục hình sứ CAD/CAM, tiếp xúc bên, sát khít đường hoàn tất, khớp cắn, kết quả chức năng và thẩm mỹ phục hình

- Tiêu chí biến số kết quả điều trị: Tốt: bệnh nhân ăn nhai dễ dàng và thoải mái tất cả các loại thức ăn; Trung bình: bệnh nhân ăn nhai bình thường với thức ăn mềm, có thể gặp một chút khó khăn khi ăn thức ăn cứng, xơ; Kém: bệnh nhân khó ăn nhai, có thể bị vướng hoặc đau khi ăn nhai, chỉ ăn được những thức ăn rất mềm.

2.6. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích với phần mềm SPSS 26.0, Excel 2016.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng đề cương nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ nội dung, mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin thu thập được quản lý bởi nghiên cứu viên, giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ vị trí sai số diện tích phục hình sứ CAD/CAM

Vị trí sai số diện tích phục hình	Nhóm răng cửa n (%)	Nhóm răng hàm n (%)	Tổng n (%)
Mặt nhai, rìa cắn	2 (18,18%)	6 (31,58%)	8 (26,67%)
Mặt ngoài	3 (27,28%)	3 (15,78%)	6 (20%)
Mặt trong	4 (36,36%)	5 (26,32%)	9 (30%)
Cổ phục hình	2 (18,18%)	5 (26,32%)	7 (23,33%)

Trong tổng số các ca phục hình có 19 phục hình thuộc nhóm răng hàm, 11 phục hình thuộc nhóm răng cửa, bảng 1 cho thấy tỷ lệ các vùng sai số không khác biệt về vị trí. Mặt nhai, rìa cắn (26,67%), Mặt ngoài (20%), Cổ phục hình (23,33%), tỷ lệ cao nhất tại Mặt trong (30%).

Bảng 2. Phân bố đặc điểm tiếp xúc mặt bên phía gần

Đặc điểm	Nhóm răng cửa n (%)	Nhóm răng hàm n (%)	Tổng n (%)
Chặt	2 (22,22%)	4 (21,05%)	6 (20%)
Vừa	9 (77,77%)	15 (78,94%)	24 (80%)
Lỏng	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Ở cả hai nhóm răng cửa và nhóm răng hàm, chúng ta đều thấy tỷ lệ “vừa” đạt được giá trị cao nhất 80%, chặt 20% và không có trường hợp nào có tiếp xúc lỏng.

Bảng 3. Phân bố đặc điểm tiếp xúc mặt bên phía xa

Đặc điểm	Nhóm răng cửa n (%)	Nhóm răng hàm n (%)	Tổng n (%)
Chặt	4 (36,33%)	1 (7,15%)	5 (20%)
Vừa	7 (63,67%)	13 (92,85%)	20 (80%)
Lỏng	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 25 răng có tiếp xúc phía xa, do cỡ mẫu có 5 răng hàm lớn thứ hai. Tiếp xúc bên phía xa của hai nhóm răng đều không có tình trạng tiếp xúc “lỏng”. Ở nhóm răng cửa, tỉ lệ tiếp xúc vừa chiếm 63,67%, tiếp xúc chặt chiếm 36,33%. Ở nhóm răng hàm, tỉ lệ tiếp xúc vừa và chặt lần lượt là 92,85% và 7,15%.

Bảng 4. Phân bố đặc điểm của sự liên tục giữa abutment và bờ chụp

Sự liên tục	Nhóm răng cửa n (%)	Nhóm răng hàm n (%)	Tổng n (%)
Không	0	0	
Có	11	19	30

Tất cả các chụp răng sứ bao gồm 11 răng cửa và 19 răng hàm đều có sự liên tục giữa bờ chụp và đường hoàn tất của abutment.

Bảng 5. Phân bố tỷ lệ tiếp xúc cắn khớp

Đặc điểm	Nhóm răng cửa n (%)	Nhóm răng hàm n (%)	Tổng n (%)
Tiếp xúc cắn khớp bình thường	8 (72,72%)	13 (68,42%)	21 (70%)
Tiếp xúc cắn khớp quá mức	2 (18,18%)	6 (31,58%)	8 (26,66%)
Thiếu tiếp xúc cắn khớp	1 (9,1%)	0 (0%)	1 (3,34%)

Tổng tỷ lệ phục hình KTS tại “tiếp xúc cắn bình thường” đạt tỷ lệ cao nhất 70% có sự khác biệt hơn so với “Tiếp xúc cắn khớp quá mức” 26,66% và “Thiếu tiếp xúc cắn khớp” 3,34%.

Bảng 6. Kết quả phục hình theo nhu cầu điều trị.

Nhu cầu điều trị \ Mức độ	Tốt		Trung bình		Kém	
	n	%	n	%	n	%
Thẩm mỹ	11	100	0	0	0	0
Chức năng	13	100	0	0	0	0
Cả thẩm mỹ và chức năng	6	100	0	0	0	0

Tất cả các răng được phục hình đều đáp ứng nhu cầu điều trị ban đầu của bệnh nhân

IV. BÀN LUẬN

* Về sai số diện tích bề mặt phục hình sứ CAD/CAM

Các chụp răng từ CAD/CAM được scan và chồng hình file thiết kế trên phần mềm Exocad, vùng sai lệch được xác định bằng vùng lệch màu. Kết quả cho thấy vị trí sai số tại mặt trong chiếm tỷ lệ cao nhất 30%, tuy nhiên tỷ lệ này phân bố cả ở mặt trong mặt ngoài, và không ảnh hưởng gì đến chức năng của phục hình và quanh răng phục hình. Vị trí Cổ phục hình chiếm 23,34%, Trong đó mặt nhai, rìa cắn chiếm tỷ lệ tương đối 26,67%.

Đối với lâm sàng các vị trí sai số diện tích đều không ảnh hưởng đến giá trị chức năng của răng nên có thể chấp nhận được khi so sánh tương quan với nghiên cứu Đỗ Thị Ánh Hồng [2], trong đó độ lệch chuẩn sai số vị trí mặt trong 40,5%, mặt ngoài 23,5%, cổ phục hình 13% và mặt nhai, rìa cắn chiếm 23%.

* Đặc điểm tiếp xúc mặt bên phía gần

Tiếp xúc bên ở cả hai nhóm răng cửa và nhóm răng hàm, chúng ta đều thấy tỷ lệ “vừa” đạt được giá trị cao nhất 80%, “chặt” 20%. Đối với tiếp xúc “chặt”, chúng ta có thể chỉnh sửa bằng mũi khoan và giấy cắn, đem lại cảm giác cho bệnh nhân.

Tiếp xúc lỏng tại hai giá trị nhóm răng đều đạt giá trị 0%, thể hiện rõ sự tiếp xúc chính xác qua phương pháp scan và thiết kế CAD/CAM và phù hợp với sai số thiết kế. Tương đồng với kết quả của nghiên cứu Đỗ Thị Ánh Hồng [2] thực hiện trên zirconia nguyên khối.

* Đặc điểm tiếp xúc mặt bên phía xa

Trong cỡ mẫu nghiên cứu có 5 cỡ mẫu răng hàm lớn thứ hai, chính vì vậy thống kê trong bảng 3, có 25 cỡ mẫu nghiên cứu.

Tuy nhiên không có sự khác biệt so với mặt gần, với tỷ lệ tương đồng. Vừa chiếm 80%, Chặt chiếm tỷ lệ 20% và 0% Lỏng. Phù hợp với kết quả của nghiên cứu Đỗ Thị Ánh Hồng [2] Vừa chiếm 81,7%, chặt chiếm 18,3% và 0% tiếp xúc Lỏng.

* Đặc điểm liên tục giữa đường hoàn tất abutment và bờ chụp.

Trong nghiên cứu, sự liên tục của bờ chụp với abutment được tiến hành đánh giá bằng thám trầm nội nha. Phương pháp này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Dương [3], Đoàn Minh Trí [4] điều này có thể được giải thích là do giới hạn của phương pháp sử dụng thám trầm có đầu nhọn đường kính 150 μ m trong khi độ khít sát bờ trên lâm sàng có thể chấp nhận được từ 100 – 120 μ m, nên những sự khác biệt nhỏ nằm trong phạm vi này có thể bị bỏ qua khi sử dụng thám trầm đường kính 150 μ m.

Kết quả phục hình toàn phần thiết kế trên máy tính qua hệ thống CAD/CAM nên tất cả bờ phục hình đều nhẵn và liên tục đều đặn không điểm nấc, đảm bảo giá trị tuyệt đối trên lâm sàng.

* Tỷ lệ tiếp xúc cắn khớp

Thống kê tại bảng 5, phục hình KTS tại “tiếp xúc cắn bình thường” đạt tỷ lệ cao nhất 70% có sự khác biệt hơn so với “Tiếp xúc cắn khớp quá mức” 26,66% và “Thiếu tiếp xúc cắn khớp” 3,34%. Qua đó chúng ta thấy tỷ lệ chính xác cao, tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Thị Huyền [5], 68,75% tiếp xúc cắn bình thường, “Tiếp xúc cắn khớp quá mức” 24,5% và “Thiếu tiếp xúc cắn khớp” 6.75%.

Như vậy, do khớp cắn ở lồng múi tối đa là một vị trí ổn định nhất của hai hàm, ít sự di lệch và trong quá trình chế tác răng tại labo, mẫu phục hình được thiết kế kiểm soát dễ dàng, ít sai số.

*** Kết quả phục hình theo nhu cầu điều trị.**

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá toàn bộ 30 răng mất được phục hình cấy Implant đều khôi phục chức năng ăn nhai và thẩm mỹ tốt với tỷ lệ 100. Sự hài lòng của bệnh nhân thể hiện qua việc khôi phục lại được chức năng này.

Trong nghiên cứu của Phạm Thanh Hà [6], tỷ lệ khôi phục lại chức năng ăn nhai tốt cũng chiếm 93,3%, chỉ có 6,7% ở mức trung bình thể hiện qua việc thiếu cảm giác tự nhiên khi ăn nhai, không có cảm giác về độ cứng hay cảm giác nóng lạnh của thức ăn. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Bích [7] sau 6 tháng số bệnh nhân ăn nhai tốt chiếm 95,8%, ăn nhai mức trung bình chỉ có 4,2%.

V. KẾT LUẬN

Lấy dấu kỹ thuật số cho phục hình implant đơn lẻ đã tối ưu hóa sự sát khít liên tục ở đường hoàn tất và đạt kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ mặc dù vẫn còn một số hạn chế trong tiếp xúc khớp cắn cần điều chỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nedelcu R., Olsson P., Nystrom I. and Thor A.** (2018), "Finish line distinctness and accuracy in 7 intraORal scanners versus conventional impression: an in vitro

descriptive comparison", BMC Oral Health, 18 (1), pp. 27

2. **Đỗ Thị Ánh Hồng** (2018), "Đánh giá một số đặc điểm của mào zirconia nguyên khối được thực hiện bằng phương pháp lấy dấu thường quy và lấy dấu kỹ thuật số", Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Nguyễn Tuấn Dương** (2014), "Đánh giá kết quả điều trị phục hình thẩm mỹ răng bằng chụp sứ Zirconia", Luận văn Thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Doan Minh Tri, Do Thị Kim Anh**, "So sánh lấy dấu theo phương pháp kỹ thuật số và phương pháp thường quy". Y Học TP. Hồ Chí Minh. Số 22 - 2- 2018: 112 - 117
5. **Nguyễn Thị Huyền** (2021), "So sánh kết quả phục hình chụp răng zirconia lấy dấu bằng silicon và scan trong miệng tại Bệnh viện Đại học y Hải Phòng năm 2021", khóa luận tốt nghiệp, Trường Đại học Y dược Hải Phòng.
6. **Phạm Thanh Hà** (2006), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật Implant nha khoa để làm phục hình răng cố định", Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Răng Hàm Mặt, tr. 18-20.
7. **Nguyễn Ngọc Bích** (2013), "Nhận xét kết quả cấy ghép hệ thống Implant seven của MIS trong phục hình răng cố định", Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC NHÂN TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG DAO LƯỠNG CỰC KẾT HỢP VỚI MÁY XAY MÔ QUA NGÃ NIỆU ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN NĂM 2020-2021

Nguyễn Bá Phước*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao lưỡng cực kết hợp với máy xay mô qua ngã niệu đạo. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 16 bệnh nhân tại Bệnh viện Kiến An, thời gian nghiên cứu từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 08 năm 2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $74,0 \pm 8,6$ tuổi. Trọng lượng tuyến tiền liệt trung bình qua siêu âm là $82,4 \pm 24,8$ gram. Thời gian phẫu thuật trung bình là $80,3 \pm 28,8$ phút. Không ghi nhận trường hợp nào chảy máu khó cầm trong khi mổ, hội chứng cắt đốt nội soi, tổn thương cổ bàng quang. Có 2 trường hợp tổn thương bàng quang trong khi phẫu thuật (12,5%), 1 trường hợp bí tiểu sau rút sonde niệu đạo (6,2%), 2 trường hợp tiểu không kiểm soát tạm thời (12,5%). Trước phẫu thuật, tất cả trường hợp đều có điểm IPSS ở mức độ nặng. Sau 1 tháng, 14 bệnh nhân (75%) có điểm IPSS mức độ trung bình và chỉ còn 4 bệnh nhân (22,5%) có IPSS mức độ nặng. Điểm chất lượng cuộc sống (QoL) trước phẫu thuật của 16 bệnh nhân đều ở mức độ bình thường hoặc không chịu được. Sau 1 tháng, tất cả 16 bệnh nhân đều có QoL tốt 100%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao lưỡng cực kết hợp với máy xay mô qua

ngã niệu đạo là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả. **Khuyến nghị:** Để đánh giá rõ hơn về hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng điện lưỡng cực cần thực hiện nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi bệnh nhân dài hơn.

Từ khóa: Nội soi; tuyến tiền liệt; Bệnh viện Kiến An.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC PROSTATE SURGERY USING A BIPOLAR SCALPEL COMBINED WITH A TISSUE GRINDER THROUGH THE URETHRA AT KIEN AN HOSPITAL IN 2020-2021

Objective: To assess the outcomes of laparoscopic prostate surgery using a bipolar scalpel combined with a tissue grinder through the urethra. **Subjects and Methods:** A descriptive study on 16 patients at Kien An Hospital, with a research period from August 2020 to August 2021. **Results:** The average age of the patients was 74.0 ± 8.6 years. The mean prostate gland weight measured by ultrasound was 82.4 ± 24.8 grams. The average surgical time was 80.3 ± 28.8 minutes. No cases of uncontrollable bleeding, endoscopic cutting syndrome, or bladder neck injury were recorded during the surgery. There were 2 cases of bladder injury during the operation (12.5%), 1 case of urinary retention after urethral catheter removal (6.2%), and 2 cases of temporary urinary incontinence (12.5%). Before surgery, all cases

*Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Phước

Email: nguyenvatuanviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 5/3/2024

Ngày duyệt bài: 7/5/2024

had severe IPSS scores. After one month, 14 patients (75%) had moderate IPSS scores, while only 4 patients (22.5%) had severe IPSS scores. Before surgery, the QoL scores of 16 patients were all in the normal or intolerable range. After one month, all 16 patients reported good QoL (100%). **Conclusion:** Laparoscopic prostate surgery using a bipolar scalpel combined with a tissue grinder through the urethra. **Recommendations:** To obtain a more comprehensive assessment of the effectiveness and safety of the bipolar transurethral resection of the prostate technique, it is necessary to conduct research on a larger sample size and extend the duration of patient follow-up.

Keywords: Laparoscopic; prostate; Kien An hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLT-TTL) là sự thay đổi mô bệnh học tiến triển, không ác tính, tăng sản và đa ổ ở các tế bào mô đệm và biểu mô ở vùng chuyển tiếp của tuyến tiền liệt (TTL), dẫn đến các nốt TTL rời rạc, viêm, xơ hóa và thay đổi hoạt động của cơ trơn, có thể gây ra tắc nghẽn một phần hoặc toàn bộ niệu đạo [1]. Kết quả là tắc nghẽn đường ra của bàng quang, cùng với trương lực cơ của bàng quang tăng lên và rối loạn chức năng thứ phát của cơ bàng quang, tạo ra các triệu chứng ở đường tiết niệu dưới [2].

TSLT-TTL là một bệnh tiết niệu phổ biến ảnh hưởng đến nam giới lớn tuổi trên toàn thế giới. Trên toàn cầu, có 94 triệu trường hợp TSLT-TTL vào năm 2019, so với 51,1 triệu trường hợp vào năm 2000 [3]. Có một số bằng chứng cho thấy tỷ lệ mắc bệnh thay đổi tùy theo chủng tộc và sắc tộc [4]. Các yếu tố khác liên quan đến TSLT-TTL bao gồm hội chứng chuyển hóa, béo phì, tăng chỉ số BMI, rối loạn lipid máu, tiểu

đường, bệnh tim mạch, viêm TTL cấp tính và mãn tính, điều trị bệnh tim, lượng nước tiểu tồn dư sau khi đi tiểu, trình độ học vấn, sử dụng thuốc chống trầm cảm, sử dụng thuốc đối kháng canxi, rối loạn chức năng cương dương, nồng độ kháng nguyên đặc hiệu của bệnh TTL cao, tiền sử gia đình mắc bệnh ung thư bàng quang và tiền sử gia đình mắc bệnh TTL [5-7].

Hiện nay có nhiều phương pháp để điều trị các rối loạn tiểu tiện do TSLT-TTL, trong đó phẫu thuật nội soi được coi là điều trị “tiêu chuẩn vàng” trong can thiệp ngoại khoa, giảm thiểu nhiều tai biến nguy hiểm; tuy nhiên vẫn có một số biến chứng, khó chịu cho bệnh nhân. Nhằm tìm các phương pháp can thiệp có hiệu quả mà hạn chế được các biến chứng và khó chịu cho bệnh nhân kỹ thuật bóc nhân TTL gần đây được phát triển bởi các phẫu thuật viên nội soi niệu khoa ở Mỹ, châu Âu và các nước trong khu vực châu Á như Hàn Quốc, Trung Quốc, Nhật Bản. Dụng cụ dùng bóc nhân có thể là dao điện đơn cực, lưỡng cực, laser Holium và Thulium. Phương pháp bóc u TTL là bóc nhân đến lớp vỏ bao TTL giúp phẫu thuật viên cầm máu dễ dàng và tránh tổn thương cổ bàng quang và tam giác bàng quang giúp hạn chế được mất máu, truyền máu và các biến chứng muộn như bí đái do máu cục, hẹp cổ bàng quang, xuất tinh ngược dòng...

Tại Việt Nam, những năm gần đây đã có một số trung tâm tiết niệu lớn triển khai kỹ thuật bóc nhân điều trị TSLT-TTL như bệnh viện Bình Dân, bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức và đã có những báo cáo với kết quả khả quan. Nhằm tăng chất lượng phẫu thuật nội soi điều trị TSLT-TTL, giảm tỷ lệ tai biến biến chứng đến mức thấp nhất, giảm thời gian nằm viện, bảo đảm hiệu quả lâu dài của phẫu thuật... bệnh viện Kiến An đã triển

khai kỹ thuật bóc nhân TTL bằng dao lưỡng cực kết hợp với máy xay mô từ tháng 8/2020. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua ngã niệu đạo bóc nhân TTL bằng dao lưỡng cực kết hợp với máy xay mô tại Bệnh viện Kiến An năm 2020-2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi bóc nhân TTL qua ngã niệu đạo bằng dao lưỡng cực kết hợp máy xay mô.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán TSLT-TTL với biểu hiện rối loạn đi tiểu trung bình, nặng có chỉ định can thiệp ngoại khoa. Bệnh nhân có trọng lượng TTL ≥ 60 gram. Bệnh nhân điều trị nội khoa thất bại, thể tích nước tiểu tồn lưu trên 100ml hoặc rối loạn đi tiểu không cải thiện ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là ung thư TTL. Bệnh nhân có TSLT-TTL nhưng có bệnh kèm theo như hẹp niệu đạo, di chứng chấn thương khung chậu và khớp háng, u bàng quang, hẹp cổ bàng

quang, bệnh nhân có tiền sử mổ niệu đạo hoặc TTL.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Chọn toàn bộ bệnh nhân được phẫu thuật nội soi qua ngã niệu đạo bóc nhân TTL bằng dao lưỡng cực kết hợp máy xay mô tại khoa Tiết niệu, Bệnh viện Kiến An. Thực tế nghiên cứu trên 16 bệnh nhân trong thời gian từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 08 năm 2021.

2.3. Quy trình nghiên cứu

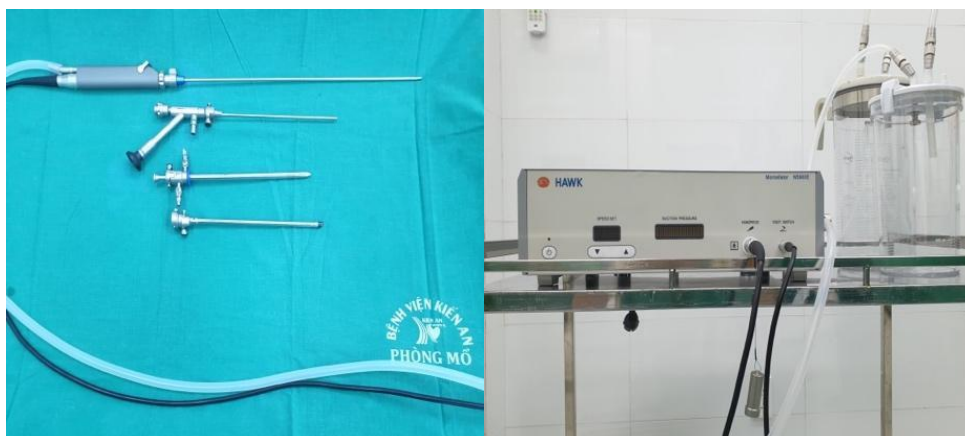
2.3.1. Dụng cụ và trang thiết bị

Bộ dụng cụ nội soi bao gồm:

- Màn hình và nguồn sáng, ống soi Karl Storz 26F, ống soi 30⁰.
- Hệ thống tưới rửa liên tục dưới áp suất thấp.
- Bộ tay cắt và ăng lưỡc cực
- Máy xay mô của Hawk.
- Các dụng cụ thông thường sử dụng trong CĐNS như bộ nong niệu đạo, thông Foley 3 nòng 20-22Fr, bơm súc rửa thủy tinh 150 ml...
- Dung dịch tưới rửa: nước muối sinh lý NaCl 0,9%.



Hình 1. Bàn máy nội soi và trang thiết bị



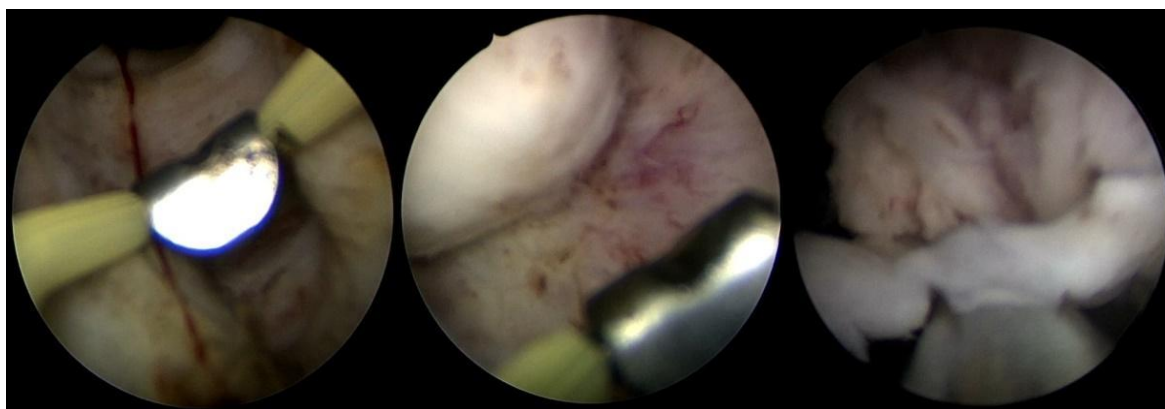
Hình 2. Hệ thống máy xay mô

2.3.2. Kỹ thuật mổ

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ như các cuộc mổ nội soi khác. Bệnh nhân có nhiễm khuẩn đường tiết niệu cần điều trị cho ổn định trước khi phẫu thuật. Nếu bệnh nhân không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu thì chỉ cần sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ. Bệnh nhân được vô cảm bằng tê tuỷ sống, nếu thất bại hoặc có chống chỉ định thì mê nội khí quản.

Tiến trình mổ: Đặt máy nội soi niệu đạo bàng quang, đánh giá các tổn thương đi kèm. Sau đó tiến hành bóc nhân tuyến tiền liệt: đầu tiên chúng tôi sử dụng dao cắt hình nấm đánh dấu vị trí bóc từ 7h và 5h ở cổ trong bàng quang ra ngoài ụ núi, đánh dấu sâu đến lớp vỏ bao tuyến tiền liệt, thực hiện bóc nhân

thùy giữa, sau đó đánh dấu ở hai má bên lần lượt bóc thùy trái và thùy phải đến vị trí 12h và đẩy nguyên khối vào trong bàng quang. Trong trường hợp thùy giữa không lớn, thực hiện đánh dấu từ vị trí 6h từ cổ bàng quang đến ụ núi và thực hiện tương tự bóc hai thùy trái và thùy phải như trên. Trong suốt quá trình bóc nhân những điểm chảy máu hay những mạch máu nuôi tuyến tiền liệt sẽ được đốt dễ dàng giữ cho phẫu trường luôn sáng. Các nhân TTL sau khi được bóc sẽ được xay và hút ra ngoài. Tất cả các mẫu mô đều gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý. Đặt thông niệu đạo-bàng quang lưu bằng Foley 3 nòng 20-22 Fr, bơm bóng khoảng 20-30cc tùy từng kích thước TTL.



Hình 3. Hình ảnh bóc tuyến tiền liệt và xay hút lấy tổ chức tuyến

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Các biến số định lượng tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất. Các biến số định tính, tính tần số, tỷ lệ %. Sử dụng Pair sample T-test để so sánh 2 giá trị trung bình trước và sau phẫu thuật. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Kiến An và lãnh đạo khoa Tiết niệu. Bệnh nhân được giải thích về tình trạng bệnh lý, phương pháp mổ, tai biến, và biến chứng. Không thực hiện thủ thuật hoặc phẫu thuật có xâm hại với cơ thể bệnh nhân. Bệnh

nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và có giấy cam kết trước mổ. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 16 bệnh nhân, tuổi trung bình của bệnh nhân là $74,0 \pm 8,6$ tuổi, nhỏ nhất là 62 tuổi và lớn nhất là 89 tuổi, nhóm tuổi từ 70 - 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (56,1%). 6 bệnh nhân nhập viện vì lý do bí tiểu cấp (37,5 %), 10 bệnh nhân tiểu khó (62,5%). 16 bệnh nhân đều được thăm khám TTL qua ngả trực tràng đều ghi nhận kích thước to, mật độ chắc, không có nhân cứng.

Bảng 1. Các thông số chẩn đoán ban đầu ($n = 16$)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Mean $\pm$ SD Min - Max
Trọng lượng tuyến tiền liệt qua siêu âm		-	-	$82,4 \pm 24,8$ 60 - 140 gram
Kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA)	0 - 4	2	12,5	$13,37 \pm 9,84$ 4,0 - 39,0 ng/ml
	4 - 10	5	31,2	
	> 10	9	56,2	
Điểm số IPSS trước phẫu thuật	Nhẹ (0 - 7)	0	0	$27,4 \pm 4,5$ 20 - 35
	Trung bình (8 - 19)	0	0	
	Nặng (20 - 35)	16	100	
Điểm trung bình IPSS theo tình trạng bế tắc	Bí tiểu	6	37,5	$27,9 \pm 4,6$
	Tiểu khó	10	63,5	$26,1 \pm 4,2$
Điểm QoL trước phẫu thuật	Tốt (1 - 2)	0	0	$4,8 \pm 0,8$ 3 - 6
	Tạm được (3 - 4)	6	37,5	
	Không chịu được (5 - 6)	10	63,5	

Nhận xét: Trọng lượng tuyến tiền liệt trung bình của mẫu nghiên cứu là $82,4 \pm 24,8$ gram, nhỏ nhất là 60 gram, lớn nhất là 140 gram. Kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) trung bình là $13,37 \pm 9,84$ ng/ml, 56,2% bệnh nhân có PSA > 10 ng/ml. Điểm

số IPSS trung bình trước mổ là $27,4 \pm 4,5$ điểm, 100% ở mức độ nặng. Điểm số QoL trung bình trước mổ là $4,8 \pm 0,8$ điểm, 10 (62,5%) bệnh nhân ở mức độ không chịu được, 6 bệnh nhân (37,5%) ở mức độ tạm được và không có trường hợp nào mức độ tốt.

Bảng 2. Trọng lượng mô và thời gian phẫu thuật (n = 16)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Mean $\pm$ SD Min - Max
Trọng lượng mô u lấy ra sau bóc nhân (gram)		-	-	80,3 $\pm$ 18,9 50 - 131
Thời gian phẫu thuật từ lúc bóc nhân đến khi kết thúc xay mô	< 60 phút	7	43,8	80,3 $\pm$ 28,8 55 - 155
	60 - 90 phút	4	24,9	
	> 90 phút	5	31,1	
Thời gian bóc nhân (phút)		-	-	75,3 $\pm$ 27,4
Thời gian xay mô (phút)		-	-	5,1 $\pm$ 2,2
Thời gian lưu thông niệu đạo (ngày)		-	-	3,7 $\pm$ 0,8

Nhận xét: Sau khi được đẩy vào lòng bàng quang, nhân tuyến tiền liệt được xay nhỏ và hút ra ngoài bằng máy xay mô. Mô u được lấy ra trung bình là 80,3 $\pm$ 18,9 gram, to nhất là 131 gram và nhỏ nhất là 50 gram. Thời gian phẫu thuật tính từ lúc bắt đầu bóc nhân cho đến khi kết thúc xay mô (đối với 3

bệnh nhân sỏi bàng quang, thời gian phẫu thuật được tính từ lúc nội soi tán sỏi cho đến khi kết thúc xay mô) trung bình là 80,3 $\pm$ 28,8 phút, nhanh nhất là 55 phút và lâu nhất là 155 phút. Thời gian bóc nhân trung bình là 75,3 $\pm$ 27,4 phút. Thời gian xay mô trung bình là 5,1 $\pm$ 2,2 phút.

Bảng 3. Chỉ số hemoglobin và natri trước và sau phẫu thuật (n = 16)

Chỉ số	Trước mổ	Sau mổ	p
Hemoglobin (g/L)	137,1 $\pm$ 12	126,9 $\pm$ 18,4	0,02
Natri (mmol/L)	139,9 $\pm$ 3,6	137,8 $\pm$ 2,7	0,04

Nhận xét: Giá trị trung bình của chỉ số hemoglobin và natri đều giảm sau phẫu thuật. Sự khác này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Tai biến và biến chứng sớm của bóc nhân tuyến tiền liệt: Không ghi nhận trường hợp nào chảy máu khó cầm trong khi mổ, hội chứng cắt đốt nội soi, tổn thương cổ bàng quang. Ghi nhận 2 trường hợp tổn

thương bàng quang trong khi phẫu thuật (12,5%). Về biến chứng sớm sau bóc nhân, ghi nhận 1 trường hợp bí tiểu sau rút sonde niệu đạo (6,2%), 2 trường hợp tiểu không kiểm soát tạm thời (12,5%).

Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện trung bình là 7,8 $\pm$ 1,2 ngày (ngắn nhất là 6 ngày và dài nhất là 10 ngày).

Bảng 4. Sự cải thiện triệu chứng sau 1 tháng bóc nhân tuyến tiền liệt (n = 16)

Chỉ số		Trước phẫu thuật	Sau 1 tháng	p
IPSS	Nhẹ	0	0	
	Trung bình	0	12 (75,0)	
	Nặng	16 (100)	4 (25,0)	
	Mean $\pm$ SD	27,4 $\pm$ 4,5	15,5 $\pm$ 4,1	< 0,001
QoL	Tốt	0	16 (100)	
	Tạm được	6 (37,5)	0	
	Không chịu được	10 (62,5)	0	
	Mean $\pm$ SD	4,8 $\pm$ 0,8	1,2 $\pm$ 0,4	< 0,001

Nhận xét: Trước phẫu thuật, tất cả trường hợp đều có điểm IPSS ở mức độ nặng. Sau 1 tháng, điểm IPSS có sự cải thiện rõ rệt, có 14 bệnh nhân (75%) có điểm IPSS mức độ trung bình và chỉ còn 4 bệnh nhân (22,5%) có IPSS mức độ nặng. Điểm số QoL trước phẫu thuật của 16 bệnh nhân đều ở mức độ tạm được hoặc không chịu được. Sau 1 tháng, tất cả 16 bệnh nhân đều có chất lượng cuộc sống tốt 100%. Sự khác biệt về điểm IPSS và QoL trước và sau phẫu thuật 1 tháng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 16 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi bóc nhân TTL qua ngả niệu đạo bằng dao lưỡng cực kết hợp máy xay mô, thời gian phẫu thuật trung bình là $80,3 \pm 28,8$ phút, nhanh nhất là 55 phút và thời gian lâu nhất là 155 phút. Có 5 trường hợp (31,1%) có thời gian phẫu thuật lớn hơn 90 phút, tất cả trường hợp này TTL đều có kích thước lớn hơn 90 gram làm kéo dài thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Bình Dân năm 2019-2020 [8], ngắn hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Corona A và cộng sự [9]. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Bình Dân có thể được giải thích là do nghiên cứu của chúng tôi có 03 bệnh nhân có sỏi bàng quang, thời gian phẫu thuật của những bệnh nhân này được tính từ lúc nội soi tán sỏi đến lúc kết thúc say mô do đó có thể làm tổng thời gian của cả cuộc phẫu thuật tăng lên. Thời gian phẫu thuật ngắn hơn so với nghiên cứu của Corona A vì nghiên cứu của tác giả Corona A khối lượng mô được cắt bỏ là 92

gram cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Thời gian lưu thông niệu đạo bàng quang được tính bắt đầu từ khi đặt thông niệu đạo cho đến khi bệnh nhân được rút ống sau đó bệnh nhân được đi tiểu lại dễ dàng và bệnh nhân không bí tiểu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thời gian lưu thông niệu đạo trung bình là $3,7 \pm 0,8$ ngày. Dài hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Phùng Thanh Vũ và cộng sự tại Bệnh viện Bình Dân năm 2019-2020 [10]. Việc mang thông niệu đạo thường làm cho bệnh nhân cảm thấy đau, tăng tỉ lệ nhiễm khuẩn niệu. Rút thông tiểu sớm giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị trung bình của chỉ số hemoglobin và natri đều giảm sau phẫu thuật ($p < 0,05$), điều này cho thấy bóc nhân TTL bằng điện lưỡng cực trong TSLT-TTL là có chảy máu. Sự thay đổi nồng độ Na^+ trung bình trước và sau phẫu thuật là không đáng kể, cho thấy trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có rối loạn nồng độ ion Na^+ xảy ra trong và sau bóc nhân TTL bằng điện lưỡng cực. Điều này cũng phù hợp với kết quả trong và sau phẫu thuật không có trường hợp nào xảy ra hội chứng cắt đốt.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào chảy máu khó cầm trong khi mổ, hội chứng cắt đốt nội soi, tổn thương cổ bàng quang. Chỉ ghi nhận 2 trường hợp tổn thương niêm mạc thành sau bàng quang trong khi phẫu thuật (12,5%). Cả 2 trường hợp này đều được lưu thông tiểu dài ngày và sau rút thông bệnh nhân đi tiểu trong

không có biến chứng thoát dịch ra khoang sau phúc mạc. Nghiên cứu của chúng tôi có 01 trường hợp (6,2%) ghi nhận sau rút thông niệu đạo bệnh nhân bí tiểu, được đặt lại thông tiểu, được sử dụng kháng sinh, giảm đau, giảm viêm, được rút thông sau 2 ngày. Sau rút thông, bệnh nhân đi tiểu dễ. Nghiên cứu cũng ghi nhận có 2 trường hợp (12,5%) sau khi rút thông tiểu bệnh nhân tiểu không kiểm soát, tiểu rĩ và tự hồi phục sau 4 tuần.

Trước phẫu thuật, tất cả trường hợp đều có điểm IPSS ở mức độ nặng. Sau 1 tháng, điểm IPSS có sự cải thiện rõ rệt, có 14 bệnh nhân (75%) có điểm IPSS mức độ trung bình. Điều này cho thấy hầu hết bệnh nhân cải thiện triệu chứng tốt sau khi được bóc nhân TTL bằng điện lưỡng cực. Kết quả này tương đồng với các kết quả nghiên cứu khác tại Việt Nam [8, 10]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy còn 4 bệnh nhân (22,5%) có IPSS mức độ nặng sau 1 tháng, do đó cần quan tâm điều trị cho những bệnh nhân này, góp phần quan trọng trong cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau ca phẫu thuật.

Một yếu tố quan trọng để đánh giá chất lượng cũng như hiệu quả của điều trị TSLT-TTL chính là chất lượng cuộc sống (QoL) của bệnh nhân. Số điểm QoL không những cho biết độ nặng của triệu chứng gây rối loạn, mức độ tiến triển theo thời gian mà còn cho biết mức độ ảnh hưởng đến sức chịu đựng và QoL của bệnh nhân khi mang các triệu chứng đường tiết niệu dưới, giúp lựa chọn phương thức và thời điểm điều trị. Đối với bệnh nhân, điều quan trọng duy nhất mà họ quan tâm là giảm thiểu được triệu chứng nhiều hơn cải thiện tốc độ dòng tiểu. Điểm

số QoL trước phẫu thuật của 16 bệnh nhân đều ở mức độ tạm được hoặc không chịu được. Sau 1 tháng, tất cả 16 bệnh nhân đều có chất lượng cuộc sống tốt 100%. Qua đó cho thấy QoL ở bệnh nhân TSLT-TTL sau phẫu thuật được cải thiện rõ rệt.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao lưỡng cực kết hợp với máy xay mô qua ngả niệu đạo là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, có thể cải thiện đáng kể IPSS và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi còn ngắn nên việc đánh giá kết quả vẫn còn hạn chế. Chúng tôi hy vọng sẽ có những nghiên cứu với số liệu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá rõ hơn về hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng điện lưỡng cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McVary KT, Roehrborn CG, Avins AL, et al.** Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. *J Urol* (2011), **185**: p1793-1803.
2. **Fusco F, Creta M, De Nunzio C, et al.** Progressive bladder remodeling due to bladder outlet obstruction: a systematic review of morphological and molecular evidences in humans. *BMC Urol* (2018), **18**: p15.
3. **GBD 2019 Benign Prostatic Hyperplasia Collaborators.** The global, regional, and national burden of benign prostatic hyperplasia in 204 countries and territories from 2000 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.

- Lancet Healthy Longev (2022),3(11): pe754-e776.
4. **Egan KB.** The epidemiology of benign prostatic hyperplasia associated with lower urinary tract symptoms: prevalence and incident rates. *Urol Clin North Am* (2016),43: p289-297.
 5. **Ngai H-Y, Yuen KS, Ng C-M, et al.** Metabolic syndrome and benign prostatic hyperplasia: An update. *Asian J Urol* (2017),4: p164-173.
 6. **Xu X-F, Liu G-X, Guo Y-S, et al.** Global, regional, and national incidence and year lived with disability for benign prostatic hyperplasia from 1990 to 2019. *Am J Men Health* (2021),15(4): p 15579883211036786.
 7. **Launer BM, McVary KT, Rieke WA, et al.** The rising worldwide impact of benign prostatic hyperplasia. *BJU Int* (2021),127: p722-728.
 8. **Dương Hoàng Lân, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng.** Đánh giá kết quả sớm kỹ thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser thulium qua ngã niệu đạo. *Tạp chí Y học Việt Nam* (2021),509: p136-143.
 9. **Corona A, Serra S, Deplano M, et al.** La resezione endoscopica con resettore bipolare gyrus nelle ghiandole di volume superiore a 80 ml: nostra esperienza a 12 mesi di follow-up [Endoscopic prostate resection by bipolar gyrus resector for prostates over 80 ml: our experience after a 12-month follow-up]. *Urologia* (2012),79(Suppl 19): p30-6.
 10. **Phùng Thanh Vũ, Nguyễn Xuân Thái, Nguyễn Ngọc Châu và cộng sự.** Đánh giá kết quả sớm kỹ thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser holmium tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học T.P Hồ Chí Minh* (2021),25(1): p207-212.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HO RA MÁU Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI MỚI TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG NĂM 2021-2022

Nguyễn Thị Trang¹, Nguyễn Thị Thanh Huyền¹

TÓM TẮT

Ho ra máu (HRM) là một cấp cứu nội, thường gặp do lao phổi. Nghiên cứu nhằm mục đích mô tả đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến HRM ở bệnh nhân lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng 2021-2022. Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu để thu thập các thông tin chung, đặc điểm và một số yếu tố liên quan của 65 bệnh nhân vào viện vì HRM được chẩn đoán lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 1/2021 đến 12/2022. Kết quả nghiên cứu: bệnh nhân ở nhóm tuổi 40-49 chiếm 23,1%; tỷ lệ nam/ nữ là 5,5/1; nghề nghiệp lao động tự do chiếm 55,3% và bệnh lý kèm theo hay gặp là đái tháo đường (30,8%), mức độ HRM nhẹ chiếm 84,6%. Tồn thương Xquang phổi độ 3 và có hang ≥ 40 mm làm tăng nguy cơ mức độ HRM vừa và nặng, $p < 0,05$. Bệnh nhân HRM mức độ nhẹ và đến sớm sẽ làm giảm nguy cơ kéo dài thời gian điều trị HRM, $p < 0,05$.

Từ khóa: Lao phổi mới, Ho ra máu, Bệnh viện Phổi Hải Phòng

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND ASSOCIATED FACTORS OF

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang

Email: nttranghpmu91@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 5/3/2024

Ngày duyệt bài: 7/5/2024

HEMOPTYSIS IN NEW PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS AT HAI PHONG LUNG HOSPITAL IN 2021-2022

Hemoptysis emerges as a prevalent and critical clinical exigency within the medical domain, often attributed by pulmonary tuberculosis. This study aims to describe the clinical features and associated factors of hemoptysis in new pulmonary tuberculosis patients at Hai Phong Lung hospital during 2021-2022. We used a retrospective cross-sectional study to collect general information, clinical feature and associated factors of hemoptysis in new pulmonary tuberculosis patients at Hai Phong Lung Hospital in 2021-2022. The research results indicate that patients were predominantly in the 40-49 age group, accounting for 23.1%. The male/female ratio was 5.5/1. Occupations of patients were mainly freelance (55.3%), and the most common comorbidity of patients was diabetes (30.8%). The mild hemoptysis level accounts for 84.6%. Grade 3 chest X-ray lesions and cavities ≥ 40 mm increased the risk of moderate and severe hemoptysis, with a p-value of < 0.05 . Patients with mild hemoptysis who seek early treatment can reduce the risk of prolonged hemoptysis treatment time, with a p-value of < 0.05 .

Keywords: Hemoptysis, Pulmonary tuberculosis, Hai Phong Lung Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho ra máu (HRM) là máu từ đường hô hấp dưới được ho, khạc, trào, ộc ra ngoài qua

đường mũi, miệng [1]. Đây là một cấp cứu nội khoa thường gặp trên lâm sàng. Trong các nguyên nhân dẫn đến HRM thì lao phổi vẫn là nguyên nhân đang rất được quan tâm. Theo Munjal và các cộng sự (2022), lao phổi là nguyên nhân phổi biến nhất gây ra HRM chiếm 51,9% [2]. Nghiên cứu về HRM ở bệnh nhân lao phổi góp phần tiên lượng và điều trị tốt cho người bệnh. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến ho ra máu ở bệnh nhân lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân vào viện vì HRM được chẩn đoán lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 1/2021 đến 12/2022.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 1/2023 đến 10/2023.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

2.4. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu không xác suất toàn bộ 65 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

2.5. Biến số nghiên cứu: Các thông tin của bệnh nhân (họ tên, tuổi, giới, địa dư...), các đặc điểm của ho ra máu (thời gian; mức độ: nhẹ khi số lượng máu ho ra ít, chỉ vài ml đến dưới 50 ml trong 24 giờ, trung bình khi số lượng máu ho ra từ 50ml đến dưới 200 ml trong 24 giờ; nặng khi số lượng máu ho ra từ 200 ml trở lên trong 24, rất nặng khi ho ra máu sét đánh hoặc ho ra máu tắc nghẽn giờ; tính chất), một số yếu tố liên quan đến ho ra máu (mức độ tổn thương xquang, tổn thương xquang có hang, thời gian điều trị hết ho ra máu...).

2.6. Phương pháp thu thập thông tin: Sử dụng mẫu bệnh án thống nhất để lấy số liệu từ bệnh án được lưu tại Phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 22.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học và đạo đức Trường Đại học Y Dược Hải Phòng theo quyết định số 711/QĐ-YDHP, sự đồng thuận của lãnh đạo Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu (n=65)

Giới	Tổng		Nam		Nữ		P
	n	%	n	%	n	%	
Tuổi							
<20	4	6,1	1	1,5	3	4,6	
20-29	11	16,9	9	13,8	2	3,1	
30-39	12	18,5	9	13,8	3	4,7	
40-49	15	23,1	14	21,5	1	1,5	
50-59	12	18,5	11	16,9	1	1,5	
≥ 60	11	16,9	11	16,9	0	0,0	
Tổng	65	100	55	84,6	10	15,4	p < 0,05
Tuổi trung bình	44,03 ± 16,78		46,73 ± 15,95		29,20 ± 13,69		p < 0,05

Bệnh nhân ít tuổi nhất là 15, nhiều tuổi nhất là 82. Tỷ lệ bệnh nhân cao nhất ở nhóm tuổi 40-49 chiếm 23,1%. Tỷ lệ nam giới (84,6%) cao hơn ở nữ giới (15,4%), $p < 0,05$. Trung bình tuổi là $44,03 \pm 16,78$; nam giới cao hơn nữ giới, $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Đặc điểm về địa dư, nghề nghiệp, tiền sử, thời gian chẩn đoán bệnh (n=65)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Địa dư	Thành thị	35	53,8
	Nông thôn	30	46,2
Nghề nghiệp	Lao động tự do	36	55,3
	Học sinh, sinh viên	6	9,2
	Công nhân	8	12,3
	Cán bộ, công chức	4	6,2
	Làm ruộng	7	10,8
	Hưu trí	4	6,2
Tiền sử bệnh lý	Đái tháo đường	20	30,8
	Tăng huyết áp	7	10,8
	Viêm dạ dày	4	6,2
	Covid -19	6	9,2
	Khác	2	3,1
Thời gian chẩn đoán bệnh	Trước 2 tháng	46	70,8
	Từ 2 đến 6 tháng	19	29,2
	Trên 6 tháng	0	0

Tỷ lệ bệnh nhân ở thành thị (53,8%) cao hơn ở nông thôn (46,2%); nghề nghiệp chủ yếu là lao động tự do (55,3%); Tiền sử bệnh lý hay gặp nhất là đái tháo đường (30,8%); chủ yếu được chẩn đoán bệnh sớm dưới 2 tháng chiếm 70,8%.

Bảng 3.3. Đặc điểm ho ra máu ở đối tượng nghiên cứu (n=65)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Thời gian HRM trước khi nhập viện	≤ 3 ngày	50	76,9
	4 - 7 ngày	11	16,9
	>7 ngày	4	6,2
Mức độ HRM	Nhẹ	55	84,6
	Trung bình và nặng	10	15,4
Đuôi khái huyết	Có	51	78,5
	Không	14	21,5

Đa phần bệnh nhân có thời gian ho ra máu trước khi nhập viện từ 3 ngày trở xuống chiếm 76,9%; mức độ ho ra máu nhẹ là chủ yếu, chiếm 84,6%; hầu hết bệnh nhân đều có biểu hiện ho ra máu có đuôi khái huyết chiếm 78,5%.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương Xquang phổi và mức độ ho ra máu (n=65)

Mức độ HRM \ Mức độ tổn thương Xquang	Vừa và nặng (n=10)	Nhẹ (n=55)	OR (95% CI)	P
Độ 3	9 (69,2%)	4 (30,8%)	114,75 (11,47 - 1148,018)	p < 0,05
Độ 1 + độ 2	1 (1,9%)	51 (98,1%)		

Bệnh nhân có tổn thương Xquang phổi độ 3 thì nguy cơ HRM mức độ vừa và nặng gấp 114,75 lần nhóm có tổn thương XQ phổi độ 1 + độ 2; 95%CI: 11,47 - 1148,018; p < 0,05.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tổn thương Xquang có hang đường kính ≥ 40 mm với mức độ ho ra máu (n=65)

Mức độ HRM \ ĐK lớn nhất	Vừa và nặng (n=10)	Nhẹ (n=55)	OR (95% CI)	P
≥ 40 mm	8 (88,9%)	1 (11,1%)	216,0 (17,507 - 2664,97)	p < 0,05
< 40 mm	2 (3,6%)	54 (96,4%)		

Bệnh nhân có hang kích thước lớn (≥ 40 mm) thì nguy cơ HRM mức độ vừa và nặng gấp 216 lần so với nhóm có hang kích thước nhỏ; 95%CI: 17,507 - 2664,97; p < 0,05.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa thời gian ho ra máu trước khi nhập viện với kết quả điều trị ho ra máu sau 9 ngày (n = 65)

Kết quả điều trị \ Thời gian HRM	Còn HRM (n=6)	Hết HRM (n=59)	OR (95% CI)	P
> 7 ngày	2 (50%)	2 (50%)	14,25 (1,569 - 129,462)	p < 0,05
≤ 7 ngày	4 (6,6%)	57 (93,4%)		

Bệnh nhân HRM đến khám sớm thì sau 9 ngày điều trị khả năng hết HRM cao hơn nhóm đến muộn 14,25 lần; 95%CI: 1,569 - 129,462; p < 0,05.

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa mức độ ho ra máu và kết quả điều trị ho ra máu sau 7 ngày (n = 65)

Kết quả điều trị \ Mức độ HRM	Còn HRM (n=6)	Hết HRM (n=59)	OR (95% CI)	P
Vừa và nặng	4 (40%)	6 (60%)	6,667 (1,395 - 31,849)	p < 0,05
Nhẹ	5 (9,1%)	50 (90,9%)		

Bệnh nhân HRM mức độ nhẹ thì sau 7 ngày điều trị khả năng hết HRM cao hơn nhóm HRM mức độ vừa và nặng 6,667 lần; 95%CI: 1,395 - 31,849; p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 65 bệnh nhân vào viện vì ho ra máu (HRM) được chẩn đoán lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng thấy tại bảng 3.1 tỷ lệ nam cao hơn nữ giới, phần bố nhiều ở lứa tuổi 40-49; trung bình tuổi là $44,03 \pm 16,78$; của nam cao hơn của nữ giới, p < 0,05. Nhiều nghiên cứu về HRM cũng

cho kết quả tương tự như Nguyễn Thị Hồng Ngọc (2017) thấy trung bình tuổi của bệnh nhân ho ra máu là $48,5 \pm 14,5$ [3]; Đào Ngọc Bằng (2023) thấy tỷ lệ bệnh nhân HRM ở nhóm tuổi 20 - <60 chiếm 52,94% [4]. Như vậy HRM trên bệnh nhân lao phổi mới tập trung chủ yếu ở độ tuổi lao động. Điều này gây tổn thất cũng như gia tăng gánh nặng bệnh tật và kinh tế cho xã hội. Bảng 3.2 cho kết quả nghề nghiệp lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất 55,3%; tập trung nhiều ở thành thị chiếm 53,8%. Điều này có thể giải thích là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi lấy

tại Hải Phòng là thành phố trực thuộc Trung Ương, có mật độ dân số cao. Bệnh lý kèm theo hay gặp nhất là đái tháo đường chiếm 30,8%. Đái tháo đường là yếu tố nguy cơ cho sự phát triển của bệnh lao hoạt động. Ở cơ thể có tình trạng tăng đường huyết kéo dài, chức năng và khả năng huy động của tế bào trình diện kháng nguyên (APC) bị suy giảm, dẫn đến trì hoãn khởi động miễn dịch thích ứng, từ đó làm giảm tần số của các tế bào Th1, Th2, Th17 và sự tiết ra cytokine vốn có vai trò lớn trong việc kích hoạt đại thực bào và phản ứng viêm của bệnh lao [5]. Kết quả tại bảng 3.3 cho thấy đa phần người bệnh nhập viện khi có thời gian HRM từ 3 ngày trở xuống (76,9%). Như vậy người bệnh có xu hướng nhập viện sớm khi có triệu chứng HRM hơn là khi có các triệu chứng nghi lao phổi như ho, mệt mỏi, ăn kém, gầy sút cân. Có lẽ HRM là triệu chứng khiến người bệnh lo lắng vì đây là một triệu chứng nặng nên người bệnh đi khám sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, HRM mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất là 84,6%; cao hơn trong nghiên cứu Hà Thị Tuyết Trinh (2013) trên 63 bệnh nhân lao phổi mới có HRM từ 6/2003 – 6/2004 cho thấy HRM mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 66,7%. Điều này nói lên sự tiến bộ cả về nhận thức của người bệnh cũng như sự phát triển của các hoạt động chống lao trong Chương trình chống lao quốc gia. Sự phát triển mạnh mẽ về các phương tiện thông tin đại chúng và hệ thống internet đã giúp người dân tiếp cận và hiểu biết rộng hơn về lao phổi. BN cũng đến khám sớm khi có triệu chứng HRM, tiếp cận điều trị sớm; do đó giảm tỷ lệ HRM mức độ vừa và nặng. Đa phần bệnh nhân HRM có đười khải huyết (78,5%). Đây là triệu chứng thường gặp trong lao phổi. Đặc điểm này góp phần giúp các bác sĩ lâm sàng định hướng chẩn đoán trong quá trình khám chữa bệnh. Việc định hướng đúng mang lại rất nhiều lợi ích cho BN, giúp người bệnh được chẩn đoán bệnh

chính xác, nhanh chóng, tiếp cận với điều trị sớm hơn. Bảng 3.4 và 3.5 cho thấy rằng khi bệnh nhân có mức độ tổn thương xquang nặng (độ 2 và độ 3) và xquang phổi có hang lớn (đường kính ≥ 40 mm) thì làm tăng nguy cơ ho ra máu mức độ nặng so với tổn thương xquang mức độ nhẹ, và có hang bé hoặc không có hang. Tổn thương Xquang phổi càng nặng thì tổn thương mạch máu càng nghiêm trọng dẫn tới mức độ HRM càng nặng, hang càng lớn thì tổ chức quanh mạch bị phá huỷ do đó không bảo vệ được mạch có thể dẫn tới phình mạch nên khi có các dấu hiệu làm tăng áp lực mạch máu dễ bị vỡ. Điều này phù hợp vì tổn thương Xquang phổi độ 3 liên quan đến sự xuất hiện nhiều hang hoặc các hang lớn, hang không lõ và tổng đường kính hang cao, mà theo kết quả nghiên cứu trên nếu có các yếu tố này thì chủ yếu HRM mức độ vừa và nặng. Vì vậy những bệnh nhân có tổn thương Xquang càng nặng dù mới chỉ HRM mức độ nhẹ cũng cần phải nhập viện sớm để điều trị vì không thể đánh giá có máu tồn dư trong phổi chưa thoát ra không? Và cũng không thể dự đoán được khi nào HRM mức độ nhẹ diễn tiến thành mức độ nặng. Kết quả này cũng có ý nghĩa với các bác sĩ lâm sàng trong việc theo dõi chặt chẽ và tiên lượng bệnh với những BN tổn thương Xquang phổi mức độ nặng và đưa ra các khuyến cáo như tránh làm các công việc nặng, tránh để tình trạng ho kéo dài nhằm giảm thiểu nguy cơ HRM ở những BN này. Kết quả bảng 3.6 cho thấy rằng bệnh nhân có HRM đến khám sớm thì sau 9 ngày điều trị khả năng hết HRM cao hơn nhóm đến muộn, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$; OR =14,25; 95%CI: 1,569 - 129,462. Như vậy, đến khám và tiếp nhận điều trị sớm giúp gia tăng tỉ lệ thành công trong việc điều trị HRM. Bên cạnh đó, HRM thuộc cấp độ chăm sóc cấp 1, người bệnh phụ thuộc hoàn toàn vào sự chăm sóc liên tục, toàn diện của nhân viên y tế [6]. Nếu gia

tăng tỷ lệ điều trị hết HRM sẽ giúp tiết kiệm nguồn nhân lực, vật tư y tế đồng thời cũng giảm chi phí dịch vụ y tế cho người bệnh. Bảng 3.7 cho kết quả bệnh nhân có HRM mức độ nhẹ thì sau 7 ngày điều trị khả năng hết HRM cao hơn nhóm bệnh nhân có HRM mức độ vừa và nặng, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$; OR = 6,667; 95%CI: 1,395 - 31,849. Mức độ HRM càng nặng chứng tỏ tổn thương mạch máu càng nhiều. Mạch máu tổn thương nhiều thì việc hồi phục các mạch máu đó khó khăn hơn, từ đó ảnh hưởng đến kết quả điều trị hết HRM. HRM là một cấp cứu và yêu cầu người bệnh nghỉ ngơi, sinh hoạt hoàn toàn tại giường nhất là những bệnh nhân có HRM mức độ vừa và nặng. Điều này ảnh hưởng nặng nề đến cả người bệnh và nhân viên y tế. Việc nằm lâu tại giường sẽ gây nên các stress tâm lý, gia tăng nguy cơ viêm phổi bệnh viện cho người bệnh, bên cạnh đó người bệnh phải nghỉ các công việc hiện làm nên sẽ ảnh hưởng đến vấn đề công việc và thu nhập, đồng thời cũng gia tăng gánh nặng chi phí dịch vụ y tế cho người bệnh. Về phía nhân viên y tế, nguồn nhân lực cũng phải gia tăng để giám sát liên tục bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 65 bệnh nhân vào viện vì ho ra máu (HRM) được chẩn đoán lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng thấy bệnh nhân ít tuổi nhất là 15, nhiều tuổi nhất là 82, tập trung ở nhóm tuổi 40-49 chiếm 23,1%; tỷ lệ nam/ nữ là 5,5/1. Nghề nghiệp chủ yếu của người bệnh là lao động tự do (55,3%); Tiền sử bệnh lý hay gặp nhất là đái tháo đường (30,8%). Đa phần bệnh nhân có thời gian ho ra máu trước khi nhập viện từ 3 ngày trở xuống chiếm 76,9%; mức độ ho ra máu nhẹ là chủ yếu, chiếm 84,6%. Bệnh nhân có tổn thương Xquang phổi độ 3 thì nguy cơ HRM mức độ vừa và nặng gấp 114,75 lần nhóm có tổn thương XQ phổi độ

1 và độ 2; 95%CI: 11,47 - 1148,018; $p < 0,05$. Bệnh nhân có hang kích thước lớn (≥ 40 mm) thì nguy cơ HRM mức độ vừa và nặng gấp 216 lần so với nhóm có hang kích thước nhỏ, 95%CI: 17,507 - 2664,97; $p < 0,05$. Bệnh nhân HRM đến khám sớm thì sau 9 ngày điều trị khả năng hết HRM cao hơn nhóm đến muộn 14,25 lần; 95%CI: 1,569 - 129,462; $p < 0,05$. Bệnh nhân HRM mức độ nhẹ thì sau 7 ngày điều trị khả năng hết HRM cao hơn nhóm HRM mức độ vừa và nặng 6,667 lần; 95%CI: 1,395 - 31,849; $p < 0,05$.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.96

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu**, Bệnh học nội khoa. Nhà xuất bản y học; (2020). p 171.
2. **Munjal S.K., Natarajan S., Vinay V., et al.**, Clinical profile of patients hospitalized with hemoptysis. J Fam Med Prim Care (2022), **11**(11): p7267-7271.
3. **Nguyễn Ngọc Hồng**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ho ra máu bằng phương pháp nút động mạch phế quản. Luận Văn Bác Sĩ Chuyên Khoa II Trường Đại Học Hà Nội Hà Nội, 2017.
4. **Đào Ngọc Bằng, Bạch Quốc Tuấn, và Tạ Bá Thắng**, Kết quả gây tắc động mạch phế quản điều trị ho ra máu tại trung tâm hô hấp, Bệnh viện Quân y 103 trong 5 năm. Tạp Chí Học Việt Nam (2023), **525**(1A): tr. 61-65.
5. **Peng Lu, Yu Zhang, Qiao Liu, et al**, Association of BMI, diabetes, and risk of tuberculosis: a population-based prospective cohort, Int J Infect Dis (2021), **109**: pp. 168-173.
6. **Bộ Y tế**, Thông tư 31/2021/TT-BYT Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện (2021).

THỰC TRẠNG HIỆU CHỈNH LIỀU THUỐC SỬ DỤNG Ở BỆNH NHÂN SUY GIẢM CHỨC NĂNG THẬN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2020

Lê Thị Thùy Linh¹, Nguyễn Thị Hạnh¹, Trần Thị Ngân^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả thực trạng hiệu chỉnh liều thuốc sử dụng ở bệnh nhân suy giảm chức năng thận tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2020. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang với 11.778 bệnh án của bệnh nhân có suy giảm chức năng thận điều trị ngoại trú mẫu bệnh tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng trong năm 2020. Giá trị độ thanh thải creatinin (Clcr) được tính theo công thức Cockcroft & Gault, giá trị độ lọc cầu thận (GFR) được tính theo công thức MDRD dựa vào giá trị creatinin máu, cân nặng thực tế, giới tính, tuổi của bệnh nhân. Căn cứ để đánh giá sự phù hợp về liều dùng của thuốc là “Danh mục thuốc cần hiệu chỉnh liều trên đối tượng bệnh nhân suy thận của bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2020”. **Kết quả:** tỉ lệ hiệu chỉnh liều không hợp lý trên bệnh nhân suy giảm chức năng thận là 3,72%. Nhóm thuốc có tỉ lệ hiệu chỉnh sai cao nhất là nhóm thuốc kháng virus (36,26%), nhóm thuốc chống nôn (27,96%), nhóm thuốc lợi tiểu (22,22%) và nhóm thuốc kháng sinh (14,64%). Dapagliflozin kết hợp Metformin, Alfuzosin và Dapagliflozin là những thuốc có tỉ lệ kê đơn vi phạm chống chỉ định ở bệnh nhân suy thận nặng

cao nhất với tỉ lệ lần lượt là 47,72%, 33,02% và 21,05%. **Kết luận và đề xuất:** thực trạng kê đơn thuốc vi phạm chống chỉ định hoặc hiệu chỉnh liều không hợp lý trên bệnh nhân ngoại trú có suy giảm chức năng thận được ghi nhận với nhiều nhóm thuốc khác nhau. Bệnh viện cần tìm ra nguyên nhân hệ thống và xây dựng giải pháp để hạn chế tỉ lệ kê đơn vi phạm chống chỉ định, hiệu chỉnh liều thuốc không hợp lý trên bệnh nhân suy giảm chức năng thận

Từ khóa: suy thận; hiệu chỉnh liều; chức năng thận.

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF MEDICINE DOSAGE ADJUSTMENT IN OUT- PATIENTS WITH RENAL FAILURE AT HAIPHONG INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2020

Objective: Describe the current situation of drug dose adjustment in patients with impaired kidney function at Haiphong International Hospital in 2020. **Materials and Methods:** a cross-sectional descriptive study with 11,778 medical records of patients with impaired kidney function treated as outpatients at Haiphong International Hospital in 2020. The value of creatinine clearance (Clcr) was calculated according to the Cockcroft & Gault formula, the value Glomerular filtration rate (GFR) was calculated according to the MDRD formula based on blood creatinine value, actual body weight, gender, and age. The appropriateness of the drug's dosage was evaluated based on the

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngân

Email: ttngan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 8/3/2024

Ngày duyệt bài: 8/5/2024

"List of drugs requiring dose adjustment for patients with kidney failure at Haiphong International Hospital in 2020". **Results:** The rate of inappropriate dose adjustment in patients with impaired kidney function was 3.72%. The drug groups with the highest rate of incorrect dosage were antivirals (36.26%), antiemetics (27.96%), diuretics (22.22%), and antibiotics (14.64%). Dapagliflozin combined with Metformin, Alfuzosin and Dapagliflozin were the drugs with the highest rate of contraindicational prescriptions in patients with severe kidney failure with rates of 47.72%, 33.02%, and 21.05%, respectively. **Conclusions and Recommendations:** The practice of prescribing drugs that contraindicational or inappropriate dose adjustments in outpatients with impaired kidney function was recorded with many different drug groups. Hospitals need to find systemic causes and develop the solutions to limit the rate of inappropriate drug dosage adjustments in patients with impaired kidney function.

Keywords: renal failure; dose adjustment; renal function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận là con đường thải trừ chính của hầu hết các thuốc, do đó khi chức năng thận suy giảm nếu liều dùng của thuốc không được hiệu chỉnh hợp lý có thể dẫn đến nguy cơ giảm thải trừ thuốc, tăng nồng độ thuốc và chất chuyển hóa của thuốc trong máu, tăng nguy cơ quá liều và độc tính của thuốc. Hiệu chỉnh liều thuốc phù hợp theo chức năng thận sẽ giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị, giảm thiểu độc tính và chi phí điều trị (1). Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng vẫn ghi nhận một tỉ lệ không nhỏ các trường hợp thuốc không được hiệu chỉnh liều phù hợp

trên đối tượng bệnh nhân suy thận với 59,58% lượt kê đơn (2). Một trong những nguyên nhân chính của vấn đề này là khó khăn trong việc đánh giá chức năng của bệnh nhân. Cơ sở để hiệu chỉnh liều các thuốc phù hợp là dựa trên mức lọc cầu thận hoặc độ thanh thải creatinin đánh giá mức độ suy giảm chức năng thận. Việc thiếu các công cụ tính độ thanh thải/mức lọc cầu thận nhanh, chính xác, thuận tiện trong thực hành lâm sàng dẫn đến nhiều trường hợp suy giảm chức năng thận nhưng với giá trị creatin máu trong giới hạn bình thường sẽ không được xem xét hiệu chỉnh liều thuốc. Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng (HIH) với hơn 1000 lượt khám, chữa bệnh ngoại trú/ngày, đối tượng bệnh nhân chủ yếu là người trưởng thành và người cao tuổi, nhưng chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để đánh giá sự phù hợp về liều dùng của thuốc ở bệnh nhân suy giảm chức năng thận. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng hiệu chỉnh liều thuốc sử dụng ở bệnh nhân suy giảm chức năng thận điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng từ tháng 01/01/2020 đến 31/12/2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: bệnh án của bệnh nhân điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh án có đầy đủ thông tin về tuổi, cân nặng, chiều cao, giới tính và giá trị creatinin máu; bệnh án của bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên; bệnh án của

bệnh nhân có suy giảm chức năng thận (độ thanh thải creatinin ≤ 60 ml/phút); bệnh án của bệnh nhân có sử dụng thuốc cần phải hiệu chỉnh liều ở bệnh nhân suy thận thuộc danh mục thuốc cần hiệu chỉnh liều ở đối tượng bệnh nhân suy thận của bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2020.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh án của bệnh nhân có cân nặng không chính xác do lỗi đánh máy khi nhập dữ liệu vào hệ thống bệnh án điện tử Ehospital.

Địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế, Hải Phòng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: cỡ mẫu của nghiên cứu là toàn bộ 11.778 bệnh án ngoại trú đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu. Phương pháp chọn mẫu là lấy mẫu toàn bộ.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin trong nghiên cứu được thu thập dựa vào bệnh án điện tử trên phần mềm quản lý bệnh viện Ehospital, được lưu trữ tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng.

Giá trị độ thanh thải creatinin (Clcr) được tính theo công thức Cockcroft & Gault (3), giá trị độ lọc cầu thận (GFR) được tính theo công thức MDRD dựa vào giá trị creatinin máu, cân nặng thực tế, giới tính, tuổi của

bệnh nhân (4).

Căn cứ để đánh giá sự phù hợp về liều dùng của thuốc là “Danh mục thuốc cần hiệu chỉnh liều trên đối tượng bệnh nhân suy thận của bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2020”. Đây là danh mục được xây dựng bởi tổ được lâm sàng của bệnh viện và được Ban Giám đốc của bệnh viện phê duyệt, dựa trên các cơ sở dữ liệu uy tín sau: sách “The Renal Drug Handbook The Ultimate Prescribing Guide for Renal Practitioners, 5th Edition” (2018) (5); tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc (ưu tiên tờ hướng dẫn sử dụng biệt dược gốc); thông tin chuyên luận về thuốc ở mục “Drug information” trên ứng dụng Uptodate năm 2020; riêng với kháng sinh liều dùng ưu tiên từ ứng dụng Sanford guide bản điện tử năm 2020.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Toàn bộ dữ liệu được phân tích trên phần mềm Microsoft Excel 2016 và R.4.0.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đưa vào đánh giá 11.778 bệnh án ngoại trú của 10.112 bệnh nhân có suy giảm chức năng thận. Đặc điểm mẫu nghiên cứu được thể hiện trong bảng 1. 80,89% bệnh nhân trong nghiên cứu là người cao tuổi (trên 60 tuổi) với 92,06% bệnh nhân có suy giảm chức năng thận trung bình (Clcr 30-60 ml/phút), 7,94% bệnh nhân có suy thận nặng (Clcr <30 ml/phút).

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

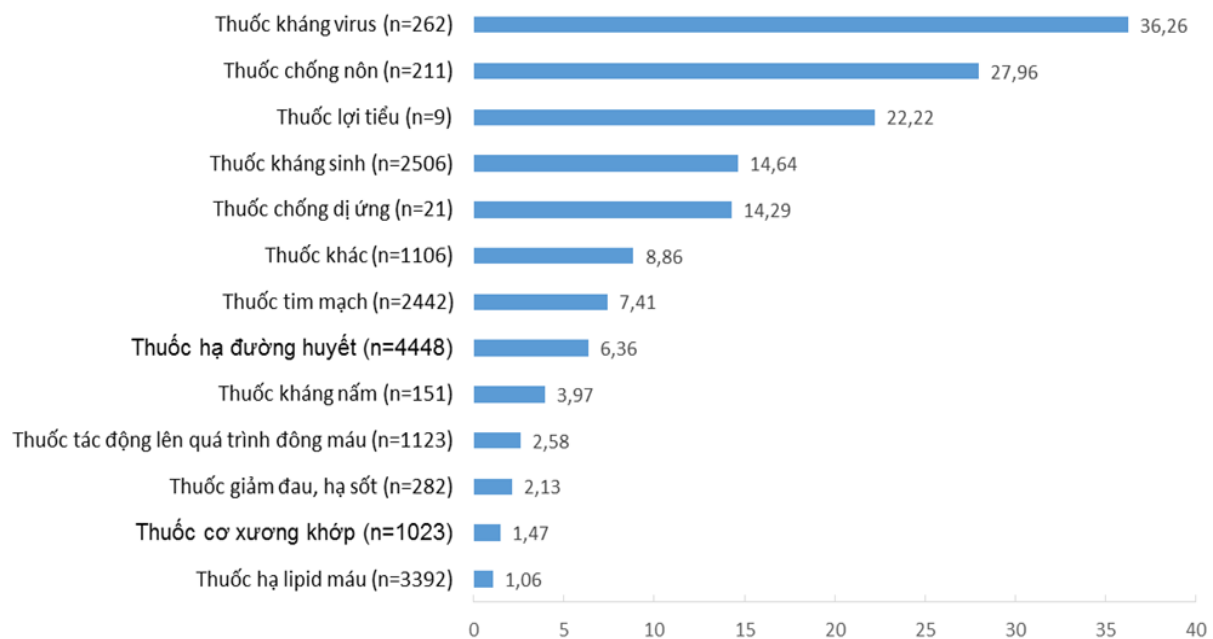
Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Số lượng bệnh nhân	10012	100,00
Số lượng bệnh án	11778	100,00
Tuổi		

18-59	1913	19,11
60-79	7235	72,26
>80	864	8,63
Giới tính: Nam	4632	46,26
Độ thanh thải creatinin (ml/phút)		
30 - ≤60	10843	92,06
10 - ≤30	841	7,14
≤10	94	0,80

Với 11.778 bệnh án, nghiên cứu đưa vào phân tích 31.680 lượt kê đơn các thuốc cần hiệu chỉnh liều trên bệnh nhân suy thận. Kết quả phân tích ghi nhận 1180 (3,72%) lượt kê đơn không hiệu chỉnh liều hoặc hiệu chỉnh liều không hợp lý trên bệnh nhân suy giảm

chức năng thận. Các nhóm thuốc có tỉ lệ hiệu chỉnh liều chưa hợp lý nhiều nhất là nhóm thuốc kháng virus (36,26%), nhóm thuốc chống nôn (27,96%), nhóm thuốc lợi tiểu (22,22%) và nhóm thuốc kháng sinh (14,64%) (hình 1).

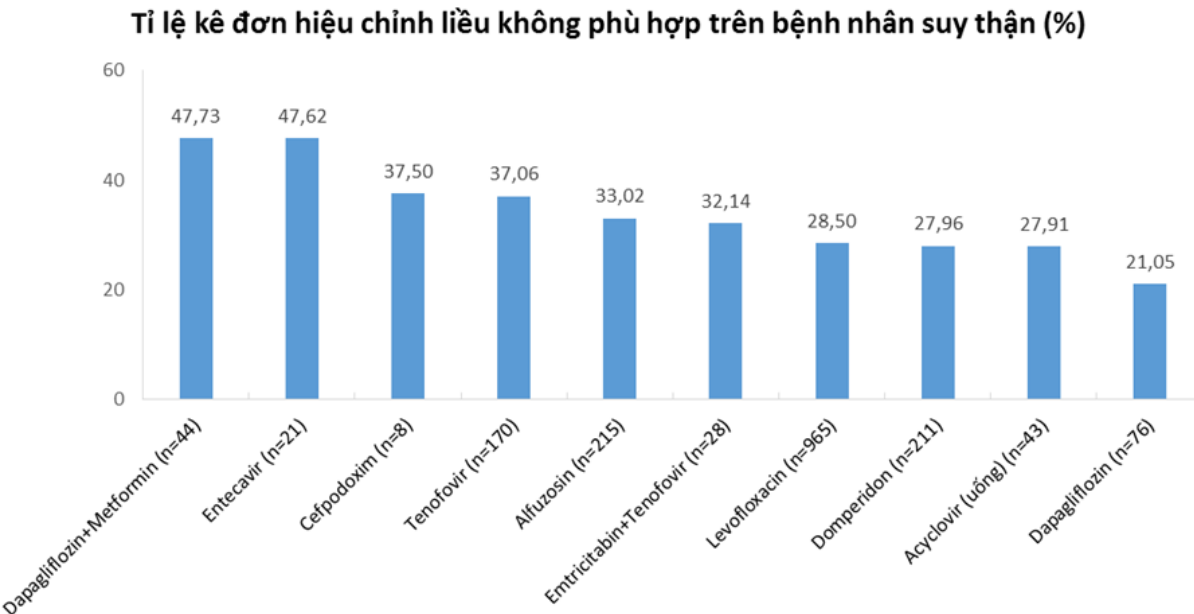
Tỉ lệ hiệu chỉnh liều thuốc trên bệnh nhân suy thận không hợp lý (%)



Hình 1. Tỉ lệ các nhóm thuốc hiệu chỉnh liều không hợp lý trên bệnh nhân suy thận

Mười thuốc có tỉ lệ kê đơn không hiệu chỉnh liều hoặc hiệu chỉnh liều không hợp lý trên bệnh nhân suy giảm chức năng thận nhiều nhất được thể hiện trong hình 2.

Dapagliflozin+Metformin là thuốc có tỉ lệ hiệu chỉnh liều không hợp lý cao nhất với 47,73 lượt kê đơn, tiếp theo là Entecavir (47,62%), Cefpodoxim (37,5%).



Hình 2. 10 thuốc có tỉ lệ hiệu chỉnh liều không hợp lý trên bệnh nhân suy thận cao nhất

Nghiên cứu ghi nhận một tỉ lệ không nhỏ những trường hợp kê đơn vi phạm chống chỉ định của thuốc ở bệnh nhân suy thận nặng (bảng 2). Thuốc có tỉ lệ kê đơn vi phạm chống chỉ định suy thận nặng nhiều nhất là nhóm thuốc điều trị đái tháo đường đường uống.

lượt kê đơn), Alfuzosin (33,02%), Dapaglipflozin (21,05%), nhóm thuốc có tỉ lệ vi phạm chống chỉ định suy thận nặng nhiều nhất là nhóm thuốc điều trị đái tháo đường đường uống.

Dapagliflozin kết hợp Metformin (47,72%)

Bảng 2. Tỉ lệ các thuốc kê đơn vi phạm chống chỉ định suy thận nặng

Hoạt chất	Khuyến cáo chống chỉ định	Liều kê đơn thực tế	Tỉ lệ kê đơn vi phạm CCD (%)
Dapagliflozin + Metformin	GFR < 45 ml/phút/1,73m ²	10mg + 0.5g-1g/lần/ngày	47,72 (n=44)
Alfuzosin	Clcr < 30 ml/phút	10 mg/lần/ngày	33,02 (n=215)
Dapagliflozin	GFR < 45 ml/phút/1,73m ²	10 mg/lần/ngày	21,05 (n=76)
Empagliflozin + Metformin	GFR < 45 ml/phút/1,73m ²	12.5mg + 1g/lần/ngày	12,43 (n=201)
Acid alendronic + Colecalciferol	Clcr < 35 ml/phút	70 mg/lần/tuần	10,52 (n=38)
Gliclazid+ Metformin	Clcr < 30 ml/phút	80mg + 500mg/ngày	9,09 (n=22)
Trimetazidin	Clcr < 30 ml/phút	35 mg/lần, 2 lần/ngày	8,27 (n=496)

Metformin + Sitagliptin	GFR < 30 ml/phút/1,73m ²	100mg+1000 mg/lần/ngày	8,08 (n=99)
Hydrochlorothiazid+ Losartan	Clcr < 30 ml/phút	50mg + 12,5 mg/lần/ngày	7,94 (n=189)
Hydrochlorothiazid+ Telmisartan	Clcr < 30 ml/phút	40mg + 12.5mg, 1 lần/ngày	6,90 (n=87)
Indapamid + Perindopril	Clcr < 30 ml/phút	5mg + 1,25 mg/ngày	5,56 (n=18)
Metformin + Linagliptin	GFR < 30 ml/phút	2.5mg + 1g/lần/ngày	5,56 (n=90)
Gliclazid	Clcr < 30 ml/phút	30-90 mg/lần/ngày	4,85 (n=1362)
Fenofibrat	Clcr < 30 ml/phút	145-200 mg/lần/ngày	4,54 (n=617)
Ibandronic	Clcr < 30 ml/phút	150 mg/lần/tháng	3,57 (n=28)
Hydrochlorothiazid+ Lisinopril	Clcr < 30 ml/phút	20 mg/lần/ngày	3,13 (n=32)
Acetylsalicylic acid (Aspirin)	Clcr < 10 ml/phút	100 mg/lần/ngày	2,31 (n=1078)
Metformin	GFR < 30 ml/phút	500–2000mg/ngày	2,23 (n=1937)
Glibenclamid+Metformin	Clcr < 30 ml/phút	500mg+5mg/lần/ngày	1,62 (n=617)
Piracetam	Clcr < 20 ml/phút	1.2g – 2.4g/ngày	0,92 (n=868)
Etoricoxib	Clcr < 30 ml/phút	60 mg/lần, 2 lần/ngày	0,83 (n=240)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ hiệu chỉnh liều không hợp lý trên bệnh nhân suy giảm chức năng thận là 3,72%. Tỉ lệ này thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu tại bệnh viện ở Úc năm 2003 với (42,2%) (6) và của bệnh viện tuyến huyện tại Việt Nam năm 2021 (38.2%) (7). Với cùng mô hình bệnh viện đa khoa, tỉ lệ hiệu chỉnh liều không hợp lý tại bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng thấp hơn nhiều so với các bệnh viện khác, điều đó cho thấy một phần hoạt động kê đơn sử dụng thuốc trên các đối tượng bệnh nhân suy giảm chức năng thận tại bệnh viện đang được kiểm soát tốt. Trong nghiên cứu tại trung tâm y tế huyện Yên Phong (7) cho thấy, kháng sinh là nhóm thuốc có tỉ lệ hiệu chỉnh sai liều cao nhất. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, nhóm

thuốc có tỉ lệ hiệu chỉnh sai cao nhất là thuốc kháng virus, nhóm thuốc kháng sinh đứng thứ tư về tỉ lệ kê đơn sai. Sự khác biệt này có thể giải thích một phần do sự khác biệt về mô hình bệnh tật ở các bệnh viện khác nhau.

Trong 50 hoạt chất ghi nhận lỗi sai về liều dùng trên bệnh nhân suy thận, tỉ lệ sai cao nhất là Dapagliflozin+Metformin, Entecavir và Cefpodoxim. Trong nghiên cứu của Lê Thị Bạch Như, 4 thuốc có lượt hiệu chỉnh liều không hợp lý cao nhất là: Levofloxacin, Bambuterol, Spironolacton, Metformin. Một nghiên cứu khác tại Iran (2013) cho thấy 5 thuốc có lượt hiệu chỉnh liều sai cao nhất là: Levofloxacin, Ciprofloxacin, Amoxicillin, Digoxin, Famotidin (8). Các thuốc có tỉ lệ hiệu chỉnh liều sai cao khác với các nghiên cứu khác là

do sự khác nhau trong mô hình bệnh tật tại mỗi khu vực, mỗi thời điểm. Nhìn chung, thuốc có tỉ lệ sai liều là những thuốc có liều hiệu chỉnh khác nhau giữa các tài liệu, dễ dẫn tới nhầm lẫn cho người kê đơn.

Trong 21 hoạt chất ghi nhận vi phạm chống chỉ định ở bệnh nhân suy thận nặng tại thời điểm chỉ định, Dapagliflozin kết hợp Metformin, Alfuzosin và Dapagliflozin là những thuốc có tỉ lệ gặp nhiều nhất. Đây là những trường hợp nghiêm trọng, cần đặc biệt lưu ý và tìm giải pháp thay thế cụ thể trên lâm sàng để hỗ trợ các bác sĩ khi kê đơn, tránh làm tăng nguy cơ quá liều thuốc và làm nặng thêm tình trạng suy thận của bệnh nhân.

Bên cạnh đó, một số tài liệu trong thời gian gần đây cũng có sự thay đổi nhất định liên quan đến khuyến cáo sử dụng thuốc trên bệnh nhân suy thận. Việc thay đổi chống chỉ định khi sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường đơn độc như Dapagliflozin, Empagliflozin hoặc dạng phối hợp Dapagliflozin+Metformin, Empagliflozin + Metformin từ chống chỉ định cho bệnh nhân suy thận có GFR < 45 ml/phút/1,73m² thành chống chỉ định cho bệnh nhân suy thận có GFR < 30 ml/phút/1,73m² trên tờ thông tin thuốc được phê duyệt bởi Cơ quan quản lý Dược phẩm Anh (EMC) hoặc trên cơ sở dữ liệu Uptodate là một ví dụ. Vì vậy, danh mục thuốc cần hiệu chỉnh liều trên đối tượng bệnh nhân suy thận cần được cập nhật thường xuyên dựa trên danh mục thuốc tại bệnh viện cũng như rà soát lại các nguồn tài liệu tham khảo.

Mặc dù đây là nghiên cứu hồi cứu không thể tránh khỏi những hạn chế về việc mất dữ liệu khi thu thập thông tin, nghiên cứu cho thấy thực trạng hiệu chỉnh liều thuốc không hợp lý trên các đối tượng bệnh nhân có chức năng thận suy giảm vẫn đang còn hiện hữu. Những nguyên có thể dẫn đến tình trạng này bao gồm: chưa có công cụ tính độ thanh thải creatinin hay mức lọc cầu thận ước tính thuận tiện trong thực hành lâm sàng, các bác sĩ phải tự tính từ giá trị creatinin máu sang mức lọc cầu thận gây mất thời gian và khi số lượng bệnh nhân đông các bác sĩ có xu hướng bỏ qua bước này, nhiều trường hợp bệnh nhân có mức creatinin máu trong khoảng giới hạn bình thường nhưng thực tế đã ở mức suy giảm chức năng thận trung bình; ngưỡng hiệu chỉnh liều thuốc dựa trên mức lọc cầu thận/độ thanh thải creatinin của một số thuốc không được thống nhất giữa các tài liệu tham khảo khác nhau dẫn đến sự lúng túng khi các bác sĩ tìm kiếm thông tin. Vì vậy mỗi bệnh viện cần tìm ra nguyên nhân hệ thống và xây dựng giải pháp để giải quyết các vấn đề trên sao cho phù hợp với thực tế lâm sàng tại từng cơ sở.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ hiệu chỉnh liều không hợp lý trên bệnh nhân suy giảm chức năng thận là 3,72%. Nhóm thuốc có tỉ lệ hiệu chỉnh sai cao nhất là thuốc kháng virus, chống nôn, lợi tiểu, kháng sinh. Dapagliflozin kết hợp Metformin, Alfuzosin và Dapagliflozin là những thuốc có tỉ lệ kê đơn vi phạm chống chỉ định ở bệnh nhân suy thận nặng cao nhất. Bệnh viện cần tìm ra

nguyên nhân hệ thống và xây dựng giải pháp để hạn chế tỉ lệ kê đơn vi phạm chống chỉ định, hiệu chỉnh liều thuốc không hợp lý trên bệnh nhân suy giảm chức năng thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Doogue MP, Polasek TM.** Drug dosing in renal disease. *The Clinical biochemist Reviews.* 2011;32(2):69-73.
2. **Hassan Z, Ali I, Ullah AR, Ahmed R, Zar A, Ullah I, et al.** Assessment of Medication Dosage Adjustment in Hospitalized Patients With Chronic Kidney Disease. *Cureus.* 2021;13(2):e13449.
3. **Cockcroft DW, Gault MH.** Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron.* 1976;16(1):31-41.
4. **Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D.** A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. *Modification of Diet in Renal Disease Study Group.* *Annals of internal medicine.* 1999;130(6):461-70.
5. **Ashley C, Dunleavy A.** *The Renal Drug Handbook The Ultimate Prescribing Guide for Renal Practitioners.* 5, editor: Taylor & Francis Group; 2018.
6. **Pillans PI, Landsberg PG, Fleming A-M, Fanning M, Sturtevant JM.** Evaluation of dosage adjustment in patients with renal impairment. *Internal Medicine Journal.* 2003;33(1-2):10-3.
7. **Lê Thị Bạch Như.** Triển khai hoạt động dược lâm sàng trong hiệu chỉnh liều thuốc trên bệnh nhân suy thận thông qua hệ thống hỗ trợ kê đơn điện tử tại trung tâm y tế huyện Yên Phong [Luận văn thạc sĩ Dược học]: Trường đại học Dược Hà Nội; 2022.
8. **Prajapati A, Ganguly B.** Appropriateness of drug dose and frequency in patients with renal dysfunction in a tertiary care hospital: A cross-sectional study. *J Pharm Bioallied Sci.* 2013;5(2):136-40.

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG CÔNG THỨC BÀO CHẾ VIÊN NÉN BỔ SUNG IOD TỪ RONG NÂU (*CHNOOSPORO IMPLEXA* J.AG)

Nguyễn Thanh Tâm¹, Vũ Thị Quỳnh¹,
Ngô Thị Quỳnh Mai¹, Vũ Thùy Dung¹

TÓM TẮT

Đề tài được thực hiện với mục đích xây dựng công thức bào chế viên nén bổ sung iod từ rong nâu *Chnoospora implexa* J.Ag. Hàm lượng Iod trong rong được xác định là 0,139% trên khối lượng khô bằng phương pháp tro hóa mẫu. Tiến hành bào chế viên nén 300 mg với 4 công thức bằng phương pháp dập thẳng và 3 công thức bằng phương pháp xát hạt ướt. Ảnh hưởng của các tá dược (trộn, dính, độn và rã) được đánh giá dựa trên các chỉ tiêu chất lượng cảm quan, bề dày, độ cứng, độ rã, đồng đều khối lượng, độ mài mòn theo Dược điển Việt Nam 5. Công thức số 2 với các thành phần tá dược Avicel 100 mg, cellulose 100 mg, magenesi stearat 1%, talc 3% được bào chế với phương pháp dập thẳng là công thức thỏa mãn các chỉ tiêu chất lượng và được lựa chọn là công thức cuối cùng để bào chế viên nén.

Từ khóa: rong nâu, viên nén, *Chnoospora implexa* J.Ag.

SUMMARY

PREPARATION OF IODINE SUPPLEMENTED TABLETS FROM BROWN SEAWEED (*CHNOOSPORO IMPLEXA* J.Ag)

The aim of this study was to develop an iod tablet supplement from seaweed ***Chnoospora implexa* J.Ag**. The iodine content from seaweed was determined to be 0,139% on dry weight by ashing the sample. Then prepared 300 mg tablets with four different formulations by direct compression and three formulations by wet granulation. The effect of excipients (e.g. lubricant, binder, filler, disintegrant) were valuated by the results of the physical parameters (appearance; thickness; hardness; disintegration; weight variation; friability) according to Vietnamese Pharmacopeia 5. Formulation 2 contains 100mg dry powder seaweed, 100mg Avicel, 100 mg cellulose, 3% talc, 1% magnesi stearat prepared by direct compression satisfied all quality criteria and was selected as a final formulation.

Keywords: brown seaweed, supplemented tablets, *Chnoospora implexa* J.Ag.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là đất nước có vùng biển rộng lớn (trên 1 triệu km²) với trữ lượng sinh vật dồi dào. Chính vì vậy dược liệu biển là một ngành hiện nay đang được đẩy mạnh nghiên cứu và phát triển tại Việt Nam.

Trong số các dược liệu biển đã và đang được nghiên cứu, rong Nâu là một ngành rong biển có phân bố rộng, trữ lượng lớn, có giá trị kinh tế và y học cao. Về mặt thành phần, rong Nâu là nhóm dược liệu có chứa nhiều khoáng chất. Trong đó, iod chứa hàm lượng cao (0.05-0.16%) có thể ứng dụng để

¹Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Tâm
Email: nttam@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28/2/2024
Ngày phản biện khoa học: 8/3/2024
Ngày duyệt bài: 8/5/2024

chiết rút, tạo viên bổ sung iod trong một số bệnh do thiếu iod gây nên [1]. Vì vậy, để góp phần vào phát triển nghiên cứu ngành dược liệu biển cũng như công tác phòng chống các rối loạn do thiếu iod của Việt Nam chúng tôi đã tiến hành đề tài: “*Nghiên cứu xây dựng công thức bào chế viên nén bổ sung iod từ rong Nâu Chnoospora implexa J.Ag*” với mục tiêu:

1. Định lượng iod có trong rong Nâu *Chnoospora implexa J.Ag* nhằm xác định lượng bột dược liệu cần dùng trong một công thức.

2. Xây dựng được công thức và kỹ thuật bào chế viên nén bổ sung iod từ rong Nâu *Chnoospora implexa J.Ag*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên vật liệu

- Đối tượng: Rong nâu *Chnoospora implexa J.Ag* được thu hái tại Hải Vân - Sơn Trà - Thừa Thiên Huế.

- Hóa chất: CH₃Cl; Nước cất; H₂SO₄ 3M, H₂O₂ 30%; Natri thiosulfat 0.1N; tinh bột mì; cellulose vi tinh thể; mannitol; sorbitol; avicel; talc; PVP; magnesi stearat và các hóa chất khác đạt tiêu chuẩn phân tích.

2.2. Thiết bị

Tủ sấy Froilabo AP6000, Máy cô quay dập viên TP1.5, máy quang phổ UV-VIS Aligent Carry60, máy đo độ rắn Copley, máy đo độ cứng Copley, cân phân tích Stratorius.

2.3. Phương pháp xử lý mẫu

Mẫu rong thu hái đem rửa sạch để ráo nước. Sấy khô ở 45°C – 50°C đến khối lượng không đổi. Sau đó đem đi xay nghiền thành bột. Bảo quản trong lọ kín đến khi sử dụng.

2.4. Phương pháp định lượng iod trong rong Nâu [2]

Cân 10g mẫu rong khô đem đi tro hóa. Cho toàn bộ lượng tro thu được vào cốc có mỏ 200ml, thêm nước cất với tỉ lệ 30ml H₂O: 1g tro, lắc đều, để ở nhiệt độ phòng trong 24 giờ. Lọc qua giấy lọc thu dịch chiết. Với mỗi 20ml dịch chiết cho vào bình chiết quả lê, thêm lần lượt 5ml CH₃Cl; 1ml H₂SO₄ 3M; 10ml H₂O₂ 30%. Lắc nhẹ nhàng, để yên trong 30 phút. Mở khóa bình gạn thu lớp hữu cơ có màu tím. Dung dịch màu tím được chuẩn độ bằng Natri thiosulfat 0.1N. Kết thúc điểm chuẩn độ bằng sự mất màu tím của dung dịch. Hàm lượng iod được tính theo công thức:

$$\%iod = \frac{V_{Na_2S_2O_3} \times N_{Na_2S_2O_3} \times M_{I_2}}{m_{cân}} \times 100\%$$

2.5. Phương pháp dập thẳng bào chế viên nén

Cân các thành phần trong công thức. Rây qua rây 250µm. Trộn đồng lượng bột dược chất, avicel, sorbitol, manitol, cellulose theo công thức. Rây tá dược trơn talc, magnesi searat qua rây 125µm. Trộn tá dược trơn với hỗn hợp bột khô. Dập viên với máy dập viên tâm sai, đường kính bộ chày cối 9 mm, độ cứng 7-10kP.

2.6. Phương pháp xát hạt ướt bào chế viên nén

Cân các thành phần trong công thức. Rây qua rây 250µm. Trộn đồng lượng bột dược chất, avicel, sorbitol, manitol, cellulose theo công thức. Thêm từ từ dung dịch tá dược dính PVP hoặc HPMC vào hỗn hợp bột đến vừa đủ. Xát hạt qua rây 1000µm. Sấy ở nhiệt độ 50-60°C. Sủi hạt qua rây 850µm Sấy đến hàm ẩm 2-3%. Rây tá dược trơn talc, magnesi searat qua rây 125µm. Trộn hạt với

tá được tron. Dập viên với máy dập viên tâm sai, đường kính bộ chày cối 9 mm, độ cứng 7-10kP.

2.7. Phương pháp đánh giá tính chất của viên [3][4]

Viên sau khi dập được đánh giá tính chất cảm quan, độ rã, độ đồng đều khối lượng, độ mài mòn, độ cứng theo tiêu chuẩn dược điển Việt Nam 5 và Dược điển Mỹ USP 43.

2.8. Phương pháp xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm Excel. Mỗi thí nghiệm làm 3 lần lấy kết quả trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả định lượng iod trong rong Nâu

Tiến hành định lượng theo phương pháp tro hóa mẫu thu được kết quả

Bảng 1: Kết quả định lượng iod trong mẫu rong khô

Khối lượng cân m _{cân} (gam)	Nồng độ $N_{Na_2S_2O_3}$ (N)	Thể tích $V_{Na_2S_2O_3}$ (ml)	% Khối lượng iod
10,003	0,1	1,1	0.139
10,002	0,1	1,1	0.139
10,004	0,1	1,1	0.139

Hàm lượng iod trong mẫu rong trung bình đạt tỷ lệ là 0.139%±0 suy ra lượng iod cần thiết bổ sung cho cơ thể trong 1 ngày theo tham khảo bảng nhu cầu dinh dưỡng cho người Việt Nam [5] là 100mg bột rong/viên (khoảng 139µg iod/viên).

3.2. Kết quả bào chế viên nén bằng phương pháp dập thẳng

Tiến hành dập viên bằng phương pháp dập thẳng với 4 công thức. Sử dụng máy dập viên tâm sai với bộ chày cối đường kính 09 mm.

Bảng 2: Các công thức viên của phương pháp dập thẳng (đơn vị: mg)

CT	Bột rong	Avicel	Cellulose	Sorbitol	Manitol	Talc	Magie stearat
CT1	100	200				3%	1%
CT2	100	100	100			3%	1%
CT3	100	100		100		3%	1%
CT4	100	100			100	3%	1%

Sau đó thử các tính chất của viên thu được kết quả:

Bảng 3: KQ thử độ cứng, bề dày, độ đồng đều khối lượng viên nén

STT	Lực vỡ viên (kP)	Bề dày trung bình viên (mm)	Độ đồng đều khối lượng		
			Khối lượng trung bình (mg)	Khối lượng viên (mg)	Khoảng chênh lệch
CT1	7.2 ± 0.603	2.5±0.447	317	M _{min} =317 M _{max} =321	0 1,26
CT2	8.4±0.631	2.5±0	323	M _{min} =323 M _{max} =325	0 0.93
CT3	2.0±0.04	2.6±0.314	321	M _{min} =319 M _{max} =323	0.62 0.62
CT4	3.7±0.171	2.5±0	318	M _{min} =312 M _{max} =324	1.89 1.89

Về mặt cảm quan, CT1 và CT2 viên khi dập ra có bề mặt bóng đẹp, cạnh viên nhẵn không bị xước, sứt mẻ, không xảy ra các hiện tượng bong mặt hay phân lớp, bột rong màu nâu phân bố đồng đều với tá dược. Bề dày các viên khoảng 2.5mm đều ít thay đổi suốt toàn bộ quá trình dập. Độ cứng trung bình viên CT1 là 7.2kP, nằm trong khoảng thích hợp cho các viên có đường kính 9mm; khối lượng 300mg. Tuy nhiên trong quá trình bảo quản, viên dễ bị hút ẩm trương phồng, màu sắc nâu đậm lên. CT2 viên đạt độ cứng cao 8.4kP, cao hơn so với công thức 1 nhưng vẫn nằm trong khoảng giới hạn cho phép. Màu sắc, kích thước không thay đổi trong quá trình bảo quản. Về độ đồng đều khối lượng, 2 công thức 1 và 2 sự chênh lệch về khối lượng giữa các viên với khối lượng viên trung bình nhỏ hơn 5%, đạt yêu cầu theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V. Với CT3 về mặt cảm quan, viên sau khi dập có bề mặt

sần sùi, sờ thấy ẩm và dính. Độ dày trung bình viên đo được là 2.6mm, dày hơn các viên khác. Trong quá trình bảo quản, viên hút ẩm và trương lên, sau đó dễ dàng vỡ ra thành bột khi có tác động lực nhẹ. Viên có độ cứng trung bình là 2.0 kP không đủ để hình thành các vi mao quản có đường kính nhỏ đóng vai trò hút nước vào lòng viên gây kéo dài thời gian rã của viên. CT4 về mặt cảm quan không sứt mẻ cạnh. Tuy nhiên bề mặt viên không nhẵn bóng như công thức 1 và 2. Bề dày trung bình viên là 2.5mm, đạt yêu cầu về đồng đều khối lượng theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V. Để lâu khi bảo quản, viên không bị thay đổi hình dạng, màu sắc do ẩm. Độ cứng trung bình đạt 3.7kP không đảm bảo được độ bền của viên.

Tiếp tục tiến hành thử độ rã và độ mài mòn của 4 công thức theo phương pháp dập thẳng, kết quả thu được như sau:

Bảng 4: Kết quả thử độ rã và độ mài mòn

Công thức	Thời gian rã (giây)	Độ mài mòn
CT1	55 ±0.8	0.016%
CT2	126±1.3	0.047%
CT3	510±2.06	0.702%
CT4	493±0.74	0.097%

Các viên nén bổ sung iod theo phương pháp dập thẳng đều đạt độ rã theo tiêu chuẩn. Trong đó công thức số 1, 2 với tá dược độn là Avicel làm viên rã nhanh, thời gian rã ngắn. Công số 3,4 có sử dụng tá dược đường là sorbitol và manitol, thời gian rã của viên kéo dài hơn so với các công thức còn lại, thời gian rã lần lượt là 8 phút 30 giây và 8

phút 13 giây. Về độ mài mòn, các viên có độ mài mòn thấp, đều dưới 1%, đạt tiêu chuẩn về độ mài mòn theo tiêu chuẩn USP 43.

3.3. Kết quả bào chế viên nén bằng phương pháp tạo hạt ướt

Tiến hành dập viên theo phương pháp tạo hạt ướt với 3 CT như bảng sau:

Bảng 5: Các công thức viên của phương pháp tạo hạt ướt (đơn vị: mg)

Thành phần	CT5	CT6	CT7
Bột rong	100	100	100
Avicel	100	100	100
Cellulose	100	100	
Manitol			100
PVP 10% / nước cất	vừa đủ		
HPMC 5% / nước cất		vừa đủ	vừa đủ
Talc	3%	3%	3%
Magnesi stearate	1%	1%	1%

Sau đó thử các tính chất của viên thu được kết quả:

Bảng 6: KQ thử độ cứng, bề dày, độ đồng đều khối lượng của các công thức

	Lực vỡ viên (kP)	Bề dày trung bình viên (mm)	Độ đồng đều khối lượng		
			Khối lượng trung bình (mg)	Khối lượng viên (mg)	Khoảng chênh lệch
CT5	9.8 ± 0.02	2.5±0.3	322	M _{min} =313 M _{max} =331	2.79 2.8
CT6	6.0±0.125	2.5±0	326	M _{min} =325 M _{max} =327	0.31 0.31
CT7	7.4±0.898	2.5±0	318	M _{min} =315 M _{max} =321	0.94 0.94

Với CT5, về mặt cảm quan, bề mặt của viên nhẵn, bóng. Viên không bị nứt cạnh, mẻ hay bị vỡ, không có hiện tượng phân lớp hay bong mặt. Tuy nhiên về màu sắc, các bột rong không phân bố đều trong viên như ở phương pháp dập thẳng, có nhiều chấm đen to do bột rong bị vón lại. Trong quá trình bảo quản, viên giữ được hình dạng và màu sắc ban đầu. Độ cứng trung bình của viên dập theo công thức này khá cao, trung bình là 9.8kP, viên có độ bền cơ học cao. Về đồng đều khối lượng, khoảng chênh lệch khối lượng viên so với khối lượng trung bình nhỏ hơn 5%, đạt yêu cầu theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V. Tương tự CT6 và 7 về mặt

cảm quan, viên có bề mặt nhẵn, bóng đẹp, không bị nứt mẻ cạnh hay vỡ viên, màu sắc của các công thức này đậm hơn, có đốm bột rong vón cục. Về độ cứng, trung bình các viên đo được lần lượt là 6.0kP và 7,4 kP, phù hợp so với độ cứng thường được điều chỉnh cho dạng viên đang bào chế. Về đồng đều khối lượng, khoảng chênh lệch khối lượng viên so với khối lượng trung bình nhỏ hơn 5%, đạt yêu cầu theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V.

Tiếp tục tiến hành thử độ rã và độ mài mòn của 3 công thức theo phương pháp tạo hạt ướt, kết quả thu được như sau:

Bảng 7: Kết quả thử độ rã và độ mài mòn các viên

Công thức	Thời gian rã (giây)	Độ mài mòn
CT5	482±5.4	0.0124%
CT6	210±2.06	1.29%
CT7	1527±6.02	0.12%

Các viên được bào chế theo phương pháp tạo hạt ướt đều có thời gian rã kéo dài. Công thức 5 và 7 cho viên có độ mài mòn thấp, độ bền cơ học của viên cao. Công thức 6 có độ mài mòn là 1.29% không đạt tiêu chuẩn USP 43.

IV. BÀN LUẬN

Trong quá trình thực hiện đề tài, hàm lượng iod trong rong nâu đã được đưa về dạng vô cơ bằng phương pháp tro hóa. Qua đó, có thể thực hiện định lượng bằng dung dịch natri thiosulfat. Kết quả thu được hàm lượng iod trong mẫu rong đạt tỷ lệ là 0.139%. Đây không phải là một hàm lượng cao so với các loài khác trong ngành như các loài trong chi *Laminaria* (1700-31000 µg iod/g) [6]. Tuy nhiên *Chnoospora implexa* J.Ag là loài mọc phổ biến tại Việt Nam và có thể dễ dàng thu hái tại thời điểm nghiên cứu. Thông qua tham khảo bảng khuyến nghị về dinh dưỡng cho người Việt Nam suy ra lượng iod cần thiết bổ sung cho cơ thể trong 1 ngày là 100mg bột rong/viên [5]. Sau đó tiến hành dập viên bằng hai phương pháp dập thẳng và xát hạt ướt. Phương pháp dập thẳng cho thấy nhiều ưu điểm về quy trình thực hiện đơn giản, ít giai đoạn. Công thức 2 với các tá dược avicel và cellulose với khối lượng 100 mg và 1-3% tá dược trơn được bổ sung cùng bột dược liệu để dập viên. Avicel

là tá dược đa năng vừa đóng vai trò lá tá dược trơn vừa đóng vai trò là tá dược đệm, dính, rã đồng thời khắc phục được các nhược điểm gây dính chày cối và độ trơn chảy kém của của nhóm tá dược đường. So với công thức 1 việc kết hợp thêm cellulose giúp cho viên tăng được độ cứng, thời gian rã không quá nhanh hạn chế được việc gãy vỡ hay hút ẩm quá nhanh trong quá trình bảo quản, thuận lợi cho việc sử dụng. Viên dập được đảm bảo các tính chất cảm quan, độ cứng, độ rã, đồng đều khối lượng, không bị vón cục khi trộn bột, cạnh viên không sứt mẻ khi dập viên như sử dụng phương pháp xát hạt ướt. Do vậy, CT2 là công thức cuối cùng được lựa chọn để bào chế.

V. KẾT LUẬN

Đã tiến hành định lượng được hàm lượng iod trong mẫu rong thu được tại Hải Vân-Sơn Chà - Thừa Thiên Huế. Hàm lượng iod trong rong Nâu *Chnoospora implexa* J.Ag là 0.139%. Lựa chọn được công thức để bào chế viên nén bổ sung iod từ rong Nâu *Chnoospora implexa* J.Ag là:

Bột dược liệu	100 mg
Avicel	100 mg
Cellulose	100 mg
Talc	3%
Magie stearat	1%

Phương pháp được lựa chọn để bào chế viên là phương pháp dập thẳng.

VI. KIẾN NGHỊ

Xác định hàm lượng iod trong nhiều mẫu rong thu tại các thời điểm khác nhau trong năm, tại nhiều khu vực để tính được hàm lượng iod trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Ngọc Trâm, Nguyễn Văn Thiện, Đỗ Tuyết Nga, Lưu Thị Hà, Nguyễn Kim Đức.**, Thành phần hóa học trong các loài rong biển vùng biển Phú Yên - Khánh Hòa - Minh Hải. Tuyển tập nghiên cứu biển (1991), 3, pp192-207.
2. **Nida Afroz, K.Aisha, Ghazala Siddiqui.**, Extraction and estimation of iodine from brown seaweeds, of Karrachi coast, Pakistan. Parkistan Journal of Marine Science, (2016), Vol 25 (1 &2), pp15-25.
3. **Bộ Y tế.** Dược điển Việt Nam V. Nhà xuất bản y học, (2017), phụ lục 11.3, 11.6 .
4. **U.S Pharmacopeial Convention**, USP 43-NF38, (2020), general chapter <1216>, <1217>.
5. **Bộ y tế.** Thông tư 43/2014/TT-BYT, phụ lục 01 Bảng nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam.
6. **Marthe Jordbrekk Blikra, Sigrun HenJum, Inger Aakre.**, Iodine from brown algae in human nutrition, with an emphasis on bioaccessibility, bioavailability, chemistry, and effect of processing: A systematic review. Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety (2022), 21(2), pp 1517-1536.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỞI TẠI KHOA BỆNH NHIỆT ĐỚI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2018 - 2019

Ngô Anh Vinh¹, Võ Mạnh Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sởi tại khoa Bệnh Nhiệt đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2018 - 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 168 bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh sởi, điều trị nội trú tại khoa bệnh nhiệt đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 8/2018 đến tháng 8/2019. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc sởi cao ở nhóm trẻ > 24 tháng tuổi (48,81%); chưa được tiêm phòng vắc xin sởi (76,78%). Thời gian toàn phát bệnh sởi chủ yếu < 5 ngày (80,36%). Phần lớn trẻ có triệu chứng điển hình của bệnh sởi: sốt và ho (100%); phát ban (89,29%); viêm kết mạc mắt (82,14%), chảy mũi nước (79,17%). Thời gian điều trị của trẻ đa số là dưới 10 ngày (64,29%); hầu hết là đỡ, khỏi (98,21%). Tỷ lệ biến chứng ở nhóm chưa được tiêm phòng sởi cao hơn so với nhóm đã được tiêm phòng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phương pháp phòng ngừa bệnh sởi cho trẻ em an toàn và hiệu quả nhất là tiêm vắc xin phòng sởi. Trẻ cần được điều trị sớm khi có các dấu hiệu điển hình của bệnh sởi.

Từ khóa: Bệnh sởi, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An; Khoa bệnh Nhiệt đới.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF MEASLES TREATMENT IN THE TROPICAL DISEASE DEPARTMENT - NGHE AN MATERNITY - PEDIATRIC HOSPITAL, 2018 - 2019

Objective: The study aims to describe clinical, paraclinical characteristics and results of measles treatment at the Department of Tropical Diseases - Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2018 - 2019. **Research subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 168 patients diagnosed with measles, treated as inpatients at the Department of Tropical Diseases - Nghe An Obstetrics and Children's Hospital from August 2018 to August 2019. **Results:** The rate of measles was high in children > 24 months old (48.81%); have not been vaccinated against measles (76.78%). The duration of full onset of measles is mainly < 5 days (80.36%). Most children have typical symptoms of measles: fever and cough (100%); rash (89.29%); conjunctivitis (82.14%), runny nose (79.17%). Most children's treatment time is less than 10 days (64.29%); most is cured (98.21%). The rate of complications in the unvaccinated measles group is higher than the vaccinated group with a statistically significant difference ($p < 0.05$). **Conclusion:** The safest

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Sản Nhi Nghệ an

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 2/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 4/5/2024

Ngày duyệt bài: 7/5/2024

and most effective method of preventing measles for children is measles vaccination. Children need to be treated early when they have typical signs of measles.

Keywords: Measles, Nghe An Obstetrics and Children Hospital; Department of Tropical Diseases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sởi là bệnh truyền nhiễm gây dịch lây qua đường hô hấp do vi rút sởi gây nên. Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi và hay xảy ra vào mùa đông xuân. Những triệu chứng thường gặp của bệnh bao gồm: viêm long đường hô hấp trên, sốt, phát ban, viêm kết mạc mắt,... Bệnh sởi có thể gây ra các biến chứng như viêm phổi nặng, viêm não - màng não... và có thể tử vong [1]. Hiện nay, mặc dù vaccin dự phòng sởi đã được phổ cập toàn cầu tuy nhiên bệnh vẫn chưa hoàn toàn được kiểm soát, có thể gây ra các vụ dịch đặc biệt với trẻ nhỏ [2].

Trong những năm gần đây ở trên Thế giới cũng như Việt Nam, tỷ lệ mắc sởi có xu hướng gia tăng và gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm thậm chí tử vong [3], [4], [5]. Trong năm 2013 – 2014, vụ dịch sởi xảy ra tại miền Bắc Việt Nam đã ghi nhận các ca mắc tại tất cả 28/28 tỉnh, thành phố [6]. Theo báo cáo của Cục Y tế dự phòng, tại Việt Nam trong năm 2018 có 1.093 trường hợp mắc bệnh sởi tại 40 tỉnh, thành phố và tỷ lệ tử vong chiếm đáng kể. Đặc biệt bệnh nhân mắc bệnh sởi gặp ở cả lứa tuổi nhỏ dưới 9 tháng, lứa tuổi chưa phải tiêm phòng vaccin sởi. Điều này cho thấy có sự gia tăng đột biến về số ca cũng như độ tuổi mắc bệnh và biến chứng nguy hiểm. Nhằm chẩn đoán sớm và hạn chế các biến chứng nguy hiểm, góp phần trong công tác phòng chống dịch sởi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Đặc điểm**

dịch lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sởi tại khoa bệnh nhiệt đới Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2018 - 2019”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi được chẩn đoán mắc bệnh sởi, điều trị nội trú tại khoa Bệnh Nhiệt đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

Bệnh án của bệnh nhi được chẩn đoán mắc bệnh sởi, điều trị nội trú tại khoa Bệnh Nhiệt đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhi có một trong các triệu chứng lâm sàng:

- Sốt $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ hoặc ban dát sẩn toàn thân tồn tại ≥ 3 ngày.

- Kháng thể kháng vi rút sởi IgM dương tính (từ ngày thứ 3 sau khi phát ban) bằng kỹ thuật ELISA [1].

- Gia đình bệnh nhi đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

thông tin của bệnh nhi không đầy đủ.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2018 đến tháng 8/2019

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa bệnh nhiệt đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu.

- Chọn toàn bộ 168 bệnh nhi đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tham gia nghiên cứu.

2.4. Các biến số nghiên cứu

- **Đặc điểm dịch tễ:** tuổi; giới của trẻ; tiền sử tiêm vắc xin sởi.

- **Đặc điểm lâm sàng:** thời gian bệnh toàn phát, các triệu chứng: sốt, ho, phát ban, viêm kết mạc, chảy nước mắt, hạt Koplic.

- Đặc điểm cận lâm sàng: chỉ số bạch cầu, nồng độ CRP (mg/ml).

- Kết quả điều trị bệnh: thời gian điều trị bệnh; các biến chứng của bệnh.

2.5. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin

Thông tin thu thập được sẽ được ghi lại vào bệnh án nghiên cứu được xây dựng bởi nhóm nghiên cứu gồm các phần: thông tin chung; triệu chứng lâm sàng; triệu chứng cận lâm sàng; kết quả điều trị.

Chúng tôi hồi cứu từ các thông tin được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân trong quá trình nằm viện. Đối với bệnh nhân tiến cứu, chúng tôi thăm khám toàn diện và chỉ định các xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu cơ bản.

2.6. Quản lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ %. Sử dụng kiểm định Chi bình phương để so sánh các tỷ lệ.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng khoa học của Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi có sự đồng thuận tham gia của gia đình bệnh nhi. Các xét nghiệm ELISA IgM sởi được thực hiện sau khi cán bộ y tế giải thích với gia đình bệnh nhân và được sự chấp thuận của gia đình bệnh nhân. Thông tin của bệnh nhi hoàn toàn được bảo mật. Kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học của bệnh nhi (n = 168)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 9 tháng	23	13,69
	9-24 tháng	63	37,50
	> 24 tháng	82	48,81
Giới tính	Nam	91	54,17
	Nữ	77	45,83
Trẻ đã tiêm phòng sởi		129	76,78

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh sởi cao ở nhóm trẻ > 24 tháng tuổi (48,81%); trẻ trai (54,17%). Trẻ mắc sởi chủ yếu chưa được tiêm phòng vắc xin sởi với 129 trường hợp (76,78%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi (n = 168)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian toàn phát	Dưới 5 ngày	135	80,36
	≥ 5 ngày	33	19,64
Triệu chứng lâm sàng	Sốt	168	100
	Ho	168	100
	Phát ban sởi điển hình	150	89,29
	Viêm kết mạc mắt	138	82,14
	Chảy mũi nước	133	79,17
	Dấu hiệu Koplik (+)	122	72,62

Nhận xét: Thời gian toàn phát bệnh sởi chủ yếu < 5 ngày (80,36%). 100% bệnh nhi đều có triệu chứng sốt và ho. Tỷ lệ bệnh nhi có các triệu chứng thường gặp của bệnh sởi là: phát ban sởi điển hình (89,29%), viêm kết mạc mắt (82,14%), dấu hiệu Koplik (72,62%).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhi (n = 168)

Chỉ số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lượng bạch cầu	< 5 G/L	27	16,07
	5 – 10 G/L	122	72,62
	> 10 G/L	19	11,31
Nồng độ CRP	< 5 mg/l	54	32,14
	5 – 30 mg/l	109	64,88
	> 30 mg/l	05	2,98

Nhận xét: Đa số bệnh nhi có chỉ số bạch cầu máu từ 5 - 10 G/L (chiếm 72,62%) và nồng độ CRP máu là 5 - 30 mg/l (chiếm 64,88%).

Bảng 4. Kết quả điều trị bệnh sởi của bệnh nhi (n = 168)

Các yếu tố		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian điều trị	< 10 ngày	108	64,29
	10-15 ngày	48	28,57
	> 15 ngày	12	7,14
Kết quả điều trị	Đỡ, khỏi bệnh	165	98,21
	Không thay đổi	0	0
	Nặng hơn	03	1,79
	Tử vong	0	0
Điều trị bằng Immunoglobulin		13	7,74%

Nhận xét: Thời gian điều trị sởi phần lớn là dưới 10 ngày (64,29%). Tỷ lệ trẻ đỡ/khỏi bệnh sau khi điều trị là 98,21%. Có 7,74% trẻ phải điều trị bằng Immunoglobulin.

Bảng 5. Tỷ lệ bệnh nhi có biến chứng của bệnh sởi (n = 147)

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi	134	91,16
Viêm tai giữa cấp	98	66,67
Nấm miệng	36	24,49
Viêm ruột	33	22,45
Viêm não	03	2,04

Nhận xét: Biến chứng viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (91,16%); viêm tai giữa cấp (66,67%); có 3/168 bệnh nhi có biến chứng não (chiếm 2,04%).

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng bệnh sởi ở bệnh nhi

Đặc điểm		Biến chứng		P
		Có (n = 147)	Không (n = 21)	
Nhóm tuổi	< 9 tháng	22 (13,09%)	1 (0,59%)	> 0,05
	9-24 tháng	58 (34,52%)	5 (2,97%)	
	> 24 tháng	67 (39,88%)	15 (8,95%)	
Giới tính	Nam	81 (48,21%)	10 (5,95%)	> 0,05
	Nữ	66 (39,28%)	11 (6,56%)	
Tiền sử tiêm phòng	Có	30 (17,86%)	9 (5,36%)	< 0,05
	Không	117 (69,64%)	12 (7,14%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến chứng giữa nhóm tuổi, giới tính ($p > 0,05$). Tỷ lệ biến chứng ở nhóm chưa được tiêm phòng sởi cao hơn so với nhóm đã được tiêm phòng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trẻ mắc sởi chủ yếu ở nhóm tuổi > 24 tháng trong đó đa số trẻ chưa được tiêm phòng vắc xin sởi, chiếm 76,78%) (Bảng 1). Tương tự, Nguyễn Minh Hằng và cộng sự cho thấy trong số các trường hợp mắc sởi chỉ 23,8% trường hợp đã được tiêm chủng. Lứa tuổi thường gặp mắc bệnh là dưới 5 tuổi, đặc biệt là nhóm dưới 9 tháng tuổi [6]. Tác giả Nguyễn Ngọc Rạng và cộng sự cho thấy tuổi mắc bệnh chủ yếu dưới 12 tháng tuổi (chiếm 45%) [7]. Các nghiên cứu đều cho thấy hầu hết bệnh nhân mắc sởi đều chưa được tiêm phòng đầy đủ [6], [7], [8].

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới cũng như của chương trình tiêm chủng tại Việt Nam, việc tiêm chủng phòng sởi chỉ nên áp dụng cho trẻ từ 9 tháng tuổi [1], [5]. Tuy nhiên, đáng chú ý là trong nghiên cứu

của chúng tôi có 23 trẻ (13,69%) mắc sởi dưới 9 tháng tuổi (Bảng 1). Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Minh Hằng và cộng sự, cho thấy lứa tuổi mắc bệnh ở nhóm trẻ dưới 9 tháng tuổi chiếm tỷ lệ đáng kể [6]. Điều này cho thấy cần xem xét việc tiêm chủng cho trẻ dưới 9 tháng tuổi. Chang X và cộng sự cũng nhận thấy tại thời điểm 6 tháng tuổi, hành kháng thể sởi từ mẹ truyền sang trẻ không còn lưu hành [9]. Tác giả Nguyễn Minh Hằng cũng cho rằng cần cân nhắc thêm việc tiêm chủng vắc xin cho trẻ từ 6 tháng tuổi tại vùng nguy cơ cao và trong vùng dịch [6].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tất cả (100%) trẻ mắc sởi đều sốt và ho. Các triệu chứng thường gặp khác bao gồm: phát ban sởi điển hình (89,29%), viêm kết mạc mắt (82,14%), chảy mũi nước (79,17%), Koplik (72,62%) (Bảng 2). Các nghiên cứu khác cũng đưa ra nhận định tương tự [6], [7], [8]. Cụ thể trong nghiên cứu của tác Nguyễn Thị Hằng, tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng điển hình của bệnh sởi là sốt và phát ban chiếm tới hơn 99,9%, tiếp theo là triệu chứng ho (94,2%), chảy nước mũi (77,8%), viêm kết mạc (59,2%). Các biểu hiện thường thấy của sởi như sốt, phát ban, viêm long... xảy ra ở

hầu hết các trường hợp. Tuy nhiên dấu hiệu đặc trưng của sởi là hạt Koplik trong nghiên cứu này chỉ gặp ở 11,5% các trường hợp [6].

Ở bảng 3, đa số trẻ mắc sởi xét nghiệm máu có bạch cầu máu từ 5-10 G/L (72,62%) và bạch cầu máu dưới 5G/L (16,07%). Tương tự, nghiên cứu của Trương Công Điền, trẻ có bạch cầu máu dưới 5G/L chiếm 18,20% [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, chỉ số CRP từ 5-30 mg/l chiếm đa số (64,88%) và chỉ số CRP > 30 mg/l chiếm 2,98% các trường hợp. Những trường hợp giá trị CRP tăng cao trên 30 mg/l là những trường hợp trẻ mắc sởi có biến chứng viêm phổi nặng hoặc viêm phổi.

Kết quả điều trị cho thấy, trong 168 trường hợp mắc bệnh, không có trường hợp nào tử vong (Bảng 4). Mặc dù trong quá trình điều trị bệnh, có 3 trường hợp diễn tiến nặng lên và đã được chuyển đến đơn vị Hồi sức của Bệnh viện để điều trị tiếp. Trong các biến chứng thường gặp, viêm phổi là thường gặp nhất (73,81%), viêm tai giữa cấp chiếm 58,33%, trong đó có 3 ca viêm não. Các nghiên cứu trong nước cũng đưa ra nhận định tương tự, cho thấy biến chứng viêm phổi là thường gặp nhất ở trẻ em mắc bệnh sởi [6], [7], [8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, có 7,74% trẻ mắc bệnh sởi nặng phải điều trị Immunoglobulin và những trẻ này đều mắc sởi có biến chứng nặng (Bảng 5). Cụ thể đó là 3 trường hợp biến chứng viêm não và 10 trường hợp biến chứng viêm phổi nặng. Tất cả bệnh nhân này đều được dùng 3 liều Immunoglobulin trong 3 ngày liên tiếp theo phác đồ Bộ Y tế và tình trạng

lâm sàng của bệnh nhân có đáp ứng với điều trị.

Khi nghiên cứu về một số yếu tố liên quan đến biến chứng của bệnh sởi, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến chứng giữa nhóm tuổi, giới tính ($p > 0,05$). Trong khi đó, tỷ lệ biến chứng ở nhóm chưa được tiêm phòng sởi cao hơn so với nhóm đã được tiêm phòng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 6). Điều này cho thấy bệnh nhân không được tiêm phòng sởi là yếu tố liên quan đến biến chứng của bệnh. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hằng, các trường hợp tử vong ở những bệnh nhân hầu hết chưa được tiêm chủng hoặc tiêm chủng vaccin sởi không đầy đủ. Ngoài ra, tuổi nhỏ, suy dinh dưỡng, bạch cầu và CRP tăng là các yếu tố có liên quan với biến chứng của bệnh sởi [6]. Điều này cho thấy bệnh nhân được tiêm phòng sởi thì giảm được nguy cơ các biến chứng khi mắc sởi. Trong nghiên cứu Nguyễn Ngọc Rạng Tiêm, tiêm chủng sởi không những giảm tỉ lệ mắc bệnh sởi mà còn làm giảm độ nặng hoặc sởi có biến chứng [9].

V. KẾT LUẬN

Trẻ mắc bệnh sởi chiếm đa số ở nhóm tuổi > 24 tháng và chủ yếu gặp ở trẻ chưa được tiêm phòng vắc xin sởi. Các triệu chứng thường gặp của bệnh là sốt, ho, phát ban, viêm kết mạc mắt. Biến chứng thường gặp nhất của bệnh là viêm phổi và tỷ lệ biến chứng ở nhóm chưa được tiêm phòng sởi cao hơn so với nhóm đã được tiêm phòng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yusuke Yanagi Makoto Take da, Shinji Ohno.** Measles virus : cellular receptors, tropism and pathogenesis. *Journal of General Virology* (2016), **87**, 2767–2779.
2. **Blutinger E, Schmitz G, Kang C, Comp G, et al.** Measles: Contemporary considerations for the emergency physician. *J Am Coll Emerg Physicians Open* (2023), **4** (5):e13032.
3. **Manisha Patel, MD, Adria D. Lee, MSPH, et al.** National Update on Measles Cases and Outbreaks - United States, January 1 - October 1, 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* (2019), **68** (40): 893–896.
4. **Ilyas M, et al.** The Resurgence of Measles Infection and its Associated Complications in Early Childhood at a Tertiary Care Hospital in Peshawar, Pakistan. *Polish Journal of Microbiology* (2020), **69** (2), 177 – 184.
5. **Do LP, Van TTT, Nguyen DTM, et al.** Epidemiological and molecular characteristics of a measles outbreak in northern Vietnam, 2013-2014. *J Clin Virol* (2021), **139**:104840.
6. **Nguyễn Minh Hằng, Phạm Quang Thái, Đỗ Thị Thu và cộng sự.** Một số đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của bệnh sởi năm 2013 - 2014 ở miền Bắc Việt Nam. *Tạp chí Y học dự phòng* (2018), **15** (188), 16-21.
7. **Nguyễn Ngọc Rạng, Phan Đặng Trang Đài.** Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến sởi có biến chứng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam* (2021), **503** (1), 2021.
8. **Trương Công Đây.** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng bệnh sởi tại khoa nhi Bệnh viện đa khoa Trung tâm Tiền Giang từ 01/01/2014 đến 01/10/2014. *Tạp chí Y học dự phòng* (2014), **số 805**, trang 135-136.
9. **Chang X, Francois Retief, Louise Cilliers.** Measles in antiquity and the Middle Ages. *South African Medical Journal* (2010), **16** (1), p.30-32

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THOÁT VỊ BỤNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA Ổ PHÚC MẠC ĐẶT LƯỚI NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN NĂM 2023

Nguyễn Bá Phước*, Nguyễn Hải Bình*, Phạm Hải Linh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thoát vị bụng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 15 bệnh nhân thoát vị bụng và được chỉ định mổ theo chương trình bằng phương pháp nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo tại Bệnh viện Kiến An, từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân $47,6 \pm 15,6$ tuổi. Lý do chính khiến bệnh nhân vào viện là xuất hiện khối phồng ở vùng bụng (66,7%). Tỷ lệ thoát vị bụng nguyên phát là 100%. Tỷ lệ bệnh nhân thoát vị bụng bên trái cao hơn so với bên phải (53,3% so với 46,7%). Thoát vị bụng thể gián tiếp gặp nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 53,3%. Thoát vị bụng loại 3 gặp nhiều nhất (66,6%), thoát vị bụng loại 4 (tái phát) chiếm 13,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số ASA I và II là 93,3%. **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng của thoát vị bụng biểu hiện chủ yếu là khối phồng ở vùng bụng, thoát vị gián tiếp, và Nyhus III chiếm đa số.

Từ khóa: Thoát vị bụng, Bệnh viện Kiến An.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH INTERNAL HERNIA

*Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Phước

Email: nguyenvatuanviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 6/3/2024

Ngày duyệt bài: 7/5/2024

TREATED BY LAPAROSCOPY THROUGH PERITONIC SURGERY WITH ARTIFICIAL MESH AT KIEN AN HOSPITAL IN 2023

Objective: To describe the clinical characteristics of patients with inguinal hernia treated by transperitoneal laparoscopic surgery with artificial mesh placement. **Subjects and methods:** This cross-sectional study involved 15 patients with inguinal hernia who underwent scheduled surgery by transperitoneal laparoscopy to place artificial mesh at Kien An Hospital from January 2023 to October 2023. **Results:** The mean age of the patients was 47.6 ± 15.6 years. The main reason for hospital visits among the patients was the appearance of a bulge in the groin area (66.7%). The rate of primary inguinal hernia was 100%. The proportion of patients with inguinal hernia on the left side was higher than on the right (53.3% and 46.7%, respectively). Indirect inguinal hernia was the most common type, accounting for 53.3%. Type 3 inguinal hernia was the most prevalent (66.6%), while type 4 (recurrent) inguinal hernia accounted for 13.3%. The proportion of patients with ASA I and II index was 93.3%. **Conclusion:** The clinical features of inguinal hernia mainly manifest as a bulging mass in the inguinal area, with indirect hernia and Nyhus III predominating.

Keywords: Inguinal hernia, Kien An hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là tình trạng một tạng trong ổ bụng rời khỏi vị trí, thông qua một khu vực yếu kém của ống bẹn để xuống bìu [1]. Kết quả nghiên cứu đánh giá hệ thống trên 51.304.093 người cho thấy tỷ lệ chung của thoát vị bẹn là 7,7%, tỷ lệ mắc bệnh thoát vị bẹn cao nhất (12,72%) được quan sát thấy ở châu Á, thấp nhất ở Mỹ (4,73%). Tỷ lệ mắc bệnh thoát vị bẹn ở nam cao hơn nhiều so với nữ (9,61% so với 1,31%) [2]. Thoát vị bẹn được coi là có cả thành phần bẩm sinh và mắc phải. Hầu hết thoát vị ở người trưởng thành là mắc phải. Tuy nhiên, có bằng chứng cho thấy di truyền cũng đóng một vai trò nào đó. Những bệnh nhân có tiền sử gia đình bị thoát vị có nguy cơ bị thoát vị bẹn cao ít nhất 4 lần so với những bệnh nhân không có tiền sử gia đình. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng một số bệnh như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hội chứng Ehlers-Danlos và hội chứng Marfan góp phần làm tăng tỷ lệ mắc bệnh thoát vị bẹn. Ngoài ra, người ta tin rằng áp lực trong ổ bụng tăng lên, như gặp ở bệnh béo phì, ho mãn tính, nâng vật nặng và căng thẳng do táo bón, cũng đóng một vai trò trong sự phát triển của thoát vị bẹn [3].

Phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn đã trở thành một trong những phương pháp phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn chủ đạo do ưu điểm là hồi phục sau mổ nhanh, tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ thấp, thời gian nằm viện ngắn, đau sau mổ nhẹ, tỷ lệ tái phát thấp [4]. Hơn 800.000 phẫu thuật thoát vị bẹn được thực hiện hàng năm. Thoát vị bẹn chiếm 75% các trường hợp thoát vị thành bụng [3]. Về mặt lâm sàng, chẩn đoán thoát vị bẹn rất dễ dàng, một cuộc khám thực thể đơn giản có thể phát hiện ra một khối phòng có thể quan sát được hoặc khối phòng tấy đỏ nhận thấy khi dùng ngón tay kiểm tra ở vùng bẹn ngoài [5].

Thoát vị bẹn có thể biểu hiện với một loạt các triệu chứng khác nhau. Hầu hết bệnh nhân đều có biểu hiện sưng tấy ở vùng háng hoặc đau ở háng. Một số người sẽ mô tả cơn đau hoặc chỗ phồng lên trở nên tồi tệ hơn khi hoạt động thể chất hoặc ho. Các triệu chứng có thể bao gồm cảm giác nóng rát hoặc ngứa ngáy ở háng. Những cảm giác này có thể lan xuống bìu hoặc xuống chân. Đôi khi thoát vị bẹn có thể biểu hiện bằng các cơn đau dữ dội hoặc các triệu chứng tắc nghẽn do các chất trong túi thoát vị bị kẹt hoặc bị bóp nghẹt [6-9].

Bệnh viện Kiến An đã triển khai nhiều kỹ thuật hiện đại, trong đó có phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thoát vị bẹn được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo tại Bệnh viện Kiến An năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán là thoát vị bẹn và được chỉ định mổ theo chương trình bằng phương pháp nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, tự nguyện phẫu thuật theo phương pháp nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân suy tim, suy hô hấp, bệnh tim phổi mãn tính, rối loạn đông máu không cầm. Bệnh nhân thoát vị bẹn nghẹt; thoát vị bẹn tái phát sau phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc, nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc. Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ở phần thấp của ổ bụng nhiều lần hoặc khoang ngoài

phức mạc vùng chậu. Bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng chậu, nhiễm khuẩn vùng chậu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023 chúng tôi chọn được 15 bệnh nhân thoát vị bẹn được chỉ định mổ bằng phương pháp nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo tại Khoa Ngoại Tiêu hoá, Bệnh viện Kiến An.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu:

Đặc điểm chung của bệnh nhân: Tuổi, cân nặng (kg), chiều cao (cm), bệnh phổi hợp, lý do vào viện, tiền sử sẹo mổ bụng dưới. Đặc điểm thoát vị bẹn: Triệu chứng

lâm sàng, phân loại thoát vị bẹn nguyên phát/tái phát, vị trí thoát vị, thể thoát vị, phân loại thoát vị theo Nyhus, phân độ ASA.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập, xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến số định lượng, tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. Các biến số định tính, tính tần số, tỷ lệ %.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo Khoa Ngoại Tiêu hoá Bệnh viện Kiến An. Bệnh nhân được giải thích rõ mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 15)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18 - 30	3	20,0
	31 - 50	5	33,3
	51 - 70	4	26,7
	> 70	3	20,0
	Mean ± SD (Min - Max)	47,6 ± 15,6 (20 - 80)	
Nghề nghiệp	Lao động nặng	4	26,7
	Lao động nhẹ	8	53,3
	Khác	3	20,0
Tình trạng dinh dưỡng	Thiếu cân	1	6,6
	Bình thường	9	60,0
	Thừa cân	3	20,0
	Béo phì	2	13,4
Bệnh phối hợp	Bệnh lý tim mạch	9	60,0
	Bệnh lý phế quản	1	6,7
	Đái tháo đường	4	26,6
	Mô u xơ tiền liệt tuyến	2	13,3
	Táo bón	1	6,7
	Khác	1	6,7
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	3	20,0

thoát vị bẹn	1 - 5 năm	5	33,3
	> 5 năm	7	46,7
Lý do vào viện	Khối ở bẹn	10	66,7
	Khối ở bìu	2	13,3
	Khối ở bẹn, bìu kèm đau tức	3	20,0
Tiền sử sẹo mổ bụng dưới	Mổ mở cắt ruột thừa	1	6,7
	Mổ mở bóc u xơ tuyến tiền liệt	1	6,7

Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu $47,6 \pm 15,6$ tuổi. Bệnh nhân có tuổi nhỏ nhất là 20 tuổi và lớn nhất là 80 tuổi. Nhóm tuổi gặp thoát vị bẹn nhiều nhất từ 31 - 70 tuổi, chiếm 60%. 60% bệnh nhân có tình

trạng dinh dưỡng bình thường. Đa số bệnh nhân mắc bệnh tim mạch (60%). Lý do chủ yếu bệnh nhân đến viện là khối ở vùng bẹn (66,7%). Có 2 bệnh nhân có tiền sử có sẹo mổ bụng dưới chiếm tỷ lệ 13,3%.

Bảng 2. Đặc điểm thoát vị bẹn và phân độ sức khỏe của bệnh nhân (n = 15)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng lâm sàng	Khối ở bẹn	10	66,7
	Khối ở bìu	5	33,3
	Lỗ bẹn nông rộng	15	100
Thoát vị bẹn nguyên phát		15	100
Vị trí thoát vị	Bên phải	7	46,7
	Bên trái	8	53,3
Thể thoát vị	Gián tiếp	8	53,3
	Trực tiếp	5	33,3
	Hỗn hợp	2	13,4
Phân loại thoát vị theo Nyhus	Loại 2	3	20,0
	Loại 3A	8	53,3
	Loại 3B	2	13,3
	Loại 4A	1	6,7
	Loại 4B	1	6,7
Phân độ ASA	ASA I	6	40,0
	ASA II	8	53,3
	ASA III	1	6,7

Nhận xét: 66,7% bệnh nhân khi thăm khám thấy khối thoát vị ở vùng bẹn. 100% bệnh nhân có lỗ bẹn nông rộng. 100% bệnh nhân là thoát vị bẹn nguyên phát. Tỷ lệ bệnh nhân thoát vị bẹn bên trái cao hơn so với bên phải (53,3% so với 46,7%). Thoát vị bẹn thể gián tiếp gặp nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 53,3%. Thoát vị bẹn loại 3 gặp nhiều nhất (66,6%), thoát vị bẹn loại 4 (tái phát) chiếm 13,3%. Số

bệnh nhân có chỉ số ASA I và II là 14 chiếm tỷ lệ 93,3%.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023, chúng tôi phẫu thuật cho 15 bệnh nhân nam thoát vị bẹn bằng phương pháp nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo, ghi nhận kết quả tuổi trung bình $47,6 \pm 15,6$ tuổi; nhỏ tuổi nhất là 20 và lớn nhất là

80 tuổi. Trong nghiên cứu này chúng tôi thực hiện phẫu thuật phương pháp nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo cho những bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên vì theo nhiều nghiên cứu cho thấy về mặt giải phẫu hình thể học, từ lứa tuổi này đã có sự ổn định ít thay đổi về cấu trúc vùng bẹn. Về giới tính, chúng tôi chỉ chọn bệnh nhân nam vì đây là một bệnh phổ biến ở nam giới. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trên 93 bệnh nhân thoát vị bẹn, tuổi trung bình của bệnh nhân là $50,26 \pm 15,22$ tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi, lớn nhất là 79 tuổi [10].

Nghiên cứu của tác giả Byung Soo Park và cộng sự chỉ ra rằng chỉ số BMI > 25 là yếu tố ảnh hưởng đến độ khó của phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc, đặc biệt là đối với những phẫu thuật viên mới thực hiện phẫu thuật, chỉ số BMI nên được xem như là một trong những tiêu chuẩn để chọn bệnh nhân phẫu thuật, đặc biệt là đối với những phẫu thuật viên chưa có nhiều kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc trong điều trị bệnh lý thoát vị bẹn [11]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hơn một nửa số bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường (60%). Tỷ lệ này trong nghiên cứu tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung Ương Huế là 80,0% [12].

Thời gian mắc bệnh tính từ khi phát hiện bệnh đến lúc được phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân mắc thoát vị bẹn dưới 1 năm là 20%, từ 1-5 năm là 33,3% và trên 5 năm là 46,7%. Điều này cho thấy bệnh nhân phẫu thuật khá muộn từ khi phát hiện bệnh, điều này có thể là do đây là một bệnh lành tính, các triệu chứng thường tiến triển từ từ, ít gây ảnh

hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt trừ khi có biến chứng nghẹt hoặc tắc ruột. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện E [13] và kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức [14], trong khi đó kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy bệnh nhân được phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn khá sớm [10].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, lý do chính khiến bệnh nhân đến khám chủ yếu là thấy tự nhiên xuất hiện khối phòng ở vùng bẹn (66,7%), khối này to lên khi vận động nặng và giảm đi khi nằm nghỉ ngơi; 13,3% bệnh nhân đến khám khi khối thoát vị xuống đến bìu (bìu to); 20,0% bệnh nhân đã phát hiện khối phòng ở vùng bẹn, khối thoát vị to dần kèm theo tức vùng bẹn. Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung Ương Huế cho thấy 91% bệnh nhân vào viện với triệu chứng khối phòng vùng bẹn, 9% bệnh nhân vào viện vì có khối phòng, cảm giác đau vùng bẹn [12]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cũng cho thấy đa số bệnh nhân nhập viện vì lý do xuất hiện khối phòng ở vùng bẹn (97%) [10].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thoát vị bẹn bên phải thấp hơn so với bên trái (46,7% so với 53,3%). Tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Alberto Meyer và cộng sự với 4565 trường hợp thoát vị thì thoát vị bẹn bên phải chiếm 45,7%, bên trái chiếm 30,9% và thoát vị hai bên chiếm 23,4% [15]. Trong khi đó kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung Ương Huế lại cho thấy thoát vị bẹn bên phải chiếm đa số với 52,2%, thoát vị bẹn bên trái chiếm 29,9%

và có 12 trường hợp thoát vị bẹn hai bên chiếm tỷ lệ 17,9% [12]; kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cũng cho thấy thoát vị bẹn bên phải chiếm 51,6% cao hơn so với bên trái 41,9% [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thể thoát vị trực tiếp 05 trường hợp chiếm 33,3%; thể thoát vị gián tiếp 8 trường hợp chiếm 53,3% và thể hỗn hợp 2 trường hợp chiếm 13,4%. Tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, thể gián tiếp chiếm tỷ lệ cao hơn. Nghiên cứu của tác giả tại Bệnh viện Trung Ương Huế cơ sở 2 lại cho thấy tỷ lệ thoát vị bẹn trực tiếp (55,9%) cao hơn thoát vị bẹn gián tiếp (32,3%) [16].

Hiện nay, trên thế giới có rất nhiều hệ thống phân loại thoát vị bẹn khác như phân loại của Testud và Jacob (1909), McVay và Chap (1958), Fruchaud (1959), Gilbert (1989), Nyhus (1991)... Tuy nhiên, hệ thống phân loại của Nyhus chi tiết và thường được sử dụng rộng rãi hơn vì nó đánh giá không chỉ vị trí, kích thước của lỗ thoát vị mà còn cả sự toàn vẹn của ống bẹn và sàn bẹn. Kết quả ghi nhận thoát vị bẹn loại 3 gặp nhiều nhất (66,6%), thoát vị bẹn loại 4 (tái phát) chiếm 13,3%. Tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện E [13] và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội [10].

Thoát vị bẹn có thể được điều trị bằng nhiều phương pháp khác nhau, từ mổ mở sử dụng mô tự thân hoặc lưới nhân tạo (với phương pháp gây tê tùy sống) đến mổ nội soi (với phương pháp gây mê nội khí quản). Khi sử dụng phương pháp nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo cần phải gây mê toàn thân, bơm khí CO₂ vào ổ bụng nên có sự thay đổi lớn về huyết động học do tăng hấp thu CO₂

(dẫn đến thở nhanh, rối loạn dẫn truyền cơ tim, tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim) và do tăng áp lực ổ bụng cùng với giảm lưu lượng máu trở về tim, nên việc chỉ định phẫu thuật nội soi cần được cân nhắc. Do đó, các tác giả thường chỉ định phương pháp nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo ở những bệnh nhân có chỉ số ASA I, ASA II và ASA III. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ định phương pháp nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo chủ yếu ở những bệnh nhân có chỉ số ASA I (40,0%) và ASA II (53,3%). Có 6,7% bệnh nhân có chỉ số ASA III được hội chẩn với bác sĩ gây mê trước mổ, kết luận đủ điều kiện gây mê cho phẫu thuật nội soi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 15 bệnh nhân thoát vị bẹn, được chỉ định mổ bằng phương pháp nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân 47,6 ± 15,6 tuổi. Lý do chính khiến bệnh nhân vào viện là khối phồng ở vùng bẹn (66,7%). Tỷ lệ bệnh nhân thoát vị bẹn bên trái cao hơn so với bên phải (53,3% so với 46,7%). Thoát vị bẹn thể gián tiếp gặp nhiều nhất (53,3%). Thoát vị bẹn loại 3 phổ biến nhất (66,6%). Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số ASA I và II là 93,3%. Đặc điểm lâm sàng của thoát vị bẹn biểu hiện chủ yếu là khối phồng ở vùng bẹn, thoát vị gián tiếp, Nyhus III chiếm đa số.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sultan B, Qureshi Z, Malik MA. Frequency of external hernias in Ayub Teaching Hospital Abbottabad. J Ayub Med Coll Abbottabad (2009),21(3): p57-58.

2. **Abebe MS, Tareke AA, Alem A, et al.** Worldwide magnitude of inguinal hernia: Systematic review and meta-analysis of population-based studies. *SAGE Open Med* (2022),**10**: p20503121221139150.
3. **Hammoud M, Gerken J.** Inguinal Hernia. Bookshelf ID: NBK513332. 2023.
4. **Hewitt DB, Chojnacki K.** Laparoscopic groin hernia repair. *JAMA* (2017),**318**: p1294.
5. **Fitzgibbons RJ, Jr, Forse RA.** Groin hernias in adults. *New Engl J Med* (2015),**372**(8): p756-763.
6. **Schmitz R, Willeke F, Barr J, et al.** Robotic Inguinal Hernia Repair (TAPP) First Experience with the New Senhance Robotic System. *Surg Technol Int* (2019),**34**: p243-249.
7. **Tam V, Rogers DE, Al-Abbas A, et al.** Robotic Inguinal Hernia Repair: A Large Health System's Experience With the First 300 Cases and Review of the Literature. *J Surg Res* (2019),**235**: p98-104.
8. **Payiziwula J, Zhao PJ, Aierken A, et al.** Laparoscopy Versus Open Incarcerated Inguinal Hernia Repair in Octogenarians: Single-Center Experience With World Review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* (2019),**29**(2): p138-140.
9. **Clelland AD, Varsou O.** A qualitative literature review exploring the role of the inguinal ligament in the context of inguinal disruption management. *Surg Radiol Anat* (2019),**41**(3): p265-274.
10. **Saisamone Thammavone, Nguyễn Hoài Bắc, Trần Ngọc Dũng và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng của những bệnh nhân thoát vị bẹn được điều trị bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam* (2023),**528**: tr338-342.
11. **Park BS, Ryu DY, Son M, et al.** Factors influencing on difficulty with laparoscopic total extraperitoneal repair according to learning period. *Annals of Surgical Treatment and Research* (2014),**87**(4): p203-208.
12. **Phan Đình Tuấn Dũng.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc với tấm lưới nhân tạo 2D và 3D trong điều trị thoát vị bẹn trực tiếp. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế. 2017.
13. **Lương Đức Anh.** Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn ở người lớn bằng phẫu thuật nội soi đường trước phúc mạc tại Bệnh viện E. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2019.
14. **Đỗ Mạnh Toàn.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2019.
15. **Meyer A, Blanc P, Balique JG, et al.** Laparoscopic totally extraperitoneal inguinal repair: Twenty-seven serious complications after 4565 consecutive operations. *Rev. Col. Bras* (2013),**40**(1): p32-36.
16. **Nguyễn Thanh Xuân.** Đánh giá kết quả thoát vị bẹn ở người lớn bằng phẫu thuật nội soi xuyên thành bụng đặt tấm nhân tạo ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Trung Ương Huế cơ sở 2. *Tạp chí Y Dược học Trường Đại học Y Dược Huế* (2020),**10**(2): tr20-25.

THỰC TRẠNG SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG NĂM 3 KHI HỌC LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN NĂM 2023

Nguyễn Thị Hồng Anh¹, Vũ Minh Thuý², Nguyễn Thị Thu Hương³

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 1 năm 2024 trên 169 sinh viên điều dưỡng chính quy năm 3 của trường Đại học Y dược Hải Phòng và trường Đại học Phenika, nhằm mục đích mô tả thực trạng sức khỏe tâm thần ở sinh viên điều dưỡng chính quy năm 3 khi đi thực tập tại các bệnh viện thực hành. Kết quả cho thấy tỉ lệ sinh viên có dấu hiệu lo âu là 49,1%; có dấu hiệu căng thẳng là 33,9%; có dấu hiệu stress là 27,9%. Các yếu tố liên quan đến tình trạng căng thẳng, lo âu, và trầm cảm ở sinh viên là số buổi trực trong tuần ($p < 0,05$).

Từ khoá: DASS 21; sinh viên Điều dưỡng; lâm sàng

SUMMARY

RESEARCH ON MENTAL HEALTH AND RELATED FACTORS AMONG 3rd YEAR NURSING STUDENTS WHEN STUDYING CLINICALLY SUBJECTS AT THE HOSPITALS IN 2023

Cross-sectional descriptive study was conducted from June 2023 to January 2024 on 169 third-year full-time nursing students of Hai

Phong University of Medicine and Pharmacy and Phenika University, with the aim of describing the current situation of mental health in 3rd year full-time nursing students when studying at practice hospitals. The results showed that the proportion of students showing signs of anxiety was 49.1%; signs of stress is 33.9%; signs of depression is 27.9%. Factors related to stress, anxiety, and depression in students is the number of on-call sessions per week ($p < 0.05$).

Keywords: DASS 21; nursing students; clinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức y tế thế giới đã định nghĩa: “Sức khỏe là trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật hay thương tật.” [1]. Sức khỏe tâm thần là nền tảng cho sự khỏe mạnh và hoạt động hiệu quả của các cá nhân. Theo World Health Organization (WHO), hơn 100 triệu người bị rối loạn sức khỏe tâm thần ở khu vực Tây Thái Bình Dương. Chỉ riêng rối loạn trầm cảm là nguyên nhân gây ra 5,73% gánh nặng bệnh tật ở khu vực này. Năm 2020, trầm cảm là căn bệnh thứ hai gây hại đến sức khỏe của con người chỉ sau tim mạch gây tử vong thứ 4 trên toàn thế giới và được dự báo là nguyên nhân thứ 2 gây tử vong vào năm 2030 [2].

Sinh viên ngành Y nói chung và sinh viên điều dưỡng nói riêng phải học tập với khối lượng kiến thức lớn, môi trường học tập thay đổi nhiều nơi dẫn đến tỉ lệ sinh viên

¹Trường Đại học Công nghệ Đông Á

²Trường Đại học Phenika

³Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương

Email: ntthuhuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2024

Ngày duyệt bài: 8/5/2024

căng thẳng, lo âu, trầm cảm và ý định tự tử cao. Theo ghi nhận của chúng tôi, đã có nhiều nghiên cứu về tỉ lệ stress trên sinh viên Y khoa, nhưng chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về vấn đề này trên đối tượng sinh viên điều dưỡng khi đi học lâm sàng. Với mong muốn tìm câu trả lời cho câu hỏi “Thực trạng lo âu – trầm cảm – căng thẳng ở sinh viên điều dưỡng chính quy khi đi thực tập tại các bệnh viện thực hành như thế nào?”, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: **“Mô tả thực trạng sức khoẻ tâm thần và một số yếu tố liên quan ở sinh viên điều dưỡng chính quy khi đi thực tập tại các bệnh viện thực hành”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Sinh viên điều dưỡng chính quy năm 3 trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Đại học Phenika đã đi thực tập tại các bệnh viện thực hành đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Không phải sinh viên thuộc đối tượng trên.

Sinh viên từ chối tham gia phỏng vấn

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 1 năm 2024

Địa điểm nghiên cứu: Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Trường Đại học Phenika

2.3. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu tối thiểu đối với nghiên cứu chưa biết quy mô tổng thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu; z: 1,96 với mức mức ý nghĩa thống kê 5%; p: 0,5 (dựa vào nghiên cứu trước đây); d: 0,1 (mức sai số chấp nhận theo giá trị p: 0,5).

Ta có $n = 1.96^2 \times 0.5(1-0.5)/0.1^2 = 96,15$.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu gồm 169 sinh viên tham gia nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn

Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ sinh viên điều dưỡng chính quy năm 3 đã đi thực tập tại các bệnh viện thực hành tham gia nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học: giới tính; nơi ở

Thông tin về quá trình học: số giờ học trong tuần; số buổi trực trong tuần

Tình trạng sức khoẻ tâm thần: mức độ lo âu; trầm cảm; căng thẳng

Mối liên quan: tình trạng căng thẳng, lo âu, trầm cảm với đặc điểm nhân khẩu học và quá trình học

2.6. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin.

Thông tin được thu thập bằng phương pháp phát vấn. Sinh viên đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ trả lời bộ câu hỏi được thiết kế trả lời qua google form. Trước khi điều tra chính thức, tiến hành điều tra thử trên 15 sinh viên để kiểm tra tính logic, phù hợp của bộ câu hỏi.

Công cụ thu thập thông tin: bộ câu hỏi được xây dựng gồm 2 phần:

○ Phần 1: Thông tin nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

○ Phần 2: Thang đo DASS-21 khảo sát các dấu hiệu về sức khoẻ tâm thần gồm 21 câu trong đó có 7 câu đánh giá Stress, 7 câu đánh giá lo âu, 7 câu đánh giá trầm cảm (7 câu) [3]. Kết quả đánh giá của thang DASS 21 như sau:

Bảng: Mức độ lo âu, trầm cảm và stress theo thang điểm DASS

Mức độ	Lo âu	Trầm cảm	Stress
Bình thường	0 – 7	0 – 9	0 - 14
Nhẹ	8 – 9	10 – 13	15 - 18
Vừa	10 – 14	14 – 20	19 - 25
Nặng	15 – 19	21 – 27	26 - 33
Rất nặng	≥ 20	≥ 28	≥ 34

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Sử dụng thuật toán thống kê mô tả: Các biến định lượng được trình bày giữa dạng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn; các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học

của trường Đại học Phenika và trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt và được sự đồng ý của lãnh đạo Nhà trường. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích khoa học, không làm phương hại đến sức khỏe và an toàn của đối tượng nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật theo quy trình thiết kế chặt chẽ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1: Thông tin về nhân khẩu học của đối tượng NC (n = 169)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	8	4,7
	Nữ	161	95,3
Nơi ở	Ở trọ một mình	48	28,4
	Ở trọ với bạn	49	28,9
	Sống cùng gia đình	28	16,5
	Ở KTX hoặc KSSV	44	26,2
Số buổi trực trong tuần	0 buổi	63	37,3
	1 buổi	68	40,2
	≥ 2 buổi	38	22,5

Tỷ lệ sinh viên nam/nữ có sự chênh lệch lớn, trong đó chỉ có 4,7% sinh viên nam so với 95,3% sinh viên nữ. Trong đó, số lượng sinh viên sống tại nhà là ít nhất (17%) và sinh viên ở trọ cùng bạn chiếm tỷ lệ nhiều nhất (29%). 02 buổi một tuần chiếm 40%. Số lượng sinh viên trực nhiều hơn 2 buổi chiếm tỷ lệ rất thấp (1%).

Bảng 2: Thông tin về số giờ học lâm sàng trong một tuần của đối tượng nghiên cứu (n=169)

Số giờ học	Số lượng	Tỷ lệ %
Mean (SD): 25,2 ± 9,8		
<10 giờ	14	8,3
10- 20 giờ	51	30,2
21 - 35 giờ	53	31,4
> 35 giờ	51	30,2

Số giờ tự học trung bình trong một tuần của sinh viên điều dưỡng năm 3 là 25,2 giờ. Tỷ lệ sinh viên có số giờ học nhỏ hơn 10 giờ trong 1 tuần là 8,3% chiếm tỷ lệ thấp nhất, còn lại phân bố khá đồng đều ở các nhóm, lần lượt là: 30,2%, 31,4%, 30,2%.

Bảng 3: Tình trạng sức khỏe tâm thần của đối tượng nghiên cứu (n=169)

Tình trạng	Mean (SD)	Min	Max
Lo âu	8,1 ± 7,1	0	14
Trầm cảm	10,6 ± 7,3	0	14
Căng thẳng	7,4 ± 7,1	0	14

Điểm trung bình tình trạng sức khỏe tâm thần của đối tượng nghiên cứu. Trong đó, lo âu đạt điểm trình 8,1 ± 7,1; trầm cảm là 10,6 ± 7,3 và căng thẳng là 7,4 ± 7,1

Bảng 4: Mức độ lo âu, trầm cảm, căng thẳng của đối tượng nghiên cứu (n=169)

	Số lượng	Tỉ lệ %
Lo âu		
Bình thường	81	50,9
Nhẹ	21	12,4
Vừa	33	19,5
Nặng	13	7,7
Rất nặng	16	9,5
Trầm cảm		
Bình thường	122	72,2
Nhẹ	29	17,2
Vừa	11	6,5
Nặng	6	3,6
Rất nặng	1	0,6
Căng thẳng		
Bình thường	112	66,3
Nhẹ	29	17,2
Vừa	18	10,7
Nặng	5	3,0
Rất nặng	5	3,0

Số lượng sinh viên điều dưỡng năm 3 có mức độ trầm cảm bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất với 72,2%. Trong đó, số lượng sinh viên có mức độ lo âu nặng và rất nặng lần lượt là 3,6% và 0,6%. Mức độ căng thẳng

bình thường của sinh viên điều dưỡng năm 3 chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,3%. Trong đó, số lượng sinh viên có mức độ căng thẳng nặng và rất nặng đều chiếm số lượng 3%.

Bảng 5. Mối Liên quan giữa sức khỏe tâm thần và đặc điểm của đối tượng NC (n=169)

Tình trạng Đặc điểm	Lo âu Số lượng (Tỉ lệ %)			Trầm cảm Số lượng (Tỉ lệ %)			Căng thẳng Số lượng (Tỉ lệ %)		
	Có	Không	p	Có	Không	p	Có	Không	p
Giới									
Nam	5 (62,5)	3 (37,5)	0,52	5 (62,5)	3 (37,5)	0,39	6 (75)	2 (25)	0,46
Nữ	81 (50,3)	80 (49,7)		117 (72,7)	44 (27,3)		106 (65,8)	55 (34,2)	
Nơi ở									
Ở trọ một mình	25 (54,3)	22 (45,7)	0,42	29 (63)	17 (37)	0,39	32 (69,6)	14 (30,4)	0,14
Ở trọ với bạn	20 (40)	30 (60)		38 (76)	12 (24)		37 (74)	13 (26)	
Sống cùng người thân	16 (57,1)	12 (42,9)		19 (67,9)	9 (32,1)		14 (50)	14 (50)	
Ở KTX hoặc KSSV	22 (50)	22 (50)		36 (79,5)	9 (20,5)		30 (65,9)	15 (34,1)	
Số buổi trực trong tuần									
0 buổi	22 (34,9)	41 (65,1)	0,005**	53 (84,1)	10 (15,9)	0,004**	46 (73)	17 (27)	0,007**
1 buổi	47 (69,1)	21 (30,9)		39 (57,4)	29 (42,6)		35 (51,5)	33 (48,5)	
2 buổi	14 (40)	21 (60)		27 (77,1)	8 (22,9)		29 (82,9)	6 (17,1)	
> 2 buổi	0	3 (100)		3 (100)	0		2 (66,8)	1 (33,2)	
Giờ học trong tuần									
< 10 giờ	6 (46,2)	7 (53,8)	0,47	11 (84,6)	2 (15,4)	0,68	8 (61,5)	5 (38,5)	0,29
10 – 19,9 giờ	26 (51)	25 (49)		38 (74,5)	13 (25,5)		31 (60,8)	20 (39,2)	
20 – 34,9 giờ	22 (41,5)	31 (58,5)		38 (71,7)	15 (28,3)		41 (77,4)	12 (22,6)	
>= 35 giờ	29 (56,9)	23 (43,1)		35 (66,7)	17 (33,3)		32 (60,8)	20 (39,2)	

Ghi chú: ** ($p < 0,01$); chi-square test

Kết quả thể hiện mối liên quan giữa sức khỏe tâm thần và đặc điểm đối tượng nghiên cứu, các yếu tố về giới, nơi ở, giờ học trong tuần không có mối liên quan với sức khỏe tâm thần của đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên, số buổi trực trong tuần có mối liên quan với toàn bộ ba mục của sức khỏe tâm thần, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu trước tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định năm 2015, 86,3% đối tượng nghiên cứu là nữ giới [4]. Đa phần đối tượng nghiên cứu đều là những sinh viên sống xa nhà, có đến 75% sinh viên ở trọ hoặc sống ở kí túc xá. Trong đó, nơi ở của sinh viên phân bố đồng đều giữa các nhóm với số lượng sinh viên trọ một mình, ở trọ với bạn và ở kí túc xá sinh viên tập trung Hải Phòng hoặc khách sạn sinh viên lần lượt là: 26%, 28% và 29%. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Trần Quỳnh Anh với đa số sinh viên thuê trọ chiếm 69,9%; 15,1% sinh viên sống ở kí túc xá; 13,9% sinh viên sống ở nhà bố mẹ/họ hàng [5]. Theo kết quả nghiên cứu, 60% sinh viên trực từ 1-2 buổi 1 tuần, số lượng này phù hợp với khả năng của sinh viên điều dưỡng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tổng thời gian học lâm sàng của sinh viên chủ yếu nhiều hơn 10 giờ/tuần, trong đó 10-19,9 giờ/tuần là 30,2%, 20-34,9 giờ/tuần là 31,4% và nhiều hơn 35 giờ là 30,2%. Như vậy, trung bình sinh viên có 2-5 giờ học lâm sàng mỗi ngày tùy theo từng học phần.

4.2. Tình trạng căng thẳng, lo âu, trầm cảm của đối tượng nghiên cứu

Đối với tình trạng căng thẳng, lo âu, trầm cảm của đối tượng nghiên cứu thì điểm số trung bình chung của lo âu là: $8,1 \pm 7,1$; trầm cảm là: $10,6 \pm 7,3$; căng thẳng là: $7,4 \pm 7,1$. So sánh với các kết quả nghiên cứu trước đây, nghiên cứu của chúng tôi cũng có những điểm đáng lưu ý. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu về tình trạng căng thẳng, lo âu, trầm cảm trên đối tượng

sinh viên y ở Ấn Độ của tác giả Rana cùng cộng sự [6]. Theo tác giả này, điểm số trung bình của lo âu là: $10,94 \pm 5$; trầm cảm là: $10,44 \pm 5,1$; căng thẳng là: $12,29 \pm 5,3$. Kết quả nghiên cứu thống kê được có 33,9% sinh viên điều dưỡng năm 3 gặp phải tình trạng căng thẳng. Tỷ lệ này cũng thấp hơn các kết quả nghiên cứu về căng thẳng ở sinh viên y khoa ở 62,4% sinh viên Đại học Quốc gia Hà Nội là 68%, sinh viên Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh là 71,4% [7].

4.3. Mối liên quan giữa sức khỏe tinh thần và đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố về giới, nơi ở, giờ học trong tuần không có mối liên quan với sức khỏe tâm thần của đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên, số buổi trực trong tuần có mối liên quan với tình trạng căng thẳng, lo âu, trầm cảm của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của tác giả Phan Cẩm Phương (2019) cũng cho thấy không có mối liên quan giữa tình trạng căng thẳng của sinh viên với giới, nơi ở nhưng có mối liên quan giữa tình trạng căng thẳng với tình trạng tài chính và áp lực học tập [8] kết quả này khác với nghiên cứu của chúng tôi khi áp lực học tập (số giờ học) không liên quan đến tình trạng căng thẳng, lo âu, trầm cảm của sinh viên mà số buổi trực trong tuần mới liên quan đến tình trạng này. Một nghiên cứu khác năm 2022 cũng trên đối tượng sinh viên điều dưỡng của trường Đại học Y Dược Hồ Chí Minh, có mối tương quan thuận giữa tình trạng căng thẳng của đối tượng nghiên cứu với với hoạt động thể thao, áp lực học tập và hỗ trợ của gia đình nhưng có mối tương quan nghịch giữa mức độ căng thẳng với kết quả học tập cuối kỳ của sinh viên, tuy nhiên kết quả của nghiên cứu của chúng tôi chỉ cho thấy có mối liên quan giữa sức khỏe

tâm thần của sinh viên với số buổi trực trong tuần [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số buổi trực trong tuần liên quan đến tình trạng căng thẳng của sinh viên khi đi học tập lâm sàng tại viện, đây cũng được coi là một trong những áp lực học tập của sinh viên khi thay đổi môi trường mới từ năm thứ 2 sang năm thứ 3 khi mà năm thứ 2 sinh viên chỉ phải học tại trường cũng như phải xử lý các tình huống xảy ra trong đêm trực.

V. KẾT LUẬN

Sinh viên điều dưỡng năm 3 khi học tập lâm sàng tại viện có 49,1% sinh viên gặp tình trạng lo âu, 33,9% căng thẳng và 27,9% gặp tình trạng trầm cảm. Trong đó, lo âu rất nặng chiếm 9,54%, căng thẳng rất nặng là 3,0% và trầm cảm rất nặng là 0,6%. Có mối liên quan giữa số buổi trực trong tuần với tình trạng căng thẳng của sinh viên.

VI. KIẾN NGHỊ

Từ kết quả của nghiên cứu, khoa Điều dưỡng cũng như nhà trường có những chính sách hỗ trợ người học khi học tập lâm sàng tại bệnh viện như tăng cường đội ngũ cố vấn học tập và giảng viên giảng dạy các học phần lâm sàng hỗ trợ về tâm lý cho sinh viên, xác định và giúp đỡ các sinh viên có mức độ stress nặng, những sinh viên này cần được giúp đỡ chuyên biệt theo chương trình và kế hoạch cụ thể. Linh hoạt lịch học lâm sàng và sắp xếp lịch trực hợp lý tại các khoa sinh viên đi thực tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization, Constitution of the World Health Organization.** World Health Organization website, April 7, 1948. <http://www.who.int/about/governance>
2. **WHO.** Ngày Sức khỏe Tâm thần Thế giới – Một căn bệnh tiềm ẩn. Truy cập 20/5/2023. <https://www.who.int/vietnam/vi/news/detail/09-10-2008-world-mental-health-day-a-hidden-illness>
3. **Witt K, Boland A, Lamblin M, McGorry PD, Veness B, Cipriani A, Hawton K, Harvey S, Christensen H, Robinson J.** Effectiveness of universal programmes for the prevention of suicidal ideation, behaviour and mental ill health in medical students: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Ment Health.* 2019 May;22(2):84-90. doi: 10.1136/ebmental-2019-300082. Epub 2019 Mar 27. PMID: 30918000.
4. **Nguyễn Văn Tuyên.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến căng thẳng của điều dưỡng viên lâm sàng của bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định năm 2015. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học y tế công cộng, Hà Nội. 2015.
5. **Tran Q.A,** "Factors associated with mental health of medical students in Vietnam: A national study," 2015.
6. **Rana S., Taywade O., Sharma V., et al.** (2021), "Study of depression, anxiety and stress among first year Medical students in Government Medical College, Himachal Pradesh during COVID-19 pandemic", *Asian Journal of Medical Sciences*, 12(6), pp.90-94.
7. **Trần Kim Trang.** Stress, lo âu, trầm cảm ở sinh viên y khoa. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh.* 2012;16 (1):356 - 362.
8. **Phan Cẩm Phương** (2019). "Thực trạng stress, lo âu, trầm cảm và một số yếu tố liên quan của sinh viên trường Đại học Ngoại ngữ Hà nội". Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y Hà nội, 2019.
9. **Trần Mỹ Bình, Trần Thị Hồng Thắm, Nguyễn Thị Phương Lan, Phạm Thị Ánh Hương** (2022), "Mối liên quan giữa stress và kết quả học tập của sinh viên điều dưỡng", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 519 (232-243)

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH COPD ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP, HẢI PHÒNG, NĂM 2023

Lương Thị Thu Giang¹, Hoàng Thị Oanh¹,
Đỗ Thị Ninh¹, Vũ Thị Hải²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 102 người bệnh COPD đang được điều trị ngoại trú tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp năm 2023 nhằm mục tiêu mô tả chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở người bệnh COPD. Kết quả cho thấy: Chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu ở mức trung bình ($51,56 \pm 8,99$). Trong đó ở lĩnh vực môi trường có điểm trung bình mức cao nhất ($53,52 \pm 14,9$), tiếp theo là tâm lý ($53,44 \pm 11,2$), lĩnh vực xã hội ($51,30 \pm 11,20$) và thấp nhất là thể chất ($44,46 \pm 14,16$). Các yếu tố tuổi, thu nhập và mức độ khó thở có mối tương quan đến chất lượng cuộc sống. Vì vậy, để nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh COPD cần kiểm soát được tốt triệu chứng khó thở, đồng thời cần đặc biệt quan tâm nhóm người bệnh người cao tuổi và có thu nhập thấp.

Từ khóa: COPD/ chất lượng cuộc sống

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF COPD OUTPATIENTS AND SOME RELATED FACTORS IN VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL, HAI PHONG, 2023

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Thu Giang

Email: lttgiang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 4/3/2024

Ngày duyệt bài: 8/4/2024

A cross-sectional descriptive study was conducted on 102 outpatients with COPD at Viet Tiep Friendship Hospital in 2023. The objectives of study were to describe the quality of life and some related factors in outpatients with COPD. The results showed: The quality of life of participants was at moderate level (51.56 ± 8.99). In which, the environmental field had the highest average score (53.52 ± 14.9), followed by psychology (53.44 ± 11.2), social field ($51.30 \pm 11, 20$) and the lowest was physical (44.46 ± 14.16). There were relationships between age, income and dyspnea to quality of life of participants. Therefore, to improve the quality of life of patients with COPD, it is necessary to control the symptoms of dyspnea, and should pay attention to the elderly and low-income patient groups.

Keywords: COPD/quality of life

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) đang là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn. Ở Việt Nam, COPD là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba và thứ sáu về gánh nặng bệnh tật ở người cao tuổi. Tỷ lệ COPD ở Việt Nam là cao nhất so với các nước trong khu vực chiếm tới 6,7% dân số nói chung, và là nguyên nhân chính để tái nhập viện và liên quan đến tỷ lệ tử vong cao ở độ tuổi trên 60 [1]. COPD là một căn bệnh không thể chữa khỏi, làm giảm dần khả năng hô hấp và làm

suy giảm khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của người bệnh, do đó ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống [1] [2].

Chất lượng cuộc sống (CLCS) là một khía cạnh quan trọng để đo lường tác động của các bệnh mãn tính. Đánh giá CLCS của người bệnh tạo điều kiện thuận lợi cho việc đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp y tế cũng như phát hiện các nhóm có nguy cơ gặp các vấn đề về tâm lý hoặc hành vi [2]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra CLCS của người bệnh COPD ở mức trung bình-thấp. Vì vậy, cần thiết tìm hiểu về thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh COPD và các yếu tố liên quan để nâng cao CLCS cho người bệnh là một trong những vai trò của người điều dưỡng khi chăm sóc người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh COPD đang được điều trị ngoại trú tại phòng khám hô hấp bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 4 – 10/2023

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán COPD, đang được điều trị ngoại trú tại bệnh viện Việt Tiệp
- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Có khả năng giao tiếp, đọc và hiểu tiếng Việt.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại phòng khám ngoại trú hô hấp, bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng từ tháng 04/2023 đến tháng 10/2023

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn toàn bộ người 104 người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện không xác suất

2.6. Biến số và công cụ đánh giá

+ Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới tính, nơi ở, thời gian mắc bệnh, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, người chăm sóc, thu nhập, mức độ khó thở

+ Chất lượng cuộc sống: được đánh giá bằng bộ công cụ WHOQOL-BREF (phiên bản tiếng Việt được phát triển bởi Nguyễn Thanh Hương năm 2009 [3]). Bộ công cụ này bao gồm 26 câu hỏi được đánh giá dựa trên 5 mức độ từ 1 (hoàn toàn không hài lòng) – 5 (hoàn toàn hài lòng). Tổng điểm của mỗi lĩnh vực sẽ quy đổi theo thang điểm từ 0-100. WHOQOL-BREF gồm 2 câu hỏi tự đánh giá (câu 1, câu 2), các câu còn lại kiểm tra bốn lĩnh vực của chất lượng cuộc sống cụ thể là thể chất, tinh thần, mối quan hệ xã hội và môi trường. Điểm tổng chất lượng cuộc sống là điểm trung bình cộng của 4 lĩnh vực trên. Điểm số càng cao chất lượng cuộc sống càng tốt. Phân mức độ chất lượng cuộc sống thấp, trung bình và cao dựa trên điểm cắt phần trăm thứ 33 và 66 của khoảng giao động điểm chất lượng cuộc sống.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) được phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi có cấu trúc

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng tần số, tỷ lệ phần trăm, bảng tóm tắt biến số, biểu đồ.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, người bệnh và gia

định. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trường Đại học Y Dược Hải Phòng số theo quyết định số 12 /QĐ-YDHP ngày 11 tháng 4 năm 2023

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 102)

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi	Mean = 67,73 ± 7,50; Min = 45; Max = 81		
	< 60 tuổi	20	19,6
	Từ 60 - 79 tuổi	79	77,5
	≥ 80 tuổi	3	2,9
Địa chỉ	Nội thành	69	67,6
	Nông thôn	33	32,4
Giới tính	Nam	87	85,3
	Nữ	15	14,7
Trình độ học vấn	Dưới THPT	51	50
	Cấp 3	33	32,4
	Đại học/cao đẳng/trung cấp	12	11,8
	Sau đại học	6	5,9
Thời mắc bệnh	Mean = 9,75 ± 9,1; Min = 1; Max = 40		
	Từ 1- 5 năm	40	39,2
	> 5 năm	62	60,8
Người chăm sóc	Vợ/chồng/con cái	67	65,7
	Họ hàng	8	7,8
	Nhân viên y tế	3	2,9
	Tự bản thân	24	23,5
Thu nhập	Mean = 2547058,82 ± 2652654,41		
	Min = 0; Max = 14000000		
	< 1500000	43	42,2
	1500000 – < 3000000	3	2,9
	3000000 – 5000000	44	43,1
	> 5000000	12	11,8

Nhận xét: Trong nghiên cứu này đối tượng là 102 người bệnh COPD đang được quản lý ngoại trú tại phòng khám hô hấp, bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp với độ tuổi trung bình là 67,73 ± 7,50; trong đó hầu hết người bệnh thuộc nhóm từ 60-79 (77,5%). Phần lớn đối tượng nghiên cứu sống ở nội

thành (67,9%) và là nam giới (85,3%), có trình độ học vấn từ dưới THPT. Có tới 60,8% đối tượng nghiên cứu có thời gian mắc bệnh từ 5 năm trở lên và hầu hết được chăm sóc bởi vợ/chồng/con cái (65,7%). Thu nhập trung bình của đối tượng nghiên cứu là 2.547.058 VND.

Bảng 2. Mức độ khó thở của đối tượng nghiên cứu (n=102)

Mức độ khó thở	Số lượng	Tỉ lệ %
Mức độ 0	15	14,7
Mức độ 1	21	20,6
Mức độ 2	23	22,5
Mức độ 3	29	28,4
Mức độ 4	14	13,7

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số ĐTNC khó thở ở mức độ 3 (Phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100m hay vài phút trên đường bằng) chiếm 28,4%. Chỉ có 13,7% ĐTNC khó thở ở mức độ 4 (Bảng 2)

Bảng 3. Tự đánh giá về chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

Tự đánh giá chất lượng cuộc sống	Số lượng	Tỉ lệ %
Rất kém	0	0
Kém	13	12,8
Trung bình	62	60,8
Tốt	24	23,5
Rất tốt	3	2,9

Nhận xét: Bảng 3 chỉ ra có 60,8% đối tượng nghiên cứu tự đánh giá về chất lượng cuộc sống của mình ở mức trung bình, 12,8% đối tượng tự đánh giá chất ở mức kém, 2,9 % tự đánh giá ở mức rất rất tốt.

Bảng 4. Mức độ hài lòng với chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

Mức độ hài lòng về chất lượng cuộc sống	Số lượng	Tỉ lệ %
Không hài lòng	39	38,2
Trung bình	58	56,9
Hài lòng	5	4,9

Nhận xét: Kết quả cho thấy ĐTNC hài lòng mức độ trung bình về CLCS chiếm tỉ lệ lớn (56,9%), Có 38,2% tự đánh giá ở mức độ không hài lòng, chỉ có 4,9% tự đánh giá là hài lòng với chất lượng cuộc sống.

Bảng 5. Phân loại mức độ chất lượng cuộc sống

Mức độ	Số lượng	Tỉ lệ %
Thấp	3	2,9
Trung bình	91	89,2
Cao	8	7,8

Nhận xét: Hầu hết ĐTNC có điểm chất lượng cuộc sống ở mức trung bình (89,2%), chỉ có 2,9% có CLCS ở mức thấp.

Bảng 6. Điểm chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

Điểm chất lượng cuộc sống	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Thể chất	44,46	14,16
Tâm lý	53,44	11,20
Xã hội	51,30	11,30
Môi trường	53,52	12,01
Tổng điểm	51,56	8,99

Nhận xét: Bảng 6 cho thấy tổng điểm chất lượng cuộc sống là $51,56 \pm 8,99$ điểm. Trong đó ở lĩnh vực môi trường có điểm trung bình CLCS ở mức cao nhất ($53,52 \pm 14,9$), tiếp theo là tâm lý ($53,44 \pm 11,2$), lĩnh

vực xã hội ($51,30 \pm 11,20$) và thấp nhất là thể chất $44,46 \pm 14,16$). Những kết quả này cho thấy chất lượng cuộc sống ở lĩnh vực thể chất và xã hội bị giảm nhiều hơn

Bảng 7. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống

Biến số	Chất lượng cuộc sống	
	r	p
Tuổi	- 0,24	0,01
Thu nhập	0,23	0,02
Mức độ khó thở	- 0,41	0,001

Nhận xét: Từ kết quả bảng 7 cho thấy giữa tuổi, thu nhập và mức độ khó thở đều có mối tương quan với chất lượng cuộc sống. Trong đó chất lượng cuộc sống và tuổi có mối tương quan nghịch với hệ số tương quan $r = -0,24$; $p = 0,01$; chất lượng cuộc sống và thu nhập cá nhân có mối tương quan thuận với hệ số tương quan $r = 0,23$ và $p = 0,02$. Giữa chất lượng cuộc sống và mức độ khó thở có mối tương quan nghịch ($r = -0,41$; $p = 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 102 người bệnh COPD, hầu hết người bệnh tự đánh giá về chất lượng cuộc sống của mình ở mức trung bình (60,8%) và đa số hài lòng ở mức trung bình với chất lượng cuộc sống (56,9%). Điểm trung bình về chất lượng cuộc sống dựa trên thang đo WHOQoL-BREF mà nghiên cứu thu được là $51,56 \pm 8,99$. Nhìn chung kết quả này cao hơn nghiên cứu của La Văn Luân và cộng sự năm 2018. Xét trên 4 lĩnh vực cụ thể, điểm thấp nhất ở lĩnh vực thể chất $44,46 \pm 14,16$, cao nhất là điểm ở lĩnh vực môi trường với $53,52 \pm 14,9$. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của La Văn Luân và cộng sự năm 2018 và nghiên cứu của Hsu năm 2013 khi cho thấy các hoạt

động thể chất của người bệnh COPD bị ảnh hưởng nhiều nhất cụ thể là $42,1 \pm 8,5$ và $33,2 \pm 17,7$ [2] [3]. Kết quả trên có thể được giải thích như sau. Ở bệnh COPD, khó thở mạn tính, ho và khạc đờm sẽ gây ra những khó khăn cho người bệnh khi thực hiện các hoạt động tự sinh hoạt hàng ngày như di chuyển. Trong nghiên cứu này, đa số đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi và khó thở ở mức độ 2, 3, 4 vì vậy khả năng hoạt động thể chất thường bị ảnh hưởng ở mức độ nhiều ở ĐTNC. Xét về phân loại mức độ CLCS, đa số ĐTNC có CLCS ở mức độ trung bình (89,3%), có 2,9% ở mức độ kém và 7,8% ở mức độ cao. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước như nghiên cứu của Tạ Hữu Duy năm 2011; Ahmed năm 2016, La Văn Luân và cộng sự năm 2018 [2] [3] [4].

Tuổi có mối tương quan nghịch đến chất lượng cuộc sống của người bệnh COPD với hệ số tương quan $r = -0,24$, $p = 0,01$, như vậy tuổi càng cao thì chất lượng cuộc sống của ĐTNC càng giảm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu La Văn Luân và cộng sự năm 2018 và nghiên cứu của Ahmed năm 2016; Miravittles và cộng sự năm 2007. Điều này có thể được lý giải là càng lớn tuổi sự lão hóa của các cơ quan trong cơ thể càng tăng, khả năng đáp ứng với điều trị kém hơn. Mặt

khác, tuổi cao cũng là một trong những yếu tố tác động đến nhiều khía cạnh của chất lượng cuộc sống như thể chất, tinh thần, các mối quan hệ xã hội [2] [3] [5].

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra giữa chất lượng cuộc sống và thu nhập cá nhân của ĐTNC có mối tương quan thuận với hệ số tương quan $r = 0,23$ và $p = 0,02$. Ở người bệnh có thu nhập càng cao thì chất lượng cuộc sống càng tốt. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của La Văn Luân và cộng sự 2018 [3].

Khó thở mạn tính không hồi phục là một trong những triệu chứng điển hình ở người bệnh COPD với các mức độ khác nhau. Kết quả ghi nhận đa số ĐTNC có khó thở ở trên mức độ 2 và cũng chỉ ra có mối tương quan nghịch giữa chất lượng cuộc sống với mức độ khó thở của ĐTNC ($r = -0,41$; $p = 0,001$). Như vậy, người bệnh COPD có khó thở càng nặng thì chất lượng cuộc sống càng kém. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu của La Văn Luân và cộng sự năm 2018; Ngô Quý Châu và cộng sự năm 2012. Đặc điểm này cũng phù hợp với quan sát trong thực hành lâm sàng [3] [6].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy:

Thực trạng chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu ở mức trung bình. Trong đó ở lĩnh vực môi trường có điểm trung bình mức cao nhất, tiếp theo là tâm lý, lĩnh vực xã hội và thấp nhất là thể chất.

Có mối tương quan giữa tuổi, thu nhập và mức độ khó thở với chất lượng cuộc sống của người bệnh CODP. Trong đó giữa tuổi và mức độ khó thở có mối tương quan nghịch để chất lượng cuộc sống; thu nhập cá nhân có mối tương quan thuận đến chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu. Vì vậy, để nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh COPD, điều dưỡng cần đưa

ra kế hoạch chăm sóc nhằm giúp người bệnh kiểm soát tốt triệu chứng khó thở, và cần chú ý đến nhóm người bệnh là người cao tuổi và có thu nhập thấp

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.12

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lan, L. T. T.**, Tình hình bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) tại Việt Nam: The actuality of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Vietnam. Journal of French-Vietnamese Association of Pulmonology, 2011. 2(4), p. 1-3.
2. **Ahmed M.S, Neyaz A, Aslami A.N.**, Health-related quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients: Results from a community based cross-sectional study in Aligarh, Uttar Pradesh, India. Lung India, 2016. 33, p. 148-53.
3. **La Văn Luân, Nguyễn Hoàng Long, Lê Thị Hương Lan**, Chất lượng cuộc sống ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Thái Nguyên, Khoa học Điều dưỡng, 2018. 1(4), p. 45-50.
4. **Tạ Hữu Duy** (2011). Nghiên cứu áp dụng Bộ câu hỏi CAT đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại khoa hô hấp bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội
5. **Miravitlles M, Molina J, Naberan K, Cots JM, Ros F, Llor C, et al.**, Factors determining the quality of life of patients with COPD in primary care. Ther Adv Respir Dis, 2007. 1, p. 85-92
6. **Ngô Quý Châu, Tạ Hữu Duy**, Nghiên cứu áp dụng bộ câu hỏi CAT đánh giá chất lượng cuộc sống sức khỏe bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại trung tâm hô hấp- bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học Lâm Sàng, 2012. 64, p. 49-55.

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG TỰ HỌC CỦA SINH VIÊN Y KHOA NĂM THỨ 5 TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG NĂM 2023

Đào Thu Hồng¹, Đào Thu Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến hoạt động tự học của sinh viên y khoa năm thứ 5 (Y5) Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** điều tra mô tả cắt ngang bằng bộ câu hỏi trên 465 sinh viên Y5. **Kết quả và kết luận:** Sinh viên tự học cả hai lĩnh vực lý thuyết và lâm sàng chiếm 89,2%. 40,4% sinh viên có thời gian tự học mỗi ngày 1-2 giờ lý thuyết, 41,9% sinh viên có thời gian tự học mỗi ngày 1-2 giờ lâm sàng. Phương pháp tự học được sinh viên áp dụng nhiều nhất về lý thuyết là Học sâu hiểu kỹ chiếm 28,5%, về thực hành là Bàn luận các ca lâm sàng chiếm 50,3%. Sinh viên không đi làm thêm chiếm tỷ lệ 57%. Có mối liên quan giữa học lực và thời gian tự học của sinh viên. Nhóm có thời gian tự học lý thuyết 2-4 giờ/ngày đạt học lực khá, giỏi thấp hơn nhóm có thời gian học lý thuyết khác 2-4 giờ/ngày (OR = 0,4102, p = 0,0117). Nhóm có thời gian tự học lâm sàng 1-2 giờ/ngày đạt học lực khá, giỏi cao hơn nhóm có thời gian học khác 1-2 giờ/ngày (OR = 2,7045, p = 0,0159. Nhóm có thời gian tự học lâm sàng 2-4 giờ/ngày đạt học lực khá, giỏi thấp hơn nhóm có thời gian học khác 2-4 giờ/ngày (OR = 0,431, p = 0,034). Có mối liên quan giữa học lực và phương pháp tự học lý thuyết của sinh viên. Nhóm có phương

pháp tự học lý thuyết là Học lướt đạt học lực khá, giỏi thấp hơn nhóm có các phương pháp học khác (OR = 0,4261, p = 0,0023).

Từ khóa: tự học, sinh viên y khoa

SUMMARY

SITUATION OF SELF-STUDY OF THE 5TH YEAR MEDICAL STUDENTS AT HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY IN 2023

Objectives: Describe the situation and some factors related to self-study of the 5th year medical students at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy. **Subjects and methods:** cross-sectional descriptive survey using a questionnaire on 465 5th year medical students. **Results and conclusions:** the number of students self-studying both theoretical and clinical fields accounted for 89.2%. 40.4% of students had 1 to 2 hours of theoretical self-study per day, 41.9% of students had 1 to 2 hours of clinical self-study per day. The self-study method most used by students in theory was Deep learning, accounted for 28.5%, and in practice was Discussion of clinical cases, accounted for 50.3%. Students who did not work part-time accounted for 57%. There was a relationship between study result and self-study time. The group that had 2 to 4 hours of theoretical self-study per day achieved good or excellent study result lower than the group that had outside of 2 to 4 hours self study per day (OR = 0.4102, p = 0.0117). The group that had 1 to 2 hours clinical self-study per day achieved good or excellent study result higher than the group that had

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Đào Thu Hồng
Email: dthong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/2/2024
Ngày phản biện khoa học: 16/4/2024
Ngày duyệt bài: 9/5/2024

outside of 1 to 2 hour of self-study per day (OR = 2.7045, $p = 0.0159$). The group that had 2 to 4 hours clinical self-study per day achieved good or excellent study result lower than the group that had outside of 2 to 4 hour of self-study per day (OR = 0.431, $p = 0.034$). There was a relationship between study result and theoretical self-study methods. The group that had the theoretical self-study method of Surf learning achieved good and excellent study result lower than the group had others method (OR = 0.4261, $p = 0.0023$)

Keywords: self-study, medical students

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong xã hội bùng nổ thông tin và khoa học kỹ thuật phát triển không ngừng, việc học là cần thiết và suốt đời, đặc biệt với sinh viên y khoa. Để có năng lực hành nghề sau khi tốt nghiệp, ngoài học trên lớp dưới sự hướng dẫn của thầy cô, sinh viên y khoa cần có thời gian tự học để nâng cao kiến thức và năng lực chuyên môn. Tự học sao cho có hiệu quả và phối hợp tốt với giờ học chính khóa để sinh viên đạt được kết quả học tập tốt nhất là vấn đề được các trường Đại học Y Dược và xã hội quan tâm [1],[2],[3]. Thực trạng tự học của sinh viên y khoa như thế nào và những yếu tố nào ảnh hưởng đến hoạt động tự học của sinh viên là vấn đề cần được nghiên cứu nhằm nâng cao hiệu quả tự học cũng như chất lượng dạy – học của nhà trường. Đề tài được thực hiện với mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng hoạt động tự học của sinh viên Y5 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng trong học kỳ 1 năm học 2022-2023.*

2. *Nhận xét một số yếu tố liên quan đến hoạt động tự học của đối tượng nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

465 sinh viên Y5 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, học kỳ 1 năm học 2022-2023.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 09/2022 đến tháng 05/2023.

Địa điểm nghiên cứu tại Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng bộ câu hỏi tự điền.

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu (Sample size) cho nghiên cứu 1 tỷ lệ, tham khảo nghiên cứu của Lý Văn Xuân, tỷ lệ sinh viên có thời gian tự học 2-4 giờ/ngày là 45,2%, sai số tuyệt đối là 5%, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 381. Nghiên cứu này chọn được 465 sinh viên tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: sinh viên Y5 của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng học kỳ 1 năm học 2022-2023 đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: sinh viên Y5 nhưng không thu thập đủ dữ liệu.

Các chỉ số nghiên cứu: giới, học lực, thời gian tự học, địa điểm tự học, lĩnh vực tự học, phương pháp tự học, kết quả học tập, thời gian làm thêm.

Các phương pháp tự học:

- Học sâu hiểu kỹ: đọc kỹ, chi tiết nội dung bài, đặt các câu hỏi và trả lời các câu hỏi để hiểu những gì đã học.

- Học lướt: đọc phần giới thiệu, các đề mục, các ý chính.

- Học qua việc làm test: luyện trả lời các câu hỏi trắc nghiệm.

- Học theo nhóm: nhiều sinh viên học cùng nhau.

- Học có sự hướng dẫn của thầy cô, anh chị khoá trên: sinh viên tự học có sự định hướng, hỗ trợ của thầy cô hoặc anh chị khóa trên.

- Bàn luận ca lâm sàng: học dựa trên thảo luận các ca bệnh

- Thực hành dưới sự quan sát: sinh viên quan sát và phản hồi cho nhau thực hiện các kỹ năng lâm sàng theo bảng kiểm

- Đóng vai mô phỏng ca lâm sàng: học bằng đóng vai trong các tình huống lâm sàng

- Tăng cường đi bệnh viện: đi học, đi trực thêm ở bệnh viện ngoài lịch học bình thường [3].

Số liệu được thể hiện qua tỷ lệ %, số trung bình, độ lệch chuẩn, kiểm định Chi-square, OR. Phần mềm phân tích số liệu SPSS 20.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên cơ sở tôn trọng quyền tự quyết của đối tượng tham gia nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu nhằm mục đích phục vụ cộng đồng. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng thông qua đề cương của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng hoạt động tự học của sinh viên Y5 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng học kỳ 1 năm học 2022 – 2023

Qua khảo sát 465 sinh viên Y5 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng học kỳ 1 năm 2022 - 2023 cho kết quả như sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

Đặc điểm	Tần số (n = 465)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nữ	282	61%
Nam	183	39%
Thời gian làm thêm		
Không đi làm thêm	265	57%
<8 giờ/tuần	127	27,3%
8-20 giờ/tuần	54	11,6%
>20 giờ/tuần	19	4,1%
Học lực		
≥ 3,2 (Giỏi)	18	3,9%
2,5 – 3,19 (Khá)	411	88,4%
< 2,5 (Trung bình)	36	7,7%

Nhận xét: Sinh viên nữ chiếm tỷ lệ 61%. Sinh viên xếp loại học lực khá chiếm 88,4%.

Bảng 3.2. Lĩnh vực tự học của đối tượng nghiên cứu theo giới

Giới	Lĩnh vực tự học n (%)			p
	Lý thuyết	Lâm sàng	Cả hai	
Nam (n = 183)	15 (8,2%)	4 (2,1%)	164 (89,7%)	p = 0,971
Nữ (n = 282)	24 (8,5%)	7 (2,5%)	251 (89%)	
Tổng (n = 465)	39 (8,4%)	11 (2,4%)	415 (89,2%)	

Nhận xét: 89,2% sinh viên tự học ở cả hai lĩnh vực lâm sàng và lý thuyết. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lĩnh vực tự học giữa nam và nữ.

Bảng 3.3. Thời lượng tự học lý thuyết trong một ngày của ĐTNC theo giới

Giới	Số giờ lý thuyết n (%)				P
	< 1	1 - 2	2 - 4	> 4	
Nam (n = 183)	49 (26,8%)	69 (37,7%)	45 (24,6%)	20 (10,9%)	p = 0,246
Nữ (n = 282)	53 (18,8%)	119 (42,2%)	77 (27,3%)	33 (11,7%)	
Tổng (n = 465)	102 (21,9%)	188 (40,4%)	122 (26,2%)	53 (11,4%)	

Nhận xét: 40,4% sinh viên có thời gian tự học lý thuyết mỗi ngày từ 1 đến 2 giờ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời lượng tự học lý thuyết giữa nam và nữ.

Bảng 3.4. Thời lượng tự học lâm sàng trong một ngày của ĐTNC theo giới

Giới	Số giờ lâm sàng n (%)				P
	< 1	1 - 2	2 - 4	> 4	
Nam (n = 183)	74 (40,4%)	73 (39,9%)	23 (12,6%)	13 (7,1%)	p = 0,222
Nữ (n = 282)	89 (31,6%)	122 (43,3%)	48 (17%)	23 (8,1%)	
Tổng (n = 465)	163 (35,1%)	195 (41,9%)	71 (15,3%)	36 (7,7%)	

Nhận xét: 41,9% sinh viên có thời gian tự học lâm sàng mỗi ngày từ 1 đến 2 giờ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời lượng tự học lâm sàng giữa nam và nữ.

Bảng 3.5. Phương pháp tự học của ĐTNC

Phương pháp	Tỷ lệ
Các phương pháp tự học lý thuyết (%)	
Học sâu hiểu kỹ	28,5%
Học qua việc làm test	27,0%
Học lướt	25,9%
Học theo nhóm	11,8%
Học có sự hướng dẫn của khoá trên	6,8%
Các phương pháp tự học lâm sàng (%)	
Thực hành dưới sự quan sát	20,3%
Bàn luận các ca lâm sàng	50,3%
Đóng vai mô phỏng ca lâm sàng	10,6%
Tăng cường việc đi bệnh viện	18,8%

Nhận xét: Phương pháp tự học lý thuyết được sinh viên áp dụng thường xuyên là “học sâu hiểu kỹ” (28,5%). Phương pháp tự học lâm sàng được sinh viên áp dụng thường xuyên là “bàn luận các ca lâm sàng” (50,3%).

Bảng 3.6. Địa điểm tự học của ĐTNC

Địa điểm tự học	Tỷ lệ
Tại nhà	57,5%
Tại trường	19,9%
Tại bệnh viện	20,8%
Các địa điểm khác	1,8%

Nhận xét: Nơi tự học thường xuyên của sinh viên là tại nhà với tỷ lệ 57,5%, trong khi có 19,9% học tại trường và 20,8% học tại bệnh viện.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tự học của sinh viên Y5 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa học lực và giới của ĐTNC

Giới	Học lực		OR (95% CI)	P
	Giỏi, khá	Trung bình		
Nam	164	19	0,5537 (0,2798-1,0959)	0,0897
Nữ	265	17		
Tổng	429	36		

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa học lực với giới của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa học lực và thời gian tự học lý thuyết mỗi ngày của ĐTNC

Thời gian tự học lý thuyết	Học lực		OR (95% CI)	P
	Giỏi, khá	Trung bình		
< 1 giờ	92	10	0,7098 (0,3303-1,5252)	0,878
1-2 giờ	178	10	1,8438 (0,8673-3,99188)	0,1118
2-4 giờ	106	16	0,4102 (0,2051-0,8204)	0,0117
> 4 giờ	53	0	10,3732 (0,6274-171,5126)	0,1022
Tổng	429	36		

Nhận xét: Tỷ số chênh giữa nhóm có thời gian tự học lý thuyết 2-4 giờ/ngày đạt học lực khá, giỏi thấp hơn nhóm có thời gian học lý thuyết khác 2-4 giờ/ngày (OR = 0,4102, p = 0,0117).

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa học lực và thời gian tự học lâm sàng mỗi ngày của ĐTNC

Thời gian tự học lâm sàng	Học lực		OR (95% CI)	P
	Giỏi, khá	Trung bình		
< 1 giờ	146	17	0,5766 (0,2909-1,1429)	0,1147
1-2 giờ	187	8	2,7045 (1,2048-6,071)	0,0159
2-4 giờ	61	10	0,431 (0,198-0,9383)	0,034
> 4 giờ	35	1	3,1091 (0,4134-23,3824)	0,2705
Tổng	429	36		

Nhận xét: Tỷ số chênh giữa nhóm có thời gian tự học lâm sàng 1-2 giờ/ngày đạt học lực khá, giỏi cao hơn nhóm có thời gian học khác 1-2 giờ/ngày (OR = 2,7045, p = 0,0159. Tỷ số chênh giữa nhóm có thời gian tự học lâm sàng 2-4 giờ/ngày đạt học lực khá, giỏi thấp hơn nhóm có thời gian học khác 2-4 giờ/ngày (OR = 0,431, p = 0,034).

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa học lực và phương pháp tự học lý thuyết của ĐTNC

Phương pháp tự học lý thuyết	Học lực		OR (95% CI)	P
	Giỏi, khá	Trung bình		
Học sâu hiểu kỹ	197	10	2,0076 (0,9957-4,0482)	0,0514
Học qua việc làm test	183	13	1,306 (0,6886-2,4774)	0,4136
Học lướt	163	25	0,4261 (0,2461-0,7376)	0,0023
Học theo nhóm	78	8	0,8263 (0,3777-1,8076)	0,6328
Học có sự hướng dẫn của thầy cô, anh chị khoá trên	47	2	2,1192 (0,5014-8,9559)	0,3071
Tổng (số lượt)	668	58		

Nhận xét: Tỷ số chênh giữa nhóm có phương pháp tự học lý thuyết là Học lướt đạt học lực khá, giỏi thấp hơn nhóm có các phương pháp học khác (OR = 0,4261, p = 0,0023).

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa học lực và phương pháp tự học lâm sàng của ĐTNC

Phương pháp tự học lâm sàng	Học lực		OR (95% CI)	P
	Giỏi, khá	Trung bình		
Bàn luận các ca lâm sàng	319	18	1,5009 (0,8065-2,7931)	0,2
Thực hành dưới sự quan sát	124	12	0,6587 (0,3297-1,3158)	0,237
Đóng vai mô phỏng ca lâm sàng	63	8	0,5036 (0,2242-1,131)	0,0965
Tăng cường đi bệnh viện	120	6	1,502 (0,6207-3,6346)	0,367
Tổng (số lượt)	626	44		

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa học lực và phương pháp tự học lâm sàng của ĐTNC.

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa học lực và việc đi làm thêm của ĐTNC

Giới	Học lực		OR (95% CI)	P
	Giỏi, khá	Trung bình		
Không	239	26	0,4838 (0,2277-1,0281)	0,059
Có	190	10		
Tổng	429	36		

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa học lực và việc đi làm thêm của ĐTNC.

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa việc đi làm thêm và số giờ tự học lý thuyết của ĐTNC

Làm thêm	Số giờ tự học lý thuyết		OR (95%CI)	P
	> 2	≤ 2		
Không	108	157	1,3655 (0,9316-2,0017)	0,1103
Có	67	133		
Tổng	175	290		

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa việc đi làm thêm và số giờ tự học lý thuyết của ĐTNC.

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa việc đi làm thêm và số giờ tự học lâm sàng của ĐTNC

Làm thêm	Số giờ tự học lâm sàng		OR (95%CI)	P
	> 2	≤ 2		
Không	61	204	1,0011 0,6472-1,5485	0,9962
Có	46	154		
Tổng	107	358		

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa việc đi làm thêm và số giờ tự học lâm sàng của ĐTNC.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về thực trạng hoạt động tự học của sinh viên Y5 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng học kỳ 1 năm học 2022 - 2023

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy sinh viên tham gia khảo sát chủ yếu dành 1-2 giờ mỗi ngày cho việc tự học lý thuyết (tỷ lệ 40,4%) và dành 1-2 giờ mỗi ngày cho việc tự học lâm sàng (41,9%). Như vậy tổng thời gian tự học lý thuyết và lâm sàng của sinh viên trong khoảng 2-4 giờ trong một ngày. Kết quả này không có sự khác biệt so với nghiên cứu của Lý Văn Xuân với 45,2% sinh viên tự học 2-4 giờ trong một ngày. Điều này cho thấy có sự tương đồng trong thời gian tự học giữa sinh viên Y5 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và sinh viên Y1 Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Lý giải cho sự tương đồng trên có thể do hai nghiên cứu này đều nghiên cứu về vấn đề tự học của đối tượng sinh viên y khoa [4].

Về hoạt động tự học lý thuyết, đa số sinh

viên chọn phương pháp học sâu hiểu kỹ (28,5%). Về hoạt động tự học lâm sàng, phương pháp được áp dụng chủ yếu là bàn luận các ca lâm sàng (50,3%). Trong đào tạo y khoa, do khối lượng kiến thức lớn và là ngành đào tạo đặc thù, học lý thuyết đi đôi với thực hành nên sinh viên phải thường xuyên đọc tài liệu, giáo trình để nắm vững kiến thức. Từ đó, sinh viên sẽ áp dụng các kiến thức đã học vào việc thảo luận, biện luận các ca bệnh trên thực tế.

Hầu hết sinh viên tự học tại nhà với tỷ lệ 57,5%, tại bệnh viện với tỷ lệ 20,8% và tại trường với tỷ lệ 19,9%. Kết quả này có khác biệt so với nghiên cứu trên sinh viên Y1 Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh của Lý Văn Xuân với tỷ lệ 92,2% sinh viên tự học tại nhà. Sự khác biệt trên có thể do sinh viên Y5 đã năng động và hoạt bát hơn trong việc đa dạng địa điểm học tập, đặc biệt là học tập tại bệnh viện để nâng cao hiệu quả học tập cả lý thuyết và lâm sàng. Ngoài ra, việc nâng cao cơ sở vật chất tại trường như xây dựng thêm các khu tự học cho sinh viên cũng thúc đẩy sinh viên học tập tại trường, tạo nhiều hứng thú trong quá trình

học tập [4],[5].

Sinh viên không đi làm thêm chiếm tỷ lệ 57%, kết quả này tương đồng với khảo sát của Lê Thúy Hương về Thực trạng đi làm thêm của sinh viên trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương năm 2019 với số sinh viên không đi làm thêm là 58,6% [6]. Do tính đặc thù của chương trình đào tạo y khoa, sinh viên vừa học lý thuyết ở trường, vừa học lâm sàng và tham gia trực tại bệnh viện. Vì vậy, sinh viên sẽ có ít thời gian cho việc đi làm thêm nếu muốn hoàn thành tốt chương trình học.

4.2. Về một số yếu tố liên quan đến đến hoạt động tự học của sinh viên Y5 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Từ kết quả nghiên cứu trong Bảng 3.7 cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa học lực với giới của sinh viên. Điều này cho thấy giới không ảnh hưởng đến kết quả học tập, có thể do cả hai giới đều có những phương pháp và thời gian học phù hợp để đạt kết quả học tập tốt.

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 3.8 chỉ ra có mối liên quan giữa học lực và thời gian tự học lý thuyết của sinh viên. Tỷ số chênh giữa nhóm có thời gian tự học lý thuyết 2-4 giờ/ngày đạt học lực khá, giỏi thấp hơn nhóm có thời gian học lý thuyết khác 2-4 giờ/ngày ($OR = 0,4102$, $p = 0,0117$). Tỷ số chênh giữa nhóm có thời gian tự học lâm sàng 1-2 giờ/ngày đạt học lực khá, giỏi cao hơn nhóm có thời gian học khác 1-2 giờ/ngày ($OR = 2,7045$, $p = 0,0159$). Tỷ số chênh giữa nhóm có thời gian tự học lâm sàng 2-4 giờ/ngày đạt học lực khá, giỏi thấp hơn nhóm có thời gian học khác 2-4 giờ/ngày ($OR = 0,431$, $p = 0,034$). Có thể nhận thấy nhóm có thời gian tự học lý thuyết cũng như lâm sàng 2-4 giờ/ngày đều không đem lại kết quả học tập cao, trong khi nhóm

có thời gian tự học lâm sàng 1-2 giờ/ngày lại có kết quả học tập cao. Như vậy, để đạt điểm cao không chỉ phụ thuộc vào thời gian tự học nhiều hay ít mà còn có các yếu tố khác chi phối, thời gian tự học vừa phải có thể đem lại hiệu quả cao hơn so với thời gian tự học quá ít học quá nhiều [1],[3],[5].

Bảng 3.10 chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa học lực và phương pháp tự học lý thuyết. Tỷ số chênh giữa nhóm có phương pháp tự học lý thuyết là Học lướt đạt học lực khá, giỏi thấp hơn nhóm có các phương pháp học khác ($OR = 0,4261$, $p = 0,0023$). Sinh viên trong chương trình đổi mới cần định hướng được phương pháp tự học phù hợp để đạt hiệu quả cao. Lượng kiến thức sinh viên y khoa phải tiếp cận rất nhiều. Để tránh việc quên hay không hiểu rõ kiến thức, điều sẽ ảnh hưởng lớn đến việc chẩn đoán và điều trị sau này, sinh viên cần học sâu, rộng để hiểu kỹ các vấn đề hơn là chỉ học lướt qua. Nghiên cứu này cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa học lực và phương pháp tự học lâm sàng. Có thể các phương pháp tự học lâm sàng của sinh viên có hiệu quả tương đương nhau [1],[5].

Từ các kết quả ở bảng 3.12 đến 3.14 cho thấy không có mối liên quan giữa học lực và việc đi làm thêm trong tuần của sinh viên, cũng như không có mối liên quan giữa việc đi làm thêm và số giờ tự học lý thuyết, số giờ tự học lâm sàng. Điều này có thể lý giải rằng việc đi làm thêm không thực sự ảnh hưởng nhiều tới điểm số cũng như số giờ tự học. Nhiều nghiên cứu cũng đã cho thấy hiệu quả của tự học còn phụ thuộc vào sự quản lý thời gian của mỗi cá nhân, chất lượng giờ học và nhiều yếu tố khác [3],[6].

V. KẾT LUẬN

Sinh viên tự học cả hai lĩnh vực lý thuyết

và lâm sàng chiếm 89,2%. 40,4% sinh viên có thời gian tự học mỗi ngày 1-2 giờ lý thuyết, 41,9% sinh viên có thời gian tự học mỗi ngày 1-2 giờ lâm sàng. Phương pháp tự học được sinh viên áp dụng nhiều nhất về lý thuyết là Học sâu hiểu kỹ chiếm 28,5%, về thực hành là Bàn luận các ca lâm sàng chiếm 50,3%. Sinh viên không đi làm thêm chiếm tỷ lệ 57%.

Có mối liên quan giữa học lực và thời gian tự học của sinh viên. Nhóm có thời gian tự học lý thuyết 2-4 giờ/ngày đạt học lực khá, giỏi thấp hơn nhóm có thời gian học lý thuyết khác 2-4 giờ/ngày ($OR = 0,4102$, $p = 0,0117$). Nhóm có thời gian tự học lâm sàng 1-2 giờ/ngày đạt học lực khá, giỏi cao hơn nhóm có thời gian học khác 1-2 giờ/ngày ($OR = 2,7045$, $p = 0,0159$). Nhóm có thời gian tự học lâm sàng 2-4 giờ/ngày đạt học lực khá, giỏi thấp hơn nhóm có thời gian học khác 2-4 giờ/ngày ($OR = 0,431$, $p = 0,034$). Có mối liên quan giữa học lực và phương pháp tự học lý thuyết của sinh viên. Nhóm có phương pháp tự học lý thuyết là Học lướt đạt học lực khá, giỏi thấp hơn nhóm có các phương pháp học khác ($OR = 0,4261$, $p = 0,0023$).

VI. KIẾN NGHỊ

Với lượng kiến thức lớn và thường xuyên cập nhật, để tổng hợp kiến thức cho sinh viên y khoa thì phương pháp học sâu hiểu kỹ là phương pháp hiệu quả nhất.

Trong việc tự học lâm sàng, phương pháp bàn luận các ca lâm sàng giúp vận dụng kiến thức vào tình huống thực tế lâm sàng, tạo cơ hội cho sinh viên được tiếp xúc nhiều hơn với môi trường làm việc thực tế mà không có trong sách vở nào ghi chép hết được.

VII. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.174

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barbosa J., Silva A., Ferreira M.A. et al.** "The impact of students and curriculum on self-study during clinical training in medical school: a multilevel approach. BMC Medical Education 2017; 17(9): DOI 10.1186/s12909-016-0846-3.
2. **Trương Thị Hồng Thúy.** Hoạt động tự học của sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Thái Nguyên trong phương thức đào tạo theo tín chỉ. Tạp chí Khoa học & Công nghệ 2021; 112(12): 247-250.
3. **Angélica M., Carlinda L., Cristina R.** Students' self-study time and its relationship with a lifelong learning profile. European Journal of Curriculum Studies 2019; 5(1): 753-768.
4. **Lý Văn Xuân, Nguyễn Ngọc Lân, Trần Đức Nhật.** Khảo sát hoạt động tự học của sinh viên y đa khoa năm thứ nhất Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2016. Y học Thành Phố Hồ Chí Minh 2016; 20(1): 28-34.
5. **Lý Văn Xuân, Lý Khánh Vân.** Khảo sát hoạt động tự học của sinh viên Y đa khoa năm thứ hai Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh năm 2016-2017. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp trường, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh 2018.
6. **Lê Thúy Hương, Hoàng Thị Thanh Hiền, Nguyễn Dương Cầm và cs.** Thực trạng đi làm thêm của sinh viên Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương năm 2019. Tạp chí Y học Việt Nam 2021; 503(2): 182-186.

NHẬN THỨC VÀ THÁI ĐỘ CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI HÀ NỘI VỀ BÌNH ĐẲNG GIỚI NĂM 2022

Ngô Anh Vinh¹, Hồ Bích Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả thực trạng nhận thức và thái độ của học sinh ở 02 trường trung học cơ sở tại Hà Nội về bình đẳng giới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thông tin được thu thập bằng hình thức phỏng vấn trên 2378 học sinh trung học cơ sở về nhận thức và thái độ của học sinh đối với bình đẳng giới. Mô hình hồi quy đa biến được áp dụng để xác định yếu tố liên quan. **Kết quả:** 95,6% học sinh đã được nghe về bình đẳng giới và có điểm trung bình nhận thức là 14,9 trên thang điểm 18. Đa số học sinh (68,3%) cho rằng việc thực thi bình đẳng giới tại trường học và trong cộng đồng là rất cần thiết. Học sinh sẵn sàng tham gia các hoạt động giáo dục về bình đẳng giới nếu các hoạt động này được tổ chức một cách hấp dẫn và thú vị. **Kết luận:** Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thiết kế các chương trình giáo dục bình đẳng giới phù hợp với nhu cầu và sự đa dạng của học sinh, để từ đó nâng cao hiệu quả giáo dục và đạt được sự thay đổi tích cực trong nhận thức xã hội.

Từ khóa: nhận thức, bình đẳng giới, học sinh.

SUMMARY

PERCEPTION AND ATTITUDE TOWARDS GENDER EQUALITY

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 2/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 4/5/2024

Ngày duyệt bài: 9/5/2024

AMONG MIDDLE SCHOOL STUDENTS IN HANOI

Objective: The research was conducted to describe the current state of awareness and attitudes of students in 02 secondary schools in Hanoi regarding gender equality. **Research subjects and methods:** Information was collected by interviewing 2,378 middle school students about students' awareness and attitudes towards gender equality. Multivariable regression model was applied to identify related factors. **Results:** 95.6% of students have heard about gender equality and have an average awareness score of 14.9 on a scale of 18. The majority of students (68.3%) think that gender equality is implemented. at school and in the community is essential. Students are willing to participate in educational activities about gender equality if these activities are organized in an attractive and interesting way. **Conclusion:** The study emphasizes the importance of designing gender equality education programs that are appropriate to the needs and diversity of students, thereby improving educational effectiveness and achieving change. Active in social awareness.

Keywords: awareness, gender equality, students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bình đẳng giới là một trong những mục tiêu quan trọng của phát triển bền vững toàn cầu, nhưng thực trạng này vẫn đang đối mặt với nhiều thách thức [1]. Mặc dù có tiến bộ trong việc cải thiện quyền tiếp cận giáo dục

và cơ hội nghề nghiệp cho phụ nữ và trẻ em gái, sự chênh lệch giới trong các ngành và trên thị trường lao động vẫn tồn tại. Ngoài ra, sự đại diện của phụ nữ trong các cơ quan quyết định chính trị và kinh tế vẫn còn hạn chế [2]. Các vấn đề về sức khỏe sinh sản và bạo lực dựa trên giới vẫn là những rào cản lớn đối với sự tiến bộ của xã hội [2]. Để thực sự đạt được bình đẳng giới, cần có sự nỗ lực to lớn hơn trong việc nâng cao nhận thức, phát triển chính sách và thực thi pháp luật, cùng với sự hỗ trợ từ cộng đồng nhằm thay đổi các quan niệm lỗi thời và xây dựng một xã hội công bằng hơn cho tất cả mọi người [1].

Ở Việt Nam, dù đã có nhiều tiến bộ đáng kể trong việc thúc đẩy bình đẳng giới, nhưng vẫn còn tồn tại nhiều thách thức và rào cản văn hóa truyền thống cần được giải quyết [3], [4]. Trong bối cảnh đó, việc nghiên cứu và hiểu rõ nhận thức của học sinh trung học về bình đẳng giới là hết sức cần thiết, bởi lứa tuổi này không chỉ là những công dân của ngày hôm nay mà còn là nhân tố tương lai của xã hội. Học sinh trung học có nhận thức đúng đắn và tích cực về bình đẳng giới sẽ góp phần tạo nền tảng vững chắc cho việc hình thành và phát triển một xã hội không phân biệt đối xử và bình đẳng [5]. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích mô tả thực trạng nhận thức của học sinh trung học cơ sở tại Hà Nội về các vấn đề liên quan đến bình đẳng giới, cũng như xác định một số yếu tố liên quan đến nhận thức và thái độ của học sinh. Bằng cách đánh giá các quan điểm và thái độ của học sinh, nghiên cứu hy vọng sẽ cung cấp cái nhìn sâu sắc hơn về cách thức mà bình đẳng giới được hiểu và thực thi trong thế hệ trẻ hiện nay.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh đang theo học tại 02 trường trung học cơ sở (THCS) thuộc khu vực nội thành Hà Nội là THCS Ngô Sĩ Liên và THCS Nam Từ Liêm.

* Tiêu chuẩn lựa chọn: học sinh đang không có vấn đề về nhận thức; đồng ý tham gia nghiên cứu và có sự cho phép của giáo viên chủ nhiệm và phụ huynh học sinh.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 9/2022 đến tháng 10/2022.

- Địa điểm nghiên cứu: 02 trường THCS thuộc khu vực nội thành Hà Nội là THCS Ngô Sĩ Liên và THCS Nam Từ Liêm

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn toàn bộ 2378 học sinh đang theo học tại 02 trường THCS thuộc khu vực nội thành Hà Nội là THCS Ngô Sĩ Liên và THCS Nam Từ Liêm trong năm học 2022 – 2023 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

2.5. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin

Thông tin được thu thập theo phương pháp phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn về nhận thức và thái độ của học sinh đối với bình đẳng giới.

Bộ công cụ thu thập thông tin được xây dựng tham khảo từ các nghiên cứu trước. Gồm 3 phần: Thông tin chung (Khối lớp, giới, học lực, tình trạng sống cùng bố mẹ, đánh giá kinh tế của gia đình); Nhận thức của học sinh về bình đẳng giới ở xã hội và trong nhà trường (gồm 09 câu hỏi); Thái độ về sự cần thiết sinh về bình đẳng giới ở xã hội và trong nhà trường, cũng như sự sẵn sàng tham gia hoạt động bình đẳng giới ở xã

hội và trong nhà trường; Nhu cầu của học sinh về các hoạt động về bình đẳng giới.

Nghiên cứu viên và giáo viên chủ nhiệm ở tại lớp trong quá trình học sinh thực hiện trả lời câu hỏi để giúp giải đáp thắc mắc của học sinh cũng như giúp học sinh hiểu rõ được câu hỏi khảo sát.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Thông tin sau khi thu thập được nhập liệu và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Phân tích định lượng được sử dụng để xác định mức độ phân bố của các câu trả lời.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận của Ban Giám hiệu 02 trường THCS Ngô Sĩ Liên và THCS Nam Từ Liêm. Nghiên cứu được chỉ được thực hiện sau khi được sự đồng thuận tham gia của học sinh và phụ huynh học sinh. Thông tin cá nhân của học sinh hoàn toàn được bảo mật. Nghiên cứu không gây hại hay ảnh hưởng gì đến học sinh, quá trình học tập của học sinh. Mọi thông tin thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của học sinh tham gia nghiên cứu (n = 2378)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Khối lớp	6	789	33,2
	7	794	33,4
	8	412	17,3
	9	383	16,1
Giới	Nam	1173	49,3
	Nữ	1205	50,7
Học lực	Dưới trung bình	28	1,2
	Trung bình	176	7,4
	Khá	563	23,7
	Giỏi	1601	67,7
Sống chung cùng	Bố	35	1,5
	Mẹ	162	6,8
	Cả bố và mẹ	2152	90,5
	Không sống cùng bố, mẹ	14	0,6
Thu nhập tự đánh giá	Cao	155	6,6
	Trung bình	1704	72,4
	Thấp	92	3,9
	Không biết	403	17,1
Nghe đến bình đẳng giới	Chưa từng nghe	105	4,4
	Đã từng nghe đến	2273	95,6

Nhận xét: Nghiên cứu thực hiện trên 2378 học sinh của 02 trường THCS Ngô Sĩ Liên và THCS Nam Từ Liêm. Tỉ lệ học sinh nam và nữ tương đương nhau (lần lượt là 49,3% và 50,7%); đa số học sinh có học lực giỏi (67,7%); sống cùng cả bố và mẹ

(90,5%) và tự đánh giá thu nhập gia đình ở mức trung bình (72,4%). Hầu hết học sinh đã từng được nghe đến nội dung bình đẳng giới (chiếm 95,6%). Học sinh khối lớp 6 và 7 chiếm tỷ lệ cao nhất (33,2% và 33,4%).

Bảng 2. Nhận thức về các khái niệm bình đẳng giới (n = 2378)

Nhận thức		Trả lời đúng	
		Số lượng	Tỉ lệ %
Khái niệm bình đẳng giới	Là việc nam, nữ có vị trí vai trò ngang nhau, được tạo điều kiện và cơ hội phát huy năng lực của mình và thụ hưởng như nhau về thành quả của sự phát triển đó	2347	98,7
Khái niệm giới tính	Là vai trò của nam và nữ trong tất cả các mối quan hệ trong xã hội	740	31,1

Nhận xét: Tỉ lệ học sinh hiểu đúng khái niệm bình đẳng giới là 98,7%; hiểu đúng khái niệm về giới tính là 31,1%.

Bảng 3. Nhận thức về một số vấn đề liên quan đến bình đẳng giới ở học sinh

Nhận thức	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý
	n (%)	n (%)	n (%)
Nam nữ có thể chơi cùng 1 trò chơi	66 (2,8)	1017 (42,8)	1295 (54,5)
Con gái nhất thiết phải hiền lành	2044 (86,0)	281 (11,8)	53 (2,2)
Có thể chấp nhận được việc con trai bắt nạt con gái	2247 (94,5)	93 (3,9)	38 (1,6)
Phụ nữ và nam giới có cơ hội việc làm như nhau	75 (3,2)	536 (22,5)	1767 (74,3)
Con trai thường học giỏi hơn con gái	2199 (92,5)	146 (6,1)	33 (1,4)
Con trai thường không chăm chỉ như con gái	1865 (78,4)	438 (18,4)	75 (3,2)
Con gái thường không học tốt các môn tự nhiên như con trai	2069 (87,0)	269 (11,3)	40 (1,7)
Con trai thường không học tốt các môn xã hội như con gái	2062 (86,7)	266 (11,2)	50 (2,1)
Con gái kém thông minh hơn con trai	2316 (97,4)	46 (1,9)	16 (0,7)

Nhận xét: Hầu hết học sinh không đồng ý (92,5%). Có 97,2% học sinh đồng ý và rất đồng ý rằng “Nam nữ có thể chơi cùng 1 trò chơi”; 96,8% đồng ý và rất đồng ý rằng “Phụ nữ và nam giới có cơ hội việc làm như nhau”. “Con gái kém thông minh hơn con trai”, “Có thể chấp nhận việc con trai bắt nạt con gái”, “Con trai thường học giỏi hơn con gái” (chiếm tỉ lệ lần lượt là 97,4%; 94,5% và 92,5%).

Bảng 4. Thái độ của học sinh về bình đẳng giới trong nhà trường và nơi ở (n = 2378)

Bình đẳng giới trong nhà trường và nơi ở	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không cần thiết	88	3,7
Cần thiết	666	28,0
Rất cần thiết	1624	68,3

Nhận xét: Hầu hết học sinh cho rằng cần thiết phải bình đẳng giới trong nhà trường và nơi ở (chiếm 96,3%).

Bảng 5. Thái độ của học sinh về tham gia các hoạt động giáo dục về bình đẳng giới (n = 2378)

Tham gia các hoạt động giáo dục về bình đẳng giới	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không sẵn sàng	60	2,5
Sẵn sàng	889	37,4
Rất sẵn sàng	777	32,7
Tùy thuộc vào các hoạt động này có hay và thú vị không	635	26,7
Khác	17	0,7

Nhận xét: Có 70,1% học sinh sẵn sàng và rất sẵn sàng tham gia các hoạt động giáo dục về bình đẳng giới; 26,7% học sinh cho rằng việc tham gia còn tùy thuộc vào sự thú vị của hoạt động và còn 2,5% số học sinh không sẵn sàng tham gia các hoạt động này.

Bảng 6. Nội dung mong muốn được triển khai về bình đẳng giới (n = 2378)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lồng ghép vào các môn học đang có	552	23,2
Tham gia các buổi ngoại khóa về chủ đề bình đẳng giới	805	33,9
Tổ chức cuộc thi tìm hiểu	286	12,0
Tờ rơi phát tay, áp phích trong nhà trường	54	2,3
Tọa đàm online	88	3,7
Tranh ảnh, sách báo về bình đẳng giới	140	5,9
Truyền thông dưới cờ	68	2,9
Khác	385	16,2

Nhận xét: Có khoảng 1/3 số học sinh muốn tham gia các buổi ngoại khóa về bình đẳng giới (chiếm 33,9%); ¼ học sinh mong muốn nội dung này được lồng ghép vào các môn học đang có (chiếm 23,2%). Chỉ có 2,3% số học sinh muốn qua tờ rơi, áp phích trong trường.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số học sinh trung học (95,6%) đã được nghe nói về bình đẳng giới, nhận thức về vấn đề này trong môi trường nhà trường và xã hội đạt mức khá cao với điểm trung bình là 14,9/18. Phần lớn học sinh (68,3%) nhận thức rõ sự cần thiết của bình đẳng giới tại trường học và nơi trẻ sống. Ngoài ra, học sinh cũng bày tỏ sự sẵn lòng tham gia vào các hoạt động giáo dục về bình đẳng giới, đặc biệt nếu các hoạt động này được tổ chức một cách hấp dẫn và

thú vị. Điều này cho thấy cần phải quan tâm đến nhu cầu thực tế của học sinh về lĩnh vực này, đặc biệt là đối tượng học sinh trung học. Đây là lứa tuổi vị thành niên, thời kỳ phát triển mạnh mẽ về thể chất đặc biệt là tâm sinh lý. Trong lứa tuổi này, học sinh thường bắt đầu có nhận thức và quan tâm hơn về giới và bình đẳng giới tuy nhiên sự hiểu biết về lại chưa đầy đủ. Điều này cho thấy việc cần thiết về giáo dục bình đẳng giới ngay từ lứa tuổi này tại trường học.

Phân tích sâu hơn về nhận thức của học sinh về bất bình đẳng giới cho thấy học sinh không chỉ nhận thức về mặt lý thuyết mà còn cảm nhận được sự cần thiết của việc áp dụng bình đẳng giới trong thực tế. Phản ứng tích cực với câu hỏi về sự cần thiết của bình đẳng giới trong trường học và cộng đồng cho thấy học sinh đã nhận thức được ảnh hưởng của bình đẳng giới đối với sự phát triển cá nhân và xã hội [6]. Sự chấp nhận cao đối với các

hoạt động giáo dục liên quan đến bình đẳng giới cũng là một chỉ báo quan trọng về thái độ và sự sẵn sàng thay đổi của học sinh, dù rằng điều này có thể bị ảnh hưởng bởi chất lượng và tính hấp dẫn của các chương trình được tổ chức. Các nội dung mong muốn từ phía học sinh, như tham gia các buổi ngoại khóa và tích hợp vào môn học hiện có, cũng cho thấy sự mong đợi của học sinh về một hình thức tiếp cận bình đẳng giới linh hoạt và đa dạng, không chỉ dừng lại ở lý thuyết mà còn phải kết hợp chặt chẽ với hoạt động thực tế và có sự liên quan đến cuộc sống hàng ngày của học sinh [7].

Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giáo dục về bình đẳng giới ngay từ lứa tuổi trung học, cũng như cần thiết phải thiết kế các chương trình giáo dục sao cho phù hợp và hấp dẫn, từ đó nâng cao nhận thức và tham gia của học sinh. Đặc biệt là việc lồng ghép giáo dục bình đẳng giới vào chương trình học sẽ góp phần tạo nên thế hệ trẻ hiểu biết hơn về vấn đề này [8] [9].

Nghiên cứu này có thể có một số hạn chế về mặt phương pháp lấy mẫu và phạm vi nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu chủ yếu đến từ một số trường nhất định, có thể không đại diện cho toàn bộ quan điểm của học sinh trung học ở các khu vực khác. Tương tự, các câu hỏi khảo sát và phương pháp thu thập dữ liệu cần được thiết kế chi tiết hơn để đảm bảo tính khách quan và cải thiện độ chính xác của kết quả nghiên cứu

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã chỉ ra rằng hầu hết học sinh trung học đã có nhận thức cao về bình đẳng giới và nhận thức được tầm quan trọng của nó trong môi trường giáo dục và xã hội. Tuy nhiên, sự khác biệt về nhận thức giữa các nhóm dựa trên giới tính, khối học, và điều kiện kinh tế cho thấy cần có sự điều chỉnh trong cách tiếp cận giáo dục để đáp

ứng tốt hơn nhu cầu của từng nhóm học sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shang Baoping.** Tackling gender inequality: Definitions, trends, and policy designs: International Monetary Fund; 2022.
2. **Cerrato J., Cifre E.** Gender Inequality in Household Chores and Work-Family Conflict. *Frontiers in psychology* (2018);9:1330.
3. **Toàn Phạm Ngọc, Trang Nguyễn Vân.** Tác động của bất bình đẳng giới trong giáo dục và việc làm đến tăng trưởng kinh tế. *Institute Of Labour Science And Social Affairs.* (2013);34.
4. **Vinh Nguyen Duc.** Country Report: Vietnam. 2022.
5. **Perez-Felkner Lara, Surmeier Ladanya Ramirez, Rezaei Rose.** Gender and educational inequality. *The Sage Handbook of Sociology of Education* (2023);142.
6. **Buenestado-Fernández Mariana, Ibarra-Vazquez Gerardo, Patiño Azeneth, et al.** Stories about gender inequalities and influence factors: a science club case study. *International Journal of Science Education* (2024); 46(5):403-20.
7. **Schlieff Merle, Stefanidou Theodora, Wright Talen, et al.** A rapid realist review of universal interventions to promote inclusivity and acceptance of diverse sexual and gender identities in schools. *Nature human behaviour* (2023);7(4):556-67.
8. **Mazza Lorenzo, Gambini Alessandro.** The phenomenon of the gender gap among gifted students: the situation in Italy based on analysis of results in mathematics competitions. *Teaching Mathematics and its Applications: An International Journal of the IMA* (2023);42(2):170-86.
9. **Wang Ning, Tan Aik-Ling, Zhou Xiaohong, et al.** Gender differences in high school students' interest in STEM careers: a multi-group comparison based on structural equation model. *International Journal of STEM Education* (2023);10(1):59.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT BẰNG LIỆU PHÁP TIÊM NỘI KHỚP ACID HYALURONIC KẾT HỢP SORBITOL TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Lương Đình Hạ¹, Nguyễn Thị Thảo¹, Vũ Mạnh Tân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của liệu pháp tiêm nội khớp acid hyaluronic kết hợp sorbitol trong bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, tiến hành trên 149 bệnh nhân với 250 khớp gối bị thoái hóa nguyên phát giai đoạn II và III theo Kellgren tại Khoa Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022. Các đối tượng nghiên cứu đều được khám lâm sàng, thăm dò cận lâm sàng đánh giá sự thay đổi triệu chứng trước và sau điều trị theo một mẫu bệnh án thống nhất. **Kết quả:** Thang điểm VAS trung bình giảm từ $7,45 \pm 0,77$ xuống $5,6 \pm 1,21$ sau 1 tuần và xuống $1,7 \pm 1,36$ sau 12 tuần. 100% bệnh nhân cải thiện được 50% điểm VAS so với trước điều trị. 82,7% bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị sau 12 tuần. Tác dụng không mong muốn bao gồm: căng tức khớp gối sau tiêm (15,3%), đau kéo dài sau tiêm 12 - 24 giờ (15,9%) và tràn dịch khớp mức độ nhẹ và trung bình (9,4%). **Kết luận:** Liệu pháp tiêm nội khớp acid hyaluronic kết hợp sorbitol có hiệu quả và tính an toàn, do

đó có thể áp dụng trong điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát giai đoạn II-III.

Từ khóa: thoái hóa khớp gối, tiêm nội khớp, acid hyaluronic kết hợp sorbitol.

SUMMARY

RESULTS OF INTRA-ARTICULAR INJECTION THERAPY OF HYALURONIC ACID COMBINED WITH SORBITOL IN PATIENTS WITH PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS AT VIETTIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: Review treatment results and adverse effects of intra-articular injection therapy using hyaluronic acid combined with sorbitol in primary knee osteoarthritis. **Subjects and methods:** Interventional study with a control group, conducted on 149 patients with 250 primary degenerative knee joints at the Department of Musculoskeletal Medicine, Viet Tiep Friendship Hospital from September October 2021 to October 2022. All patients were subjected to clinical and subclinical examination to evaluate symptom changes before and after treatment according to a unified medical record form. **Results:** The average VAS score decreased from 7.45 ± 0.77 to 5.6 ± 1.21 after 1 week and 1.7 ± 1.36 after 12 weeks. 100% of patients showed 50% VAS score reduction compared to before treatment. 82.7% of patients were satisfied with treatment results after 12 weeks. Adverse effects: knee joint tightness after injection (15.3%), prolonged pain 12-24 hours after injection (15.9%), mild to moderate joint effusion (9.4%). **Conclusion:** Intra-articular injection therapy using hyaluronic acid combined

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Mạnh Tân

Email: vmtan@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 6/5/2024

Ngày duyệt bài: 13/5/2024

with sorbitol is effective and safe, thus can be applied in the treatment of stage II-III primary knee osteoarthritis.

Keywords: knee osteoarthritis, intra-articular injection, hyaluronic acid combined with sorbitol

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối nguyên phát là bệnh khớp phổ biến nhất ở nhiều quốc gia với tổn thương toàn bộ các thành phần của khớp, trong đó tổn thương sụn khớp là chủ yếu. Bệnh tăng dần theo tuổi và tình trạng béo phì, là nguyên nhân chính gây mất vận động và tàn tật ở người lớn tuổi. Theo tổ chức y tế thế giới ước tính tỷ lệ thoái hóa khớp gối vào khoảng 10% nam giới và 13% nữ giới trên 60 tuổi [1].

Hiện nay có nhiều biện pháp điều trị thoái hóa khớp nguyên phát như điều trị không dùng thuốc, nội khoa, ngoại khoa. Do đó, việc lựa chọn phương pháp điều trị để đạt hiệu quả, an toàn, tiết kiệm chi phí cho người bệnh là rất quan trọng

Acid hyaluronic (HA) là một mucopolysaccharide, thành phần chính trong dịch khớp quyết định độ nhớt và tính đàn hồi của dịch khớp, có tác dụng giảm sóc, hạn chế ma sát, chống viêm và bảo vệ sụn khớp. Nồng độ và trọng lượng phân tử của HA trong khớp thoái hóa giảm đáng kể so với người bình thường dẫn đến đau và giảm chức năng của khớp. Ứng dụng tiêm nội khớp các chế phẩm của HA đã được áp dụng rộng rãi gần 40 năm qua và được chứng minh hiệu quả giảm đau, cải thiện chức năng vận động trong điều trị thoái hóa khớp gối. Tuy nhiên HA dễ dàng bị phá hủy bởi các gốc tự do được hình thành trong khớp thoái hóa tạo thành các Oligosaccharid, làm giảm độ nhớt và trọng lượng phân tử của dịch khớp. Sự kết hợp thêm sorbitol (chất khử và trung hòa các

gốc tự do) với HA nồng độ và trọng lượng phân tử cao (20mg/ml) 2 MDa trong chế phẩm Synolis VA tạo thành mạng lưới dày đặc các liên kết hydro giúp ổn định phức hợp, bảo vệ và kéo dài thời gian tác dụng của HA.

Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới về hiệu quả của phương pháp điều trị này được công bố, tuy nhiên, ở Việt Nam, dữ kiện về tiêm nội khớp HA phối hợp sorbitol chưa thực sự đầy đủ [2] [3] [4] [5]. Liệu phương pháp này có thực sự hiệu quả đối với bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát tại Việt Nam nói chung và tại Hải Phòng? Để trả lời câu hỏi đó, đề tài được tiến hành với mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của liệu pháp tiêm nội khớp acid hyaluronic kết hợp sorbitol trong bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát tại Khoa Nội Cơ xương khớp, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

Gồm 149 bệnh nhân (BN) với 250 khớp gối thoái hóa nguyên phát giai đoạn II và III theo phân loại của Kellgren và Lawrence điều trị tại Khoa Nội Cơ xương khớp, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, chia 2 nhóm:

- Nhóm can thiệp: 104 BN với 170 khớp, được tiêm Hyaluronic Acid/Sorbitol 40/80 kết hợp phác đồ thông thường theo khuyến cáo của Bộ Y tế Việt Nam.

- Nhóm đối chứng: 45 BN với 80 khớp, chỉ điều trị theo phác đồ thông thường.

* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối nguyên phát theo tiêu chuẩn của

Hội thấp khớp học Mỹ ACR 1991 [6], và phân giai đoạn II, III trên Xquang khớp gối theo phân loại của Kellgren và Lawrence [6].

- Thang điểm đau VAS $\geq 4/10$ điểm.
- Siêu âm khớp gối không có dịch hoặc tràn dịch mức độ ít ($< 5\text{mm}$).
- BN đồng ý tiêm Hyaluronic Acid/Sorbitol 40/80 (nhóm can thiệp) và không đồng ý tiêm (nhóm đối chứng) sau khi đã được giải thích lợi ích và nguy cơ, chi phí điều trị.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

- BN mắc các bệnh: trầm cảm; rối loạn lo âu; thiếu năng, sa sút trí tuệ; di chứng đột quỵ não.

- Nhóm can thiệp có thêm các tiêu chuẩn loại trừ:

+ BN có chống chỉ định tiêm nội khớp (dị ứng với các thành phần của thuốc; nhiễm khuẩn tại khớp và/hoặc nhiễm khuẩn toàn thân; các bệnh lý rối loạn đông máu, chảy máu; bệnh nhân có bệnh lý mạn tính nặng: suy tim, suy thận, suy gan nặng, đái tháo đường không kiểm soát ...)

+ BN có tiền sử điều trị huyết tương giàu tiểu cầu hoặc liệu pháp tế bào gốc hoặc can thiệp ngoại khoa tại khớp gối trong thời gian 01 tháng trở lại đây.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp có nhóm đối chứng

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, tích lũy theo thời gian. Nghiên cứu thu nhận được tổng số 149 bệnh nhân với 250 khớp gối thoái hóa thoái mãn tiêu chuẩn lựa chọn, chia thành 02 nhóm:

- Nhóm can thiệp: 104 BN (với 170 khớp) đồng ý điều trị kết hợp phác đồ điều trị của Bộ Y tế và liệu pháp tiêm nội khớp.

- Nhóm đối chứng: 45 BN (với 80 khớp),

chỉ điều trị theo phác đồ khuyến cáo của Bộ Y tế.

2.4. Phương pháp và kỹ thuật thu thập thông tin

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu đều được khám lâm sàng, thăm dò cận lâm sàng, tư vấn điều trị.

Điều trị:

- Tất cả bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu đều được điều trị theo phác đồ khuyến cáo của Bộ Y tế Việt Nam [6], bao gồm: meloxicam 7,5 mg x 1-2 viên/ ngày khi đau, tối đa 15 ngày/ đợt, Glucosamine Sulfate 1500mg/ngày, uống duy trì kéo dài 3 tháng.- Với nhóm bệnh nhân đồng ý điều trị kết hợp liệu pháp tiêm nội khớp, bệnh nhân sẽ được tiêm vào mỗi khớp 01 ống Hyaluronic Acid/Sorbitol 40/80 (Synolis VA[®] 40/80mg), theo quy trình 6 bước theo Khuyến cáo của Bộ Y tế Việt Nam, đã được Hội đồng chuyên môn - Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp phê duyệt, gồm 6 bước: 1) Khám BN, chẩn đoán, giải thích BN và ra y lệnh. 2) Điều dưỡng phòng thủ thuật chuẩn bị BN và dụng cụ. 3) Bác sĩ thực hiện thủ thuật xác định vị trí tiêm. 4) Điều dưỡng phòng thủ thuật sát khuẩn, phụ giúp bác sĩ làm thủ thuật. 5) Bác sĩ thực hiện thủ thuật thực hiện (sát khuẩn tay, đi găng, lấy thuốc, tiêm khớp). 6) Kết thúc thủ thuật, sát khuẩn, băng vị trí tiêm, dặn dò BN, lưu hồ sơ.

- Đánh giá sự thay đổi triệu chứng trước và sau điều trị.

Tất cả thông tin từ khi người bệnh nhập viện đến khi ra viện được ghi lại vào bệnh án nghiên cứu đã được thống nhất.

2.5. Các chỉ số, biến số nghiên cứu

- Các đặc điểm chung: Tuổi (trung bình, chia nhóm < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi), giới (nam, nữ), thời gian mắc bệnh (≤ 1 năm; 1 - ≤ 5 năm; > 5 năm - ≤ 10 năm; > 10 năm); giai

đoạn thoái hóa khớp gối trên hình ảnh Xquang theo Kellgren và Lawrence (giai đoạn II và III); Các dấu hiệu lâm sàng: điểm đau theo thang điểm VAS - Visual Analog Scale (0-10 điểm), dấu hiệu lực khức khớp, dấu hiệu bào gỗ, dấu hiệu tràn dịch khớp.

- Các chỉ số đánh giá kết quả điều trị: thay đổi điểm đau VAS, tỷ lệ cải thiện 50% điểm VAS tại thời điểm tuần 0, 1, 4, 8 và 12 (T0, T1, T4, T8, T12); mức độ hài lòng tại T12 theo thang điểm Linker 10 điểm, chia thành 3 mức độ: 0 - 4 điểm: không hài lòng, 5 - 7 điểm: hài lòng, 8 - 10 điểm: rất hài lòng

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân được giải thích rõ mục đích của nghiên cứu, được lựa chọn phác đồ điều trị sau khi đã được giải thích rõ lợi ích, nguy cơ, chi phí điều trị của các phác đồ điều trị, Các phác đồ điều trị theo khuyến cáo của Bộ Y tế Việt Nam và đã được Hội đồng chuyên môn Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp phê duyệt. Bệnh nhân có quyền từ chối tham gia nghiên cứu tại bất kỳ thời điểm nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi, giới

Đặc điểm		Nhóm can thiệp (n ₁ =104 BN)	Nhóm đối chứng (n ₂ = 45 BN)	Tổng (n = 149 BN)	P
Tuổi trung bình (Nhỏ nhất – lớn nhất)		65,46 ± 8,76 (45 – 92)	68,20 ± 10,88 (45 – 92)	66,29 ± 9,49 (45 – 92)	
Tuổi	< 60 tuổi	33 (31,7 %)	8 (17,8%)	41 (27,5%)	> 0,05
	≥ 60 tuổi	71 (68,3%)	37 (82,2%)	108 (72,5%)	
Giới	Nam	14 (13,5%)	9 (20%)	23 (15,4%)	> 0,05
	Nữ	90 (86,5%)	36 (80%)	126 (84,6%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình, phân bố các nhóm tuổi, tỉ lệ nam/ nữ giữa 2 nhóm.

Bảng 2: Đặc điểm về thời gian mắc bệnh và giai đoạn bệnh

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n ₁ = 170 khớp)	Nhóm đối chứng (n ₂ = 80 khớp)	Tổng (n = 250 khớp)	P
Thời gian mắc bệnh				
≤ 1 năm	15 (8,8%)	4 (5%)	19 (7,6%)	>0,05
<1 năm ≤ 5	63 (37,1%)	17(21,2%)	80 (32%)	
5< năm ≤ 10	33 (19,4%)	12 (15%)	45 (18%)	
> 10 năm	59 (34,7%)	47 (58,8%)	106 (42,4%)	
Trung bình	9,59 ± 8,16	11,95±7,74	10,34 ± 8,09	
Giai đoạn theo Kellgren và Lawrence				
Giai đoạn II	64 (37,6%)	21 (26,3%)	85 (34%)	>0,05
Giai đoạn III	106 (62,4%)	59 (73,8%)	165 (66%)	

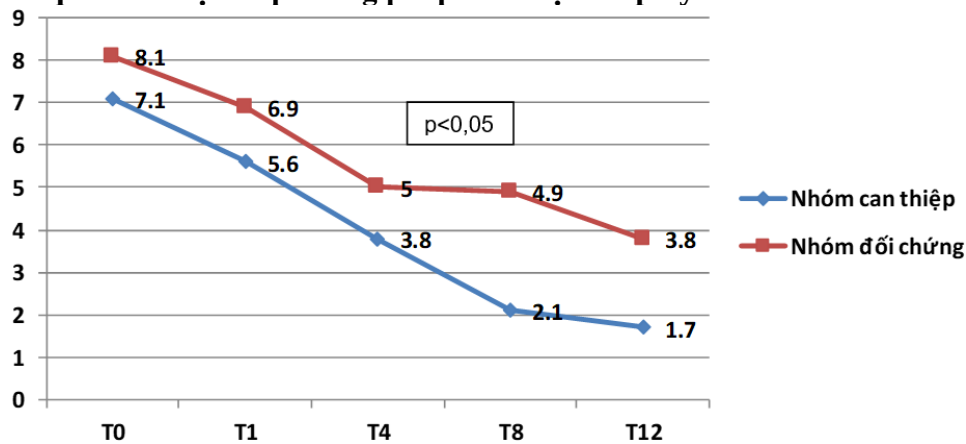
Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh giữa 2 nhóm.

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng trước điều trị

Các đặc điểm	Nhóm can thiệp (n ₁ = 170 khớp)	Nhóm đối chứng (n ₂ = 80 khớp)	Tổng (n = 250 khớp)	P
Điểm đau VAS	7,14 ± 0,7	8,12 ± 0,36	7,45±,077	>0,05
Dấu hiệu lực khục khớp	168 (98,8%)	80 (100%)	248(99,2%)	>0,05
Dấu hiệu bào gồ	140 (82,4%)	80 (100%)	220(88%)	>0,05
Dấu hiệu tràn dịch khớp	46 (27,1%)	37 (46,3 %)	83 (33,2%)	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm lâm sàng trước điều trị giữa hai nhóm

3.2. Kết quả điều trị của phương pháp tiêm nội khớp hyaluronic acid/sorbitol



Hình 1: Thay đổi điểm VAS trung bình của 2 nhóm nghiên cứu

* Chú thích: T0,T1,T4...: Thời điểm tuần thứ 0, 1, 4,... sau điều trị

Nhận xét: Điểm đau VAS trung bình của 2 nhóm giảm dần từ thời điểm T0 đến T12 (riêng tại thời điểm T12 điểm VAS của nhóm đối chứng có xu hướng tăng lên). Tại các thời điểm T4, T8 và T12, điểm VAS của nhóm can thiệp có sự cải thiện rõ rệt hơn nhóm đối chứng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4: Thay đổi điểm VAS của 2 nhóm theo giai đoạn X quang

Giai đoạn II					
Điểm VAS đau	T0	T1	T4	T8	T12
Nhóm can thiệp (n=64 khớp)	6,94±0,77	5,39±0,82	3,66±0,57	2,16±0,41	1,80±0,44
Nhóm đối chứng (n=21 khớp)	7,95±0,21	6,95±0,21	5,00±0,00	4,62±0,49	4,33±0,73
p	<0,05	<0,05	<0,05	<0,001	<0,001
Giai đoạn III					
Nhóm can thiệp	7,25±0,63	5,87±0,51	3,90±0,36	2,21±0,40	1,76±0,52

(n=106 khớp)					
Nhóm đối chứng (n=59 khớp)	8,19±0,39	7,0±0,0	5,0±0,0	4,98±0,13	4,80±0,13
p	<0,05	<0,05	<0,05	<0,001	<0,001

*Chú thích: T0,T1,T2...: Thời điểm tuần thứ 0, 1, 2,... sau điều trị

Nhận xét: Ở giai đoạn II, điểm VAS của nhóm can thiệp thấp hơn nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) bắt đầu từ thời điểm T0 và tiếp tục giảm đến thời điểm T12. Ở giai đoạn III, từ thời điểm T0 đến T12, điểm VAS của 2 nhóm đều cao hơn giai đoạn II có ý nghĩa thống kê. Sau 8 và 12 tuần điều trị, điểm VAS của nhóm can thiệp giảm rõ rệt so với nhóm đối chứng có nghĩa thống kê với $p < 0,001$

Bảng 5: Tỷ lệ cải thiện 50% điểm VAS theo giai đoạn Xquang

Thời điểm	T1		T4		T8		T12		p
	Can thiệp	Đối chứng	Can thiệp	Đối chứng	Can thiệp	Đối chứng	Can thiệp	Đối chứng	
Giai đoạn II	0/64 0,0%	0/21 0,0%	36/64 56,3%	0/21 0,0%	63/64 98,4%	8/21 38,1%	64/64 100,0%	11/21 52,4%	<0,05
Giai đoạn III	0/106 0,0%	0/59 0,0%	49/106 46,2%	0/59 0,0%	106/106 100%	1/59 1,7%	106/106 100%	1/59 1,7%	
Chung	0/170 0,0%	0/80 0,0%	85/170 50,0%	0/80 0,0%	169/170 99,4%	9/80 11,2%	170/170 100,0%	12/80 15,0%	

*Chú thích: T0,T1,T2...: Thời điểm tuần thứ 0, 1, 2,... sau điều trị

Nhận xét: Nhóm can thiệp có tỉ lệ cải thiện 50% VAS cao hơn nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ngay từ tuần thứ tư (T4) và duy trì đến tuần thứ 12.

Bảng 6: Mức độ hài lòng của người bệnh sau 3 tháng điều trị (n=149 BN)

Mức độ	Nhóm can thiệp (n ₁ =104 BN)	Nhóm đối chứng (n ₂ = 45 BN)	p
Không hài lòng	0 (0,0%)	10 (22,2%)	< 0,01
Hài lòng	86 (82,7%)	32 (71,1%)	
Rất hài lòng	18 (17,3%)	3 (6,7%)	

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị, tỉ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng của nhóm can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng.

Bảng 7: Tác dụng không mong muốn và biến chứng do tiêm Hyaluronic Acid/Sorbitol

Đặc điểm (n=170 khớp)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đau sau tiêm kéo dài 12-24 giờ	27	15,9
Căng tức sau tiêm	26	15,3
Tràn dịch khớp gối nhẹ và trung bình	16	9,4
Nhiễm khuẩn khớp	0	0,0
Đau đầu, chóng mặt	4	2,4
Phản vệ	0	0,0

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn gặp nhiều nhất là đau sau tiêm kéo dài 12 đến 24 giờ và căng tức sau tiêm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $66,29 \pm 9,49$ năm, nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm đa số (72,5%), không có sự khác biệt về tuổi giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng với $p > 0,05$ (Bảng 1). Tuổi là một yếu tố nguy cơ lớn nhất của thoái hóa khớp, tuổi càng cao thì tỉ lệ thoái hóa khớp càng tăng. Theo Felson, tỉ lệ thoái hóa khớp gối ở người 65 tuổi cao gấp 2 đến 10 lần so với những người có độ tuổi 30. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là nữ chiếm tỷ lệ 84,6% (Bảng 1). Các kết quả cho thấy nữ giới có nguy cơ thoái hóa khớp gối cao hơn nam giới, đặc biệt phụ nữ sau mãn kinh, liên quan nhiều đến sự sụt giảm hormone sinh dục Estrogen.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là $10,34 \pm 8,09$ năm, không có sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$) (Bảng 2).

Hiện nay có nhiều phương tiện giúp cho chẩn đoán và theo dõi điều trị thoái hóa khớp, tuy nhiên Xquang khớp gối 2 tư thế thẳng nghiêng vẫn là một phương pháp có giá trị cao trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn thoái hóa khớp gối. Trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân tổn thương Xquang giai đoạn III chiếm tỉ lệ 66%, không có sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (Bảng 2).

4.2. Kết quả điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp tiêm hyaluronic acid/sorbitol

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm VAS của nhóm can thiệp có sự cải thiện rõ rệt so với nhóm đối chứng tại các thời điểm và tác dụng giảm đau xuất hiện khá sớm. Theo bảng 3.3, điểm VAS trung bình của 2 nhóm tại thời điểm trước điều trị là $7,45 \pm 0,77$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Sau tiêm 4 tuần, điểm VAS của nhóm can thiệp giảm rõ và tiếp tục giảm đến tuần thứ 12 sau tiêm, thấp hơn nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 12 tuần điều trị điểm VAS của nhóm can thiệp giảm được $-5,4 \pm 1,14$ điểm (Hình 1).

So sánh điểm VAS theo giai đoạn xquang (Kellgren- Lawrence) giữa 2 nhóm nhận thấy cả giai đoạn II và giai đoạn III thì điểm VAS của nhóm can thiệp cũng giảm nhiều hơn nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê. Ở giai đoạn II, bắt đầu từ tuần thứ 4, điểm VAS của nhóm can thiệp cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ và tiếp tục giảm sau 8 và 12 tuần $p < 0,01$. Sau 12 tuần điều trị, VAS giảm từ $6,94 \pm 0,77$ xuống $1,8 \pm 0,44$. Ở giai đoạn III, sự cải thiện điểm VAS cả 2 nhóm đều thấp hơn giai đoạn II. Tại thời điểm T8 và T12, điểm VAS của nhóm can thiệp thấp hơn nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$ (Bảng 4).

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng chỉ số cải thiện 50% điểm VAS để đánh giá hiệu

quả điều trị. Sau tiêm 4 tuần, nhóm can thiệp có tỉ lệ cải thiện 50% VAS rõ rệt hơn nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê và hiệu quả giảm đau tiếp tục cải thiện tốt hơn cho đến 12 tuần. Sau 12 tuần điều trị ở giai đoạn II có 100% giảm 50% điểm VAS, giai đoạn III cũng có 100% giảm 50% điểm VAS. Ở mỗi giai đoạn thì nhóm can thiệp đáp ứng điều trị tốt hơn nhóm đối chứng. Khi so sánh hiệu quả điều trị theo giai đoạn xquang cho thấy tại mỗi thời điểm nghiên cứu từ T4 đến T12, tỉ lệ cải thiện 50% VAS ở giai đoạn II cao hơn giai đoạn III ($p < 0,05$) (Bảng 5). Như vậy tiêm Synolis VA có hiệu quả tốt hơn ở giai đoạn thoái hóa nhẹ. Tuy nhiên khi thoái hóa nặng thì điều trị vẫn có hiệu quả tốt hơn nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê.

Qua các kết quả này cho thấy điều trị thoái hóa khớp gối bằng liệu pháp tiêm hyaluronic acid/sorbitol có tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng vận động tốt cả giai đoạn thoái hóa nặng và rất nặng, đặc biệt những bệnh nhân giai đoạn cuối có chống chỉ định thay khớp. Đây là một giải pháp tối ưu giúp người bệnh thoái hóa khớp nặng có chống chỉ định phẫu thuật giảm triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống. Hiệu quả điều trị xuất hiện nhanh chóng và rõ rệt từ ngay sau mũi tiêm đầu tiên và duy trì kéo dài đến 6 tháng và có thể đến 1 năm nếu được duy trì với chế độ tiêm thường xuyên.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh sau 12 tuần điều trị thông qua thang điểm Likert. Trong nghiên cứu sử dụng thang điểm Likert 10 điểm (tương tự thang điểm nhìn VAS 0-10 điểm),

chia thành 3 mức độ: 0-4 điểm: không hài lòng, 5-7 điểm: hài lòng, 8-10 điểm: rất hài lòng. Sau 12 tuần điều trị, ở nhóm can thiệp tỉ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng với biện pháp tiêm hyaluronic acid/sorbitol lần lượt là 82,7% và 17,3% cao hơn nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ (Bảng 6). Kết quả này cũng tương tự với một số nghiên cứu trên thế giới và trong nước.

Về các biến chứng và tác dụng không mong muốn, kết quả từ Bảng 7 cho thấy tác dụng không mong muốn gặp nhiều nhất là đau kéo dài sau tiêm, căng tức sau tiêm, tràn dịch khớp mức độ nhẹ và trung bình. Tuy nhiên, tỷ lệ này không quá cao, thường không nghiêm trọng và không làm bệnh nhân bỏ theo dõi. Đặc biệt không có trường hợp nào nhiễm khuẩn khớp, tràn máu sau tiêm hay tác dụng không mong muốn nghiêm trọng như phản vệ. Như vậy liệu pháp tiêm nội khớp acid hyaluronic kết hợp sorbitol là tương đối an toàn.

V. KẾT LUẬN

BN thoái hóa khớp gối nguyên phát giai đoạn II và III theo Kellgren được tiêm Hyaluronic Acid/Sorbitol 40/80mg cải thiện mức độ đau thông qua thang điểm VAS từ $7,45 \pm 0,77$ xuống $5,6 \pm 1,21$ sau 1 tuần và $1,7 \pm 1,36$ sau 12 tuần. 100% bệnh nhân cải thiện được ít nhất 50% điểm VAS so với trước điều trị. Hầu hết bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị sau 12 tuần (82,7%). Tác dụng không mong muốn ít gặp và không nghiêm trọng: 15,3% căng tức khớp gối sau tiêm, 15,9% đau sau tiêm trong vòng 12-24 giờ và 9,4% tràn dịch khớp mức độ nhẹ và trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Woolf AD, Pfleger B.** Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. 2003;81:646-656.
2. **Nguyễn Văn Pho,** Đánh giá hiệu quả của tiêm chất nhầy Sodiumhyaluronate (Go-On) vào ổ khớp trong điều trị thoái hóa khớp gối. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, đại học Y Hà Nội. 2007.
3. **Đào Thị Nga,** Đánh giá kết quả của phương pháp tiêm nội khớp bằng corticosteroid và acid hyaluronic (Hyalgan) trong điều trị thoái hóa khớp gối. Luận văn thạc sĩ y học, đại học Y Hà Nội. 2017.
4. **Vũ Xuân Giang, Đặng Chí Hiếu, Đặng Hồng Hoa,** So sánh kết quả điều trị của tiêm acid hyaluronic liều đơn (Regenflex Bioplus) với tiêm Depomedrol nội khớp ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát, Tạp chí y học Việt Nam. 2019: 184-190
5. **Phạm Thị Bích Ngọc.** Đánh giá tác dụng điều trị của liệu pháp tiêm nội khớp bằng acid hyaluronic (Regentflex BioPlus) trong điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát. Luận văn thạc sĩ y học, đại học Y Hà Nội. 2019.
6. **Bộ Y Tế,** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp. Nhà xuất bản Y học 2016, 124-127.
7. **Yengkhom J., Nongmaithem R., Chiru M., Basu Thakur K., Debnath U.,** Efficacy of Single-dose Intra-articular Injection of High-molecular-weight Hyaluronic Acid in Patients suffering from Primary Osteoarthritis of Knee, Indian J Phys Med Rehabil. 2017; **28**: 89-94.
8. **Bruyère O., Honvo G., Vidovic E., Cortet B.,** Assessment of the response profile to hyaluronic acid plus sorbitol injection in patients with knee osteoarthritis: post hoc analysis of a 6 -month randomized controlled trial, Biomolecul. 2021, **11**: 1498.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN SUY THƯƠNG THẬN MẠN DO LẠM DỤNG GLUCOCORTICOCIDS TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2023

Kê Thị Lan Anh¹, Vũ Thị Thu Trang¹

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 47 bệnh nhân suy thương thận mạn do lạm dụng glucocorticoids (GCs) điều trị tại khoa Nội 3 Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2023. **Kết quả nghiên cứu:** **Đặc điểm chung:** Tuổi trung bình là: $68,13 \pm 9,8$, chủ yếu > 60 tuổi. Nữ chiếm 53,2%. BMI trung bình: $22,93 \pm 3,14$, có 55,3% BMI ≥ 23 . Vòng bụng trung bình: $97,9 \pm 10,9$, có 93,6% có tăng vòng bụng. **Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:** hội chứng Cushing (87,2%), nồng độ cortisol máu 8h giảm (68,1%), cortisol máu 20h giảm (59,6%). **Loại GCs** không rõ nguồn gốc làm giảm nồng độ cortisol máu 20h gấp 3,9 lần so với thuốc có nguồn gốc với $p < 0,05$. **Đường dùng GCs** toàn thân chiếm 95,7%, trong đó đường uống chiếm 80,8%. **Liều GCs:** Nhóm dùng không rõ liều có nồng độ cortisol máu 20h giảm nhiều hơn nhóm dùng liều cao, trung bình và thấp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Tần suất dùng:** 61,7% bệnh nhân sử dụng liên tục GCs hàng ngày; 38,3% bệnh nhân sử dụng ngắt quãng từng đợt. Dùng GCs liên tục làm tăng nguy cơ xuất hiện hội chứng Cushing gấp 10,7 lần so với nhóm dùng ngắt quãng với $p < 0,05$.

Từ khóa: suy thương thận mạn, corticoid.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL AND SOME RISK FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC ADRENAL INSUFFICIENCY DUE TO GLUCOCORTICOCIDS ABUSE AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2023

A descriptive cross-sectional study was performed on 47 patients with chronic adrenal insufficiency due to glucocorticoids abuse (GCs), who were treated at Internal Medicine Department 3 of Viet Tiep Friendship Hospital in 2023. **Results:** **General characteristics:** Average age is: 68.13 ± 9.8 years old, mostly > 60 years old. Females account for 53.2%. Average BMI: 22.93 ± 3.14 , BMI ≥ 23 : 55.3%. Average waist circumference: 97.9 ± 10.9 , 93.6% of patients have increased waist circumference. **Clinical and subclinical characteristics:** Cushing's syndrome (87.2%), decreased 8-hour blood cortisol concentration (68.1%), decreased 20-hour blood cortisol (59.6%). **GCs of unknown origin** reduced 20-hour blood cortisol concentration 3.9 times more than drugs of known origin with $p < 0.05$. **Systemic GCs** administration accounts for 95.7%, of which oral route accounts for 80.8%. **GCs dose:** The group using unknown dose had a greater decrease in 20-hour blood cortisol concentration than the high, medium and low dose group. The difference is statistically significant. **Frequency of use:** 61.7% of patients used GCs continuously every day; 38.3% of patients used it intermittently. Using GCs continuously increased the risk of Cushing's syndrome by 10.7 times compared to the group using intermittently with $p < 0.05$.

Keywords: chronic adrenal insufficiency, corticosteroids.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Kê Thị Lan Anh

Email: kelananh1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 11/3/2024

Ngày duyệt bài: 13/5/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thượng thận được mô tả lần đầu tiên bởi Thomas Addison vào năm 1855, đặc trưng bởi sự sản xuất nội tiết tố không đủ bởi tuyến thượng thận, có thể là nguyên phát do phá hủy vỏ thượng thận, hoặc thứ phát/thứ ba do thiếu hormone hướng vỏ thượng thận, hoặc sự kích thích của nó bằng hormone giải phóng corticotropin. Trong đó suy thượng thận thứ phát do lạm dụng glucocorticoids là nguyên nhân phổ biến nhất của suy thượng thận [1].

Hiện nay, liệu pháp glucocorticoids (GCs) được kê đơn rộng rãi để điều trị nhiều bệnh viêm và tự miễn dịch. Mặc dù đem lại rất nhiều lợi ích và hiệu quả trong điều trị nhưng việc sử dụng GCs ngoại sinh kéo dài sẽ gây suy thượng thận mạn tính. Các yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ suy thượng thận do GCs bao gồm thời gian điều trị, cách dùng, liều lượng và hiệu lực của GCs. Suy thượng thận do lạm dụng GCs thường diễn biến từ từ nhiều tháng, nhiều năm. Việc lạm dụng GCs trong điều trị ngày càng gia tăng dẫn đến tăng tỷ lệ xuất hiện các biến chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy thượng thận mạn tính do lạm dụng corticosteroid ở Khoa Nội 3, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023

2. Nhận xét các yếu tố nguy cơ mắc bệnh liên quan đến đường dùng, liều dùng và thời gian dùng thuốc corticosteroid ở các đối tượng nghiên cứu trên

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 47 bệnh nhân suy thượng thận mạn do lạm dụng GCs

nằm điều trị tại khoa Nội 3 Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 01/2023 – 08/2023

❖ Tiêu chuẩn chẩn đoán suy thượng thận mạn:

* **Tiền sử:** Sử dụng hoặc đang dùng GCs hoặc bệnh nhân đã được chẩn đoán suy thượng thận mạn do lạm dụng GCs, nguồn gốc thuốc, thời gian dùng, liều dùng.

* **Triệu chứng của hội chứng Cushing (theo tiêu chuẩn của Aron 1987) [2]:**

+ Toàn thân: thay đổi hình thể, tăng cân, tăng huyết áp.

+ Da và tổ chức liên quan: mặt tròn đỏ, rạn da, rậm lông, trứng cá, thâm tím da.

+ Cơ xương: yếu cơ, teo cơ, mệt mỏi, loãng xương.

+ Sinh dục: rối loạn kinh nguyệt, mất kinh, âm vật to.

+ Tâm thần: trầm cảm và thay đổi nhân cách.

+ Rối loạn chuyển hóa: đái tháo đường, rối loạn dung nạp glucose.

+ Sỏi thận.

* Một số triệu chứng khác kèm theo: sốt, tụt huyết áp tư thế, dấu hiệu mất nước.

* **Triệu chứng cận lâm sàng:** Nồng độ cortisol máu 8h sáng < 3 µg/dl. Do không có điều kiện làm nghiệm pháp synacthene và nghiệm pháp hạ đường huyết nên chúng tôi chỉ chọn bệnh nhân có nồng độ cortisol máu 8h sáng < 3 µg/dl là gợi ý chẩn đoán suy thượng thận.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: NC được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu và phương pháp lựa chọn: lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện, không xác suất, tích lũy dần. Trong suốt thời gian NC chúng tôi thu được 47 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán.

- Chỉ tiêu NC và cách thu thập số liệu:
Tất cả bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng và làm xét nghiệm theo một mẫu bệnh án thống nhất.

❖ Hỏi bệnh: Họ tên, tuổi, giới, tiền sử. Các triệu chứng suy thượng thận mạn: mệt mỏi, chán ăn, rối loạn tiêu hóa, rối loạn kinh nguyệt.....

❖ Khám bệnh: Mạch, huyết áp, đo chiều cao, cân nặng, BMI, vòng bụng. Khám mắt: thử thị lực, đo nhãn áp

❖ Cận lâm sàng: cortisol 8 giờ sáng, cortisol 20 giờ, glucose, ure, creatinin, protein, cholesterol, triglycerid, HDL - C, LDL - C, nước tiểu 10 thông số, công thức máu.

2.3. Xử lý số liệu: phần mềm thống kê y học SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi.

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
40 - 49	1	2,1
50 - 59	8	17
60 - 69	21	44,7
≥ 70	17	36,2
Tổng	47	100

Tuổi trung bình: $68,13 \pm 9,8$; Tuổi lớn nhất: 91; tuổi nhỏ nhất: 49



Hình 3.1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính

Bảng 3.2: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo chỉ số khối cơ thể

Chỉ số khối cơ thể			Số lượng	Tỉ lệ %	X ± SD (min; max)
BMI	Thiếu cân (< 18,5)		5	10,6	22,93 ± 3,14 (13,3; 30,1)
	Bình thường (18,5 – 22,9)		16	34	
	Thừa cân (23 – 24,9)		17	36,2	
	Béo phì (≥ 25)		9	19,1	
Vòng bụng	Nam	Tăng (> 90 cm)	19	40,4	97,9 ± 10,9 (67; 125)
		Bình thường (≤ 90 cm)	3	6,4	

	Nữ	Tăng (> 80 cm)	25	53,2	
		Bình thường (≤ 80 cm)	0		

Bảng 3.3: Phân bố bệnh nhân theo hội chứng Cushing

Triệu chứng của hội chứng Cushing	Số lượng	Tỉ lệ %
Mặt tròn	41	87,2
Béo trung tâm	40	85,1
Mặt đỏ	18	38,3
Teo cơ	26	55,3
Da mỏng, xuất huyết dưới da	25	53,2
Rạn da	6	12,8

Bảng 3.4: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nồng độ cortisol máu.

Nồng độ cortisol máu ($\mu\text{g/dl}$)		$\bar{X} \pm \text{SD}$ (min; max)	Số lượng	Tỉ lệ %
8h	< 3 $\mu\text{g/dl}$	5,44 $\pm$ 6,7 (0,4; 30,76)	26	55,3
	≥ 3 $\mu\text{g/dl}$		21	44,7
20h	< 3 $\mu\text{g/dl}$	5,16 $\pm$ 7,26 (0,4; 43)	28	59,6
	≥ 3 $\mu\text{g/dl}$		19	40,4

3.2. Nhận xét yếu tố nguy cơ và mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với bệnh suy thượng thận mạn do lạm dụng GCs ở các đối tượng nghiên cứu

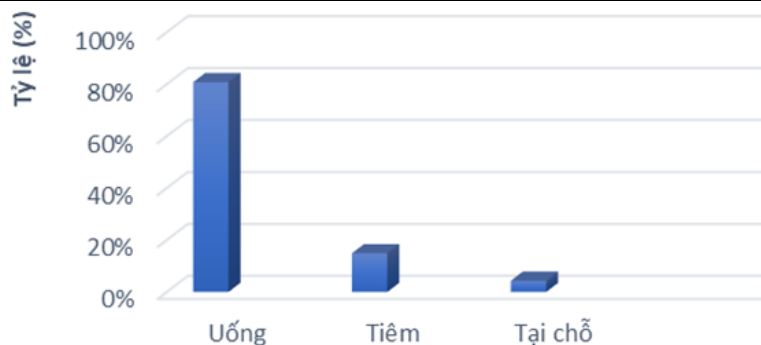
Bảng 3.5: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo loại GCs

Loại GCs		Số lượng	Tỉ lệ %
Thuốc có nguồn gốc	Hydrocortisol	4	8,5
	Prednisolone và Methylprednisolon	13	27,7
	Triamcilonone	5	18,5
	Dexamethasol	1	2,1
	Budesonide	1	2,1
	Fluticasone propionat	1	2,1
Không rõ nguồn gốc	Thuốc bột hòa tán / viên	14	29,8
	Thuốc sắc, nam	10	21,2
Tổng		47	100

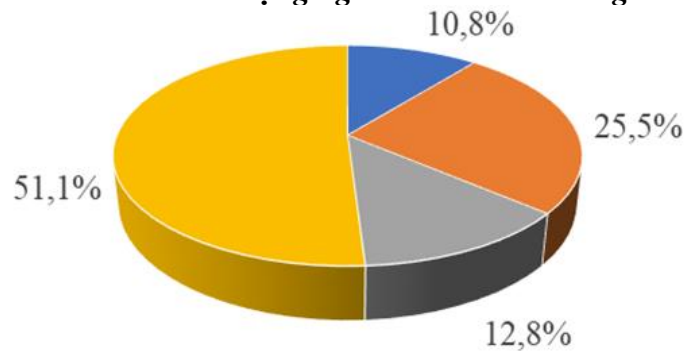
Bảng 3.6: Liên quan giữa nồng độ cortisol máu với loại GCs

Loại GCs Cortisol máu		Không nguồn gốc		Có nguồn gốc		95% CI	OR	p
		n	%	n	%			
8h	< 3 $\mu\text{g/dl}$	15	57,7	11	42,3	0,5 – 5,8	1,8	0,473
	≥ 3 $\mu\text{g/dl}$	9	42,9	12	57,1			
20h	< 3 $\mu\text{g/dl}$	18	64,3	10	35,7	1,1 – 13,4	3,9	0,039

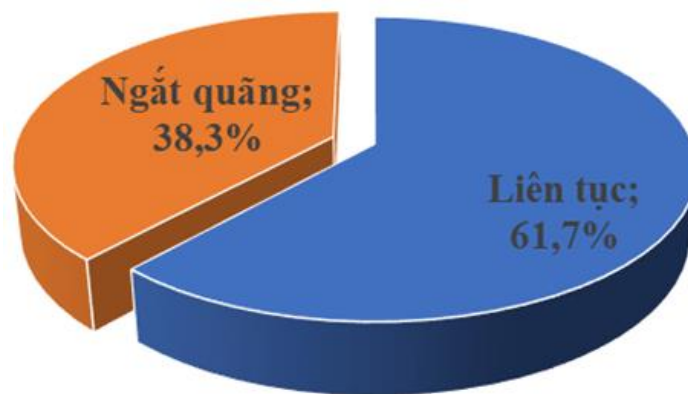
	$\geq 3 \mu\text{g/dl}$	6	31,6	13	68,4			



Hình 3.2: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo đường dùng GCs



Hình 3.3: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo liều dùng GCs hàng ngày



Hình 3.4: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tần suất sử dụng GCs

Bảng 3.7: Liên quan giữa nồng độ cortisol máu với tần suất sử dụng GCs

Tần suất dùng GCs		Ngắt quãng		Liên tục		95% CI	OR	p
		n	%	n	%			
8h	< 3 $\mu\text{g/dl}$	13	50	13	50	0,9 – 11,3	3,2	0,125
	$\geq 3 \mu\text{g/dl}$	5	23,8	16	76,2			
20h	< 3 $\mu\text{g/dl}$	15	31,9	13	27,7	1,5 – 25,9	6,1	0,021

	$\geq 3 \mu\text{g/dl}$	3	6,4	16	34			

Bảng 3.8: Liên quan giữa triệu chứng lâm sàng với tần suất sử dụng GCs

Lâm sàng		Tần suất	Liên tục n (%)	Ngắt quãng n (%)	95% CI	OR	p
Chán ăn	Có		15 (62,5)	9 (37,5)	0,3 – 3,5	1,1	1,0
	Không		14 (60,9)	9 (39,1)			
Gầy sút	Có		8 (53,3)	7 (46,7)	0,5 – 5,8	1,6	0,627
	Không		21 (65,6)	11 (34,4)			
Hạ đường huyết	Có		2 (50)	2 (50)	0,07 – 4,6	0,59	1,0
	Không		27 (62,8)	16 (37,2)			
Hội chứng Cushing	Có		28 (68,3)	13 (31,7)	1,1 – 101,7	10,7	0,048
	Không		1 (16,7)	5 (83,3)			

IV. BÀN LUẬN

Trong NC của chúng tôi, tuổi trung bình của các ĐTNC là $68,13 \pm 9,8$, tập trung chủ yếu ở nhóm từ 60 – 69 tuổi chiếm tỷ lệ 44,7%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả NC của Hoàng Anh Tài trên 50 bệnh nhân suy thượng thận tại Bệnh viện Thanh Nhân với tuổi trung bình là $62,86 \pm 12,71$, nhóm tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi [5]. Bệnh thường gặp ở độ tuổi này là do nguyên nhân sử dụng thuốc GCs của các ĐTNC trong NC của chúng tôi chủ yếu là do các bệnh lý cơ xương khớp. Ở người cao tuổi, các hệ cơ quan đều hoạt động yếu hơn, cùng với đó xương hấp thụ canxi và các chất dinh dưỡng kém làm cho hủy xương nhanh hơn tạo xương làm cho xương trở nên xốp, rỗng, dễ gãy. NC của chúng tôi, tỷ lệ nữ/nam là 1,14. Bệnh nhân nữ chiếm 53,2%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả NC của tác giả Hoàng Anh Tài có tỷ lệ nữ/nam là 1,78, trong đó nữ chiếm 64% [5].

Theo NC của Jeffrey R. Curtis và CS trên 6517 người dùng GCs cho thấy tăng cân là tác dụng phụ phổ biến nhất (70%) [4]. Trong

NC của chúng tôi, BMI trung bình là $22,93 \pm 3,14$. Trong đó nhóm bệnh nhân có tình trạng thừa cân, béo phì ($\text{BMI} \geq 23$) chiếm 55,3%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả NC của Nguyễn Thị Thùy Linh có tỷ lệ bệnh nhân thừa cân béo phì chiếm 65,4% [7].

Hội chứng Cushing hay gặp nhất là mặt tròn (87,2%), béo trung tâm (85,1%), mặt đỏ (38,3%), teo cơ (55,3%), da mỏng, xuất huyết dưới da (53,2%), rạn da (12,8%). Kết quả này khá tương đồng với kết quả NC của Hoàng Anh Tài có mặt tròn (94%), béo trung tâm (90%), mặt đỏ (84%), teo cơ (52%), chảy máu dưới da (36%), rạn da (10%). Kết quả NC của Nguyễn Thị Thùy Linh có mặt tròn (93,6%), béo trung tâm (55,5%), mặt đỏ (80%), da mỏng (76,4%), xuất huyết dưới da (39,1%) [7]. Do đó, ở những bệnh nhân có tiền sử dùng GCs và kiểu hình Cushing xuất hiện triệu chứng một mỗi nhiều, buồn nôn, nôn cần nghĩ đến suy thượng thận.

Nồng độ cortisol máu 8h trung bình là $5,44 \pm 6,7 \mu\text{g/dl}$, nồng độ thấp nhất là $0,4 \mu\text{g/dl}$, cao nhất là $30,76 \mu\text{g/dl}$. Có 68,1% bệnh nhân có nồng độ cortisol máu 8h giảm

(< 3 $\mu\text{g/dl}$). Nồng độ cortisol máu 20h trung bình là $5,16 \pm 7,26 \mu\text{g/dl}$, nồng độ thấp nhất là 0,4 $\mu\text{g/dl}$, cao nhất là 43 $\mu\text{g/dl}$. Trong đó có 59,6% bệnh nhân có nồng độ cortisol giảm. Kết quả NC của Hoàng Anh Tài có nồng độ cortisol máu 8h trung bình là $42,24 \pm 25,08 \text{ nmol/l}$, nồng độ thấp nhất là 2,04 nmol/l , cao nhất là 82,4 nmol/l [5]. Có sự khác biệt trên bởi vì đối tượng NC của chúng tôi gồm những bệnh nhân đã được chẩn đoán suy thượng thận và đang duy trì thuốc GCs đường uống nên nồng độ cortisol máu trong giới hạn bình thường. Còn NC của hai tác giả trên có ĐTNC là những bệnh nhân lần đầu được chẩn đoán suy thượng thận dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán là cortisol máu 8h giảm.

GCs được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng với nhiều đường dùng: đường toàn thân (uống, tiêm) đường tại chỗ (bôi, hít xịt...) nhiều chuyên khoa khác nhau. Theo Mortimer và CS thì những bệnh nhân sử dụng GCs đường uống có nguy cơ mắc suy thượng thận cao gấp 2 lần so với sử dụng đường hít xịt [6]. Trong NC của chúng tôi, có 95,7% bệnh nhân sử dụng GCs đường toàn thân, trong đó đường uống chiếm 80,8%, đường tiêm chiếm 14,9%. 4,3% bệnh nhân sử dụng đường tại chỗ (hít xịt). Kết quả của Vũ Thị Thục Trang có 78,8% bệnh nhân sử dụng GCs đường uống trong tổng số 87,9% bệnh nhân dùng GCs đường toàn thân [8]. Kết quả NC của Hoàng Anh Tài có 86% bệnh nhân dùng GCs đường toàn thân, đường uống chiếm 74% [5]. Có thể thấy đường uống được sử dụng rất rộng rãi bởi sự thuận tiện dùng được cả trong và ngoài bệnh viện. Bệnh nhân có thể dễ dàng mua thuốc ở

các hiệu thuốc với giá rẻ và đem lại hiệu quả điều trị nhanh chóng. Tuy nhiên, sử dụng GCs đường toàn thân làm tăng nguy cơ mắc AI so với đường tại chỗ.

Trong NC của chúng tôi, nhóm bệnh nhân sử dụng GCs liên tục hàng ngày chiếm 61,7%; 38,3% bệnh nhân sử dụng GCs ngắt quãng từng đợt. Kết quả này khá tương đồng với kết quả NC của Hoàng Anh Tài có 60% bệnh nhân sử dụng liên tục hàng ngày và 40% bệnh nhân sử dụng ngắt quãng từng đợt [5].

Các triệu chứng lâm sàng của AI đều gặp ở cả nhóm sử dụng GCs ngắt quãng từng đợt và liên tục hàng ngày. Trong đó, hội chứng Cushing gặp nhiều ở nhóm dùng GCs liên tục (59,6%) hơn so với nhóm dùng ngắt quãng (27,7%) với $p < 0,05$; OR = 10,7; 95% CI = 1,1 – 101,7. Vì khi bệnh nhân sử dụng GCs liên tục sẽ làm nồng độ cortisol trong máu luôn duy trì ở nồng độ cao hơn mức sinh lý bình thường do đó sẽ tăng nguy cơ xuất hiện các tác dụng phụ của GCs, trong đó có kiểu hình Cushing.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm chung: Tuổi trung bình là: $68,13 \pm 9,8$, chủ yếu > 60 tuổi. Nữ chiếm 53,2%. BMI trung bình: $22,93 \pm 3,14$, có 55,3% BMI ≥ 23 , có 93,6% có tăng vòng bụng.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: hội chứng Cushing (87,2%), nồng độ cortisol máu 8h giảm (68,1%), cortisol máu 20h giảm (59,6%).

Loại GCs không rõ nguồn gốc làm giảm nồng độ cortisol máu 20h gấp 3,9 lần so với thuốc có nguồn gốc với $p < 0,05$. **Liều GCs:**

Nhóm dùng không rõ liều có nồng độ cortisol máu 20h giảm nhiều hơn nhóm dùng liều cao, trung bình và thấp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Tần suất dùng:** 61,7% bệnh nhân sử dụng liên tục GCs hàng ngày; 38,3% bệnh nhân sử dụng ngắt quãng từng đợt. Dùng GCs liên tục làm tăng nguy cơ xuất hiện hội chứng Cushing gấp 10,7 lần so với nhóm dùng ngắt quãng với $p < 0,05$.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.148

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bornstein, S.R., et al.** (2016), "Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline", J
2. **Clin Endocrinol Metab.** 101(2): p. 364-89. Đại cương, chẩn đoán và điều trị. (2018), Suy thượng thận do dùng corticoid. Phác đồ Bộ Y tế. p. 161.
3. **Curtis, J.R., et al.** (2006), "Population-based assessment of adverse events associated with long-term glucocorticoid use", Arthritis Rheum. 55(3): p. 420-6.
4. **Curtis, J.R., et al.** (2006), "Population-based assessment of adverse events associated with long-term glucocorticoid use", Arthritis Rheum. 55(3): p. 420-6.
5. **Hoàng Anh Tài.** (2021), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân suy thượng thận do glucocorticoids". Luận văn thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Mortimer, K.J., et al.** (2006), "Oral and inhaled corticosteroids and adrenal insufficiency: a case-control study", Thorax. 61(5): p. 405-8.
7. **Nguyễn Thị Thùy Linh và cộng sự.** (2018), "Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hội chứng Cushing ở bệnh nhân dùng glucocorticoids", Tạp chí y dược lâm sàng 108.
8. **Vũ Thị Thục Trang.** (2018), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng điều trị của cơn suy thượng thận cấp trên những bệnh nhân suy thượng thận do thuốc", Tạp chí y học Việt Nam: Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LAO PHỔI MỚI Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HẢI PHÒNG 2021-2023

Trương Thành Kiên¹, Đào Thanh Nhuận², Nguyễn Thị Thủy²,
Phạm Thị Vân², Hà Minh Tâm¹, Mai Thị Thúy Hồng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị lao phổi mới ở người cao tuổi tại Hải Phòng năm 2021-2023.

Đối tượng: Gồm 100 bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán lao phổi mới có xác nhận vi khuẩn học, được điều trị phác đồ 2RHZE/4RHE tại Bệnh viện phổi Hải Phòng và điều trị ngoại trú tại tổ chống lao tất cả các quận, huyện của thành phố Hải Phòng. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu với mẫu thuận tiện. **Kết quả và kết luận:** Nhóm tuổi từ 60-69 hay gặp nhất (67%). Tỷ lệ nam / nữ = 2,7. 45% bệnh nhân có suy dinh dưỡng. Tăng huyết áp là bệnh kèm theo hay gặp chiếm 39%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp: mệt mỏi, ăn kém (86%), Ho khạc đờm 84%, Đau tức ngực 83%. Ran ẩm, ran nổ ở phổi chiếm 96%. Ho ra máu ít gặp (5%). XQ phổi: Tổn thương nửa trên cao hơn nửa dưới của phổi. Tổn thương thâm nhiễm hay gặp nhất (100%). Có 33% bệnh nhân lao phổi có bội nhiễm kèm theo. Đa số bệnh nhân lao phổi không có thiếu máu. Thiếu máu nhẹ chiếm 47%. Chức năng gan, thận đa số trong giới hạn bình thường. Gene Xpert dương tính tỷ lệ cao nhất 93%, cấy MGIT (+) 71,4%, tỷ lệ thấp nhất

là soi trực tiếp. Tỷ lệ điều trị khỏi và hoàn thành điều trị chiếm tỷ lệ 90%, Có 2% chuyển nơi khác. Có 8% bỏ trị.

Từ khóa: Lao phổi người cao tuổi, kết quả điều trị.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOME OF NEWLY DIAGNOSED PULMONARY TUBERCULOSIS IN ELDERLY PATIENTS IN HAI PHONG FROM 2021 TO 2023

Objectives: This study aims to describe the clinical and paraclinical characteristics, as well as treatment outcome, of newly diagnosed pulmonary tuberculosis (PTB) in elderly in Hai Phong 2021-2023. **Subjects:** This study includes 100 elderly patients who was newly diagnosed with pulmonary tuberculosis (PTB) with bacteriological confirmation. These patients were treated with the 2RHZE/4RHE regimen at Hai Phong Lung Hospital and Medical Centers across the districts of Hai Phong city. **Method:** The study employed a retrospective descriptive approach using a convenient sample. **Results and conclusions:** The age group between 60 and 69 years old was the most common (67%). The male-to-female ratio was 2.7. 45% of patients were found to have malnutrition. Hypertension was a common comorbidity, affecting 39%. Common clinical symptoms: fatigue, poor appetite (86%), chronic cough and sputums production (84%), and chest pain 83%. Moist

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Phổi Hải Phòng;

³Trung tâm Y tế quận Lê Chân, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thành Kiên

Email: ttkien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 10/5/2024

rales and crackles in the lungs were observed in 96%. Hemoptysis was uncommon (5%). Chest x-ray revealed that lesions in the upper half of the lung were more prevalent than those in the lower half. Infiltrative lesions were the most common (100%). 33% of PTB patients had co-infections. Most PTB patients did not exhibit anemia. Mild anemia accounts for 47% of cases. Liver and kidney function tests mostly fell within normal limits. Ninety percent of elderly PTB patients either completed treatment successfully or were cured, while 2% relocated, and 8% discontinued treatment.

Keywords: Pulmonary Tuberculosis, Elderly, treatment outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao tại Việt Nam và trên thế giới hiện nay còn đang diễn biến rất phức tạp. Việt Nam là quốc gia thứ 11 trong số 30 quốc gia có gánh nặng bệnh lao cao nhất toàn cầu [1]. Trong đó lao phổi cần được quan tâm và điều trị sớm để tránh biến chứng của bệnh và giảm nguồn lây. Nhất là ở người cao tuổi, do họ dễ bị nhiễm trùng mới và tái hoạt động của lao tiềm ẩn. Tỷ lệ lao phổi ở người cao tuổi khá cao khoảng 25 – 30% [1]. Tuy nhiên, lao phổi ở người cao tuổi thường đi kèm theo những bệnh khác của tuổi già làm cho việc chẩn đoán và điều trị sớm gặp nhiều khó khăn làm tăng nguy cơ thất bại trong điều trị (23%) và tử vong (19%) [1]. Đây chính là nguồn lây nguy hiểm trong cộng đồng. Phác đồ điều trị lao phổi mới đang được áp dụng tại Việt Nam là 2RHZE/4RHE. Và cũng chưa có đánh giá kết quả điều trị lao bằng phác đồ này ở Hải Phòng. Để góp phần thanh toán bệnh lao tại Hải Phòng nói riêng và cả nước nói chung đồng thời nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị sớm cho người cao tuổi, việc nghiên

cứu về lao phổi ở người cao tuổi là rất cần thiết. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu:

- Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lao phổi mới ở người cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Phổi và các quận, huyện tại Hải Phòng từ 2021 – 2023.

- Đánh giá kết quả điều trị lao phổi mới theo phác đồ 2RHZE/4RHE ở những bệnh nhân nghiên cứu nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ bệnh nhân là người cao tuổi được chẩn đoán xác định lao phổi mới, được duyệt điều trị phác đồ 2RHZE/4RHE tại Bệnh viện Phổi và các tổ chống lao tại các quận huyện tại Hải Phòng từ tháng 1/2021 đến tháng 4/2023.

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Tại BV Phổi và tổ chống lao tất cả các quận huyện tại Hải Phòng.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2023 – đến 10/2023.

2.1.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Tiêu chuẩn chẩn đoán lao phổi theo CTCLQG [2]:

- * Chẩn đoán xác định lao phổi khi có bằng chứng vi khuẩn lao phát hiện bằng các xét nghiệm soi trực tiếp, Xpert, cây MGIT, cây cổ điển trong bệnh phẩm như đờm hoặc dịch phế quản, có triệu chứng lâm sàng và có tổn thương trên Xquang phổi nghi lao.

- ❖ Tiêu chuẩn lao phổi mới: Bệnh nhân chưa điều trị lao bao giờ hoặc tiền sử dùng thuốc lao nhưng thời gian dưới 1 tháng [2].

- ❖ Tiêu chuẩn người cao tuổi theo WHO [1]: Bệnh nhân có độ tuổi ≥ 60 tuổi.

❖ Được điều trị lao theo phác đồ 2 RHZE/4 RHE theo hướng dẫn của CTCLQG.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ những bệnh nhân lao phổi tái phát hoặc có tiền sử điều trị lao trên 1 tháng. Người có HIV. Loại trừ người có ung thư, nấm phổi kèm theo. Hồ sơ không đầy đủ thông tin

❖ Đánh giá kết quả điều trị [2]: Bệnh nhân ban đầu có soi đờm trực tiếp AFB (+), sau 6 tháng điều trị, soi đờm AFB âm tính được đánh giá là khỏi bệnh. Bệnh nhân lao phổi ban đầu soi đờm AFB âm tính, điều trị sau 6 tháng làm lại AFB âm tính được đánh giá là hoàn thành điều trị. Tử vong là tử vong trong quá trình điều trị lao do bất kể nguyên nhân nào. Thất bại khi soi đờm AFB (+) ở tháng thứ 5. Không đánh giá được là khi bệnh nhân bỏ điều trị trong quá trình điều trị. Mất dấu là bệnh nhân không về lĩnh thuốc tại cơ sở y tế quận huyện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu không xác suất với mẫu thuận tiện.
- Cỡ mẫu: 100 bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu

2.3.1. Nghiên cứu về tuổi, giới, địa dư, bệnh kèm theo, lý do vào viện và các triệu chứng lâm sàng như: ho kéo dài, ho ra máu, tức ngực, khó thở, ăn kém, gầy sút cân, sốt về chiều, tiếng ran ẩm, ran nổ, ran rít, ran ngáy ở phổi.

2.3.2. Nghiên cứu cận lâm sàng: Các tổn thương trên XQ phổi, vị trí tổn thương, mức độ tổn thương, soi đờm trực tiếp tìm AFB, Xpert, cấy MGIT, cấy cổ điển, công thức máu, chức năng gan, thận.

2.3.3. Đánh giá kết quả điều trị: Khỏi, thất bại, tử vong, mất dấu, kết quả XQ, men gan và các triệu chứng lâm sàng sau điều trị.

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được thu thập vào mẫu bệnh án thống nhất qua hồ sơ lưu trữ. Số liệu đánh giá kết quả điều trị thu thập thông qua các tổ chống lao và liên hệ trực tiếp bệnh nhân qua điện thoại.

Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Tính tỷ lệ %, so sánh hai tỷ lệ bằng χ^2 , tính và so sánh hai trị số trung bình bằng T-test, sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố theo tuổi, giới, địa dư, BMI của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Tỷ lệ bệnh theo nhóm tuổi và giới của bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi

Giới	Tổng		Nam		Nữ		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi							
60-69	67	67,0	49	49,0	18	18,0	> 0,05
70-79	26	26,0	18	18,0	8	8,0	
≥ 80	7	7,0	6	6,0	1	1,0	
Tổng	100	100	73	73,0	27	27,0	

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 60 – 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn (67%) so với nhóm người độ tuổi trên 70-79 tuổi chiếm 26%, trên 80 tuổi chiếm 7%. Nam giới mắc bệnh lao nhiều hơn nữ giới, Tỷ lệ nam/ nữ = 2,7 Lần lượt là 73% và 27%.

Bảng 3.2. BMI và địa dư của bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi (n = 100)

BMI	Số lượng	Tỷ lệ %
Suy dinh dưỡng nặng (< 16 kg/m ²)	7	7,0
Suy dinh dưỡng vừa (16-16.9 kg/m ²)	14	14,0
Suy sinh dưỡng nhẹ (17-18.4 kg/m ²)	24	24,0
Bình thường (18.5 - 24.9 kg/m ²)	55	55,0
Thừa cân (25 - 29.9 kg/m ²)	0	0,0
Địa dư	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thành thị	46	46,0
Nông thôn	54	54,0
Tổng	100	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (55%). Tỷ lệ suy dinh dưỡng từ nhẹ đến nặng chiếm 45%. Bệnh nhân chủ yếu ở nông thôn.

* **Tiền sử bệnh khác kèm theo của bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi**

Ở bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi, có 52% bệnh nhân có bệnh kết hợp hay gặp

nhất là tăng huyết áp, chiếm 39,0%. Đái tháo đường (14,0%), Viêm dạ dày (7,0%), COPD (6%) và bệnh lý khác (xơ gan, bệnh lý van tim) chiếm 3%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi

Triệu chứng lâm sàng	Đối tượng nghiên cứu (n=100)	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Sốt về chiều	34	34,0
Mệt mỏi, chán ăn	86	86,0
Gầy sút cân	50	50,0
Ho khạc đờm	83	83,0
Ho ra máu	5	5,0
Đau tức ngực	84	84,0
Khó thở	32	32,0
Ran ẩm, ran nổ	96	96,0
Ran rít, ran ngáy	3	3,0
HC 3 giảm	11	11,0

Nhận xét: Các triệu chứng hay gặp như: mệt mỏi, ăn kém chiếm 86%, ho khạc đờm 83%, tức ngực 84%, Ran ẩm, ran nổ gặp 96%. Sốt nhẹ về chiều chiếm 34%. Ho ra máu ít gặp hơn 5%. Hội chứng 3 giảm kèm theo, chiếm 11%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi

Bảng 3.4. Kết quả XQ phổi thẳng của bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi (n=100)

Hình ảnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổn thương lao phổi	Nốt	39
	Thâm nhiễm	100
	Hang	37
	Xơ	54
Tràn dịch màng phổi	11	11,0

Nhận xét: Các dạng tổn thương Xquang cơ bản trên phổi của bệnh nhân là: thâm nhiễm chiếm 100%; nốt 39%; xơ 54% và hang chiếm 37%. Chủ yếu là tổn thương phổi hợp (71%). Phổi phải tỷ lệ tổn thương nửa trên là 70%, nửa dưới là 30%. Phổi trái tỷ lệ tổn thương nửa trên là 50%, nửa dưới là 30%.

Kết quả xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu

* Công thức máu: Bệnh nhân có số lượng bạch cầu bình thường chiếm 66%, số lượng tăng trên 10 G/L chiếm 33%, chỉ có 1% bệnh nhân có số lượng bạch cầu giảm dưới 4 G/L. Số lượng đa nhân trung tính dưới 55% chiếm

5%; từ 55-75% chiếm 51%, trên 70% chiếm 44%. Số lượng lympho dưới 20% là 61%; từ 20-40% là 31%; trên 40% chiếm 8%.

Đa số bệnh nhân lao không thiếu máu (52%), số bệnh nhân cao tuổi thiếu máu mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao (47%).

* Sinh hóa máu: Đa số bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi có men gan (AST, ALT) đều trong giới hạn bình thường, lần lượt là 83% và 92%. Chỉ có 3% bệnh nhân tăng men AST trên 2 lần. Chỉ số creatinin ở bệnh nhân lao phổi đa số trong giới hạn bình thường chiếm 93%.

Kết quả phát hiện vi khuẩn lao

Bảng 3.5. Kết quả xét nghiệm lao bằng các phương pháp vi sinh của bệnh nhân nghiên cứu

Xét nghiệm	Cấy cổ điển (n=36)		Gene Xpert (n=100)		Cấy MGIT (n=14)		Soi trực tiếp AFB (n=70)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dương	22	61,1	93	93,0	10	71,4	7	10,0
Âm	14	38,9	7	7,0	4	28,6	63	90

Nhận xét: Trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu: Có 100% bệnh nhân được xét nghiệm gene xpert, 14% bệnh nhân được cấy MGIT, 36% bệnh nhân được cấy cổ điển, 70% bệnh nhân được soi trực tiếp. Tỷ lệ xét nghiệm đờm dương tính của cấy cổ điển là

61,1%, Gene Xpert là 93,0%, cấy MGIT 71,4%, AFB là 10%.

3.4. Kết quả điều trị lao phổi mới ở người cao tuổi bằng phác đồ 2RHZE/4RHE

3.4.1. Kết quả điều trị sau 6 tháng điều trị bằng phác đồ 2RHZE/4RHE

Bảng 3.6. Kết quả điều trị lao phổi mới ở người cao tuổi bằng phác đồ 2 RHZE/4RHE

Tổng số (n = 100)	Khỏi và hoàn thành điều trị	Không theo dõi được (bỏ trị)	Chuyển nơi khác
n	90	8	2
Tỷ lệ %	90,0	8,0	2,0

Nhận xét: Tỷ lệ hoàn thành điều trị và khỏi chiếm tỷ lệ cao 90%, Có 8% bỏ trị không theo dõi được, 2% chuyển đi nơi khác.

3.4.2. Kết quả lâm sàng, cận lâm sàng sau 6 tháng điều trị phác đồ 2RHZE/4RHE.

* Kết quả lâm sàng: Trong số bệnh nhân khỏi và hoàn thành điều trị, 100% không còn triệu chứng lâm sàng.

Bảng 3.7. Kết quả xét nghiệm men gan

Xét nghiệm men gan	Trước điều trị	Sau 6 tháng	p
AST (U/l)	33,5 ± 18,1	30,0 ± 4,3	p > 0.05
ALT (U/l)	23,7 ± 10,3	26,7 ± 4,6	p > 0.05

Nhận xét: Không có sự khác biệt chức năng gan sau 6 tháng điều trị lao.

* Thay đổi hình ảnh tổn thương trên X quang phổi sau 6 tháng điều trị.

Tổn thương XQ sau 6 tháng điều trị 97,3% tiến triển tốt, 2,7% tiến triển khá. Các tổn thương còn lại sau 6 tháng chủ yếu là tổn thương xơ và hang, nốt vôi hóa. Tổn thương thâm nhiễm bay 100%.

3.4.3. Tác dụng không mong muốn: Đa số bệnh nhân không có tác dụng không mong muốn chiếm 92%. Có một số ít bệnh nhân dị ứng nhẹ ngoài da không phải thay đổi phác đồ chiếm 3%, đau khớp chiếm 3%, rối loạn tiêu hóa 2%. Các triệu chứng này đã hết sau khi được điều trị bằng các thuốc điều trị triệu chứng.

trên 70-79 tuổi chỉ chiếm 26% và ≥ 80 tuổi chiếm 7%. Nam mắc bệnh lao nhiều hơn nữ giới, với tỷ lệ 73% và 27%.

Theo số liệu thống kê của WHO 2022, tỷ lệ mắc lao của nam/ nữ ở vùng Tây Thái Bình Dương là 2,0 lần [1]. Nguyễn Thị Trang, Nguyễn Đức Thọ (2021) lao phổi AFB (+) ở người cao tuổi tập trung nhiều ở nhóm tuổi 60-70 chiếm 57,55%. [3]

Tỷ lệ mắc lao ở nam giới cao hơn phụ nữ, có thể giải thích do ảnh hưởng của văn hóa, xã hội và các yếu tố sinh học, người nam giới thường tham gia các hoạt động xã hội nhiều hơn nữ giới, vì vậy nguy cơ tiếp xúc với nguồn lây lao trong cộng đồng cũng cao hơn [1].

Tỷ lệ bệnh nhân mắc lao có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (55%). Tuy nhiên tỉ lệ người cao tuổi suy dinh dưỡng nhẹ đến nặng có tỷ lệ khá cao chiếm 45%. Không có ai thừa cân. Tỷ lệ bệnh nhân lao phổi ở nông thôn (54%) cao hơn ở thành thị (46%). Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang,

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố theo tuổi, giới, địa dư, BMI của bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi

Theo nghiên cứu của chúng tôi, Bảng 3.1 Nhóm người cao tuổi từ 60 – 69 tuổi hay gặp hơn chiếm 67% so với nhóm người độ tuổi

Nguyễn Đức Thọ (2021) có 59,5% bệnh nhân sống ở nông thôn. [3]

Tiền sử bệnh kết hợp hay gặp nhất là tăng huyết áp, chiếm 39,0%. Các bệnh khác ít gặp hơn như: Đái tháo đường (14,0%), Viêm dạ dày (7,0%), hen phế quản / COPD (6%). Theo WHO tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân lao phổi cao tuổi cao hơn đáng kể so với các nhóm bệnh khác. Bên cạnh đó bệnh đái tháo đường cũng là một yếu tố thúc đẩy cho bệnh lao tiến triển do cơ thể bị suy giảm miễn dịch làm cho sức đề kháng giảm sút, đây là điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn lao phát triển [1].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi

Qua bảng 3.2 cho thấy các triệu chứng lâm sàng ở người cao tuổi hay gặp như: mệt mỏi, ăn kém chiếm 86%, ho khạc đờm 83%, tức ngực 84%, Ran ẩm, ran nổ gặp 96%. Các triệu chứng ít gặp hơn là: Sốt nhẹ về chiều chiếm 34%. Ho ra máu 5%. Hội chứng 3 giảm kèm theo, chiếm 11%. Có thể giải thích tỷ lệ ho máu thấp do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là nhóm người cao tuổi, mà triệu chứng ho máu đặc hiệu cao cho lao ở người trẻ tuổi. Một nghiên cứu của JH. Lee và cs tại Hàn Quốc 2005 trên 326 bệnh nhân cao tuổi thấy triệu chứng suy nhược, chán ăn thường gặp hơn ở người cao tuổi. Ho ra máu và sốt thường gặp hơn ở nhóm tuổi ≤ 65 , trong khi suy nhược, khó thở, chán ăn thường gặp hơn ở người cao tuổi [5]. Nguyễn Thị Trang, Nguyễn Đức Thọ (2021) Ho có đờm chiếm tỉ lệ cao (97,5%) [3]. Trần Quang Phục (2016) triệu chứng ran ẩm ở phổi chiếm tỷ lệ cao 80% [4].

Ran ẩm, ran nổ khi nghe phổi thể hiện bệnh nhân có tổn thương ở phổi. Tuy nhiên các tổn thương viêm không do lao cũng xuất hiện triệu chứng ran phế nang khi nghe phổi. Tỷ lệ ran rít, ran ngáy chiếm tỷ lệ thấp 3% đa phần gặp ở các bệnh nhân mắc kèm bệnh lý mạn tính ở phổi như hen phế quản hay COPD. Trần Quang Phục (2016) triệu chứng ran ẩm ở phổi chiếm tỷ lệ cao 80%, tỷ lệ ran rít, ran ngáy [4].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi

* Đặc điểm tổn thương trên XQ: Theo kết quả nghiên cứu bảng 3.4 Các dạng tổn thương Xquang cơ bản trên phổi của bệnh nhân là: thâm nhiễm chiếm 100%; nốt 39%; xơ 54% và hang chiếm 37%. Chủ yếu là tổn thương phổi hợp (71%). Tổn thương phổi phải hay gặp hơn phổi trái. Tổn thương phổi do lao thường gặp ở đỉnh phổi 2 bên là do nửa trên phổi phân áp oxy cao hơn nửa dưới phổi. Bên cạnh đó áp lực mao mạch phổi ở nửa trên cũng cao hơn làm cho lưu lượng dòng máu ở các mao mạch này chảy chậm hơn nửa dưới. Hai điều kiện này làm cho vi khuẩn lao dễ dừng lại và gây bệnh tại vị trí nửa trên của phổi [1]. Nguyễn Thị Trang, Nguyễn Đức Thọ (2021) Tổn thương xquang chủ yếu là dạng thâm nhiễm (94,0%), nốt (87,0%); hang (74,0%) [3].

* Xét nghiệm máu: Đa số bệnh nhân lao phổi cao tuổi không có thiếu máu (52%). Thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ tương đối cao 47%. Có thể do tuổi cao nên tình trạng thiếu máu cũng tăng cao. Có 33% bệnh nhân tăng bạch cầu trên 10 G/L chiếm 33%.

Sinh hóa máu: Đa số bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi có men gan (AST, ALT) trong

giới hạn bình thường, lần lượt là 83% và 92%. Có 3% bệnh nhân tăng men AST trên 2 lần. Chức năng thận của bệnh nhân nghiên cứu đa số trong giới hạn bình thường (93%).

* Kết quả xét nghiệm phát hiện vi khuẩn lao: Qua nghiên cứu 100 BN lao phổi mới chúng tôi thấy (Bảng 3.5): Tỷ lệ phát hiện vi khuẩn lao bằng xét nghiệm Gen Xpert chiếm tỷ lệ cao nhất (93%), cây MGIT 71,4 %, cây cổ điển là 61,1% và thấp nhất là AFB (10%). Nguyễn Đức Thọ (2021), tỷ lệ cây cổ điển BK (+) là 62,8%. Tỷ lệ gene Xpert (+) 77,9% [3]. Tỷ lệ soi đờm AFB dương tính thấp có thể giải thích do người cao tuổi nên sức ho yếu, không đẩy được đờm ra bên ngoài kèm theo tổn thương chủ yếu là thâm nhiễm, ít hang lao nên lượng vi khuẩn được đẩy ra ngoài ít.

4.4. Kết quả điều trị lao phổi mới ở người cao tuổi bằng phác đồ 2 RHZE/4RHE

Tỷ lệ hoàn thành điều trị và khỏi chiếm tỷ lệ cao 90%, Có 8% không theo dõi được do bỏ trị. 2% chuyển đi nơi khác. Trong số bệnh nhân khỏi và hoàn thành điều trị, 100% không còn triệu chứng lâm sàng. Không có sự khác biệt đáng kể chức năng gan sau khi điều trị phác đồ 6 tháng. Tổn thương XQ sau 6 tháng điều trị 97,3% tiến triển tốt, 2,7% tiến triển khá. Các tổn thương còn lại sau 6 tháng chủ yếu là tổn thương xơ và hang, nốt vôi hóa. Tổn thương thâm nhiễm bay 100%. Đa số bệnh nhân không có tác dụng không mong muốn chiếm 92%. Có một số ít bệnh nhân dị ứng nhẹ ngoài da không phải thay đổi phác đồ chiếm 3%, đau khớp chiếm 3%, rối loạn tiêu hóa 2%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện trường hợp nào tử vong trong quá trình điều trị lao nhưng theo

chúng tôi có thể có bệnh nhân tử vong trong quá trình điều trị lao nằm trong số bỏ trị. Có thể giải thích do gia đình không thông báo và bỏ lĩnh thuốc điều trị lao nên được ghi nhận là bỏ trị.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Lộc 2019 tại Tân Phú, Đồng Nai cho thấy tỷ lệ điều trị khỏi là 76,7%, có 17,4% không theo dõi được, tử vong 4,6%, thất bại 1,1% [6]

Theo SM Alavi và cs 2014, tần suất đạt được kết quả điều trị thuận lợi ở người cao tuổi thấp hơn đáng kể so với ở bệnh nhân trẻ tuổi (64% so với 77%, $P = 0,003$) [7]. Theo Oshi nghiên cứu lao phổi mới ở người cao tuổi tại Nigeria 2014, tỷ lệ điều trị lao thành công là 68,9% [8].

V. KẾT LUẬN

*** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân lao phổi mới cao tuổi**

- Nhóm tuổi từ 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (67%)
- Nam giới mắc bệnh lao nhiều hơn nữ giới, với tỷ lệ nam / nữ = 2,7.
- Bệnh nhân ở nông thôn cao hơn thành thị, chiếm 54%.
- Tình trạng suy dinh dưỡng từ độ 1 đến độ 3 chiếm tỷ lệ cao (45%)
- Tăng huyết áp là bệnh kèm theo hay gặp chiếm 39%
- Triệu chứng lâm sàng hay gặp là: mệt mỏi, ăn uống kém (86%), ho khạc đờm 84%, đau tức ngực 83%. Ran ẩm, ran nổ ở phổi chiếm 96%. Ho máu ít gặp (5%).
- Tỷ lệ tổn thương thâm nhiễm hay gặp nhất (100%).
- Có 33% bệnh nhân lao phổi có bội nhiễm kèm theo. Đa số bệnh nhân lao phổi

không có thiếu máu. Thiếu máu nhẹ chiếm 47%

- Chức năng gan, thận của bệnh nhân nghiên cứu đa số trong giới hạn bình thường.

- Tỷ lệ phát hiện vi khuẩn Gene Xpert dương tính là cao nhất 93%, cấy MGIT (+) 71,4%, thấp nhất là soi trực tiếp.

*** Kết quả điều trị lao phổi mới ở người cao tuổi bằng phác đồ 2RHZE/ 4RHE**

Tỷ lệ hoàn thành điều trị và khỏi chiếm tỷ lệ 90%, Có 8% không theo dõi được do bỏ trị, 2% chuyển đi nơi khác. 100% số bệnh nhân khỏi và hoàn thành điều trị không còn triệu chứng lâm sàng. 97,3% tổn thương phổi tiến triển tốt.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.98

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2022), "Global Tuberculosis Report 2022".
2. Bộ Y Tế (2020), "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao", quyết định số 1314/QĐ-BYT ngày 24/3/2020.
3. Nguyễn Thị Trang, Nguyễn Đức Thọ (2021), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

lao phổi AFB (+) ở người cao tuổi tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng trong 2 năm 2018-2019", Tạp chí Y học Việt Nam - tập 503 - Tháng 6 - Số đặc biệt - 2021.

4. Trương Thành Kiên, Trần Quang Phục (2016), "Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng lao phổi mới và kết quả phát hiện vi khuẩn lao bằng các xét nghiệm vi sinh tại Hải Phòng năm 2016", Luận văn thạc sỹ học ,Đại học Y Dược Hải Phòng.
5. Lee, J. H., et al. (2005), "Diagnostic and therapeutic problems of pulmonary tuberculosis in elderly patients", J Korean Med Sci. 20(5), pp. 784-9.
6. Nguyễn Lộc (2019), "Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị lao phổi AFB (+) mới tại trung tâm y tế Tân Phú, Đồng Nai năm 2018 - 2019", Luận văn chuyên khoa cấp II, ĐHY Dược Cần Thơ năm 2019.
7. Alavi et al (2014), "Clinical and Radiographic Manifestations and Treatment Outcome of Pulmonary Tuberculosis in the Elderly in Khuzestan, Southwest Iran". Tanaffos. 2014;13(4):14-9. PMID: 25852757.
8. Oshi DC et al (2014), "Profile and treatment outcomes of tuberculosis in the elderly in southeastern Nigeria, 2011-2012". PLoS One. 2014 Nov 4;9(11):e111910

THỰC TRẠNG CHỨC NĂNG THĂNG BẰNG Ở BỆNH NHÂN SAU ĐỘT QUY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Thị Huệ¹, Bùi Thị Bích Ngọc¹

TÓM TẮT

Đột quy gây ra nhiều khiếm khuyết, là thách thức không nhỏ cho các nhà thực hành lâm sàng chuyên ngành Phục hồi chức năng. Người bệnh sống sót sau đột quy thường gặp các rối loạn như: vận động, cảm giác, tri giác nhận thức, nuốt, ngôn ngữ... trong đó rối loạn thăng bằng là một trong những rối loạn về vận động thường gặp. **Mục tiêu:** đánh giá thực trạng chức năng thăng bằng sau đột quy não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 32 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán đột quy não và điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng – Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 11/2022 đến hết tháng 5/2023. Nghiên cứu tập trung vào đánh giá chức năng thăng bằng bằng thang điểm Berg balance Scale (BBS), khả năng đi theo thang điểm Functional Ambulation Categories (FAC) và một số yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tất cả các BN trong nghiên cứu đều suy giảm chức năng thăng bằng với nguy cơ ngã ở các mức độ khác nhau, điểm BBS trung bình là $21,9 \pm 3,1$ và 78,1% BN đi phụ thuộc. Có mối liên quan giữa tuổi, bên liệt, thời gian đột quy, loại đột quy với nguy cơ ngã và không tìm thấy mối liên quan giữa giới và nguy cơ ngã. **Kết luận:** Sau đột quy não BN suy giảm chức năng thăng bằng làm tăng nguy cơ ngã.

¹Bộ môn Phục hồi chức năng - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huệ

Email: ngthue@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 4/3/2024

Ngày duyệt bài: 13/5/2024

Từ khóa: Đột quy, thăng bằng.

SUMMARY

STATUS OF BALANCE FUNCTION POSTSTROKE AT HUU NGHỊ VIỆT TIỆP HOSPITAL

Stroke causes many disabilities, presenting a significant challenge for clinical practitioners specializing in Rehabilitation. Patients who survive a stroke often experience disorders such as: movement, sensation, cognitive perception, swallowing, aphasia... in which balance disorder is one of the common movement disorders. **Aims:** evaluate the status of balance function poststroke. **Subjects and methods:** including 32 patients diagnosed with stroke and treated at the Rehabilitation Department – Huu Nghi Viet Tiep Hospital from November 2022 to the end of May 2023. The study focuses on assessing balance function using the Berg Balance Scale (BBS), walking ability according to the Functional Ambulation Categories (FAC) scale and some related factors. **Results:** All patients in the study group had impaired balance function with varying risk of falls, the average BBS score was 21.9 ± 3.1 and 78.1% of patients walked independently. There was a relationship between age, side of paralysis, stroke time, stroke type and the risk of falling and no relationship was found between gender and the risk of falling. **Conclusion:** Stroke causes patients to have impaired balance function and increases the risk of falling.

Keywords: Stroke, balance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não gây ra nhiều khiếm khuyết, là thách thức không nhỏ cho các nhà thực hành lâm sàng chuyên ngành Phục hồi chức năng. Người bệnh sống sót sau đột quy thường gặp các rối loạn như: vận động, cảm giác, tri giác nhận thức, nuốt, ngôn ngữ... trong đó rối loạn thăng bằng là một trong những rối loạn về vận động thường gặp. Trong giai đoạn cấp tính của đột quy, trên 80% đối tượng có biểu hiện rối loạn thăng bằng. Đây là yếu tố nguy cơ chính dẫn đến té ngã, tỷ lệ té ngã ở người bệnh đột quy có thể tăng lên 73% trong 6 tháng sau đột quy [1]. Té ngã gây ra những hậu quả nặng nề như chấn thương, tàn tật, suy giảm chức năng thậm chí là tử vong, làm cho người bệnh ảnh hưởng nặng nề tới tâm lí, giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh và tăng chi phí điều trị.

Có nhiều phương pháp để đánh giá rối loạn thăng bằng và nguy cơ té ngã như bài kiểm tra đứng lên và đi (Timed Up and Go Test), bài kiểm tra thăng bằng Berg (Berg Balance Scale - BBS), bài kiểm tra thăng bằng và dáng đi Tinetti (Tinetti Gait and Balance Test). Các bài kiểm tra này đánh giá các thông số khác nhau trong đó bài kiểm tra BBS đánh giá được thăng bằng tĩnh, động và đơn giản. Lượng giá thăng bằng sớm để phát hiện những rối loạn thăng bằng và xác định yếu tố liên quan đến thăng bằng giúp cho bác sĩ xây dựng kế hoạch điều trị và phục hồi chức năng. Tuy nhiên, hiện nay thực sự chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này vì vậy chúng tôi tiến hành: **“Thực trạng chức năng thăng bằng ở bệnh nhân sau đột quy não tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp”** với hai mục tiêu:

1. *Mô tả chức năng thăng bằng ở bệnh nhân sau đột quy não bằng thang điểm thăng bằng Berg (Berg Balance Scale).*

2. *Mô tả một số yếu tố liên quan đến suy giảm chức năng thăng bằng ở bệnh nhân sau đột quy não.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

BN được chẩn đoán xác định đột quy não và được điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng – Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 11/2022 đến hết tháng 5/2023

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

+ BN đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đột quy não

+ Điều trị tại khoa Phục hồi chức năng – Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

+ Điểm đánh giá nhận thức MoCA $\geq$ 18 điểm

+ Gia đình và BN đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ BN suy giảm chức năng thăng bằng trước đó do các nguyên nhân như: chấn thương sọ não, u não, Parkinson, rối loạn tiền đình, hội chứng tiểu não, dị tật chi dưới, bệnh lý cơ xương khớp...

+ Đang bị chấn thương hoặc sau phẫu thuật chỉnh hình chi dưới

+ Suy giảm thị lực nghiêm trọng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. **Chọn mẫu nghiên cứu:** chọn mẫu thuận tiện. Chúng tôi đã chọn được 32 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, vị trí bên liệt, thời gian bị đột quy, loại đột quy

- Đánh giá thăng bằng bằng thang điểm thăng bằng Berg gồm 14 mục.

Phân loại : 41-56: nguy cơ ngã thấp

21-40: nguy cơ ngã trung bình

0-20: nguy cơ ngã cao

- Đánh giá khả năng đi FAC (Functional Ambulation Categories)

Không chức năng đi: 0 điểm

Phụ thuộc mức độ 2: 1 điểm

Phụ thuộc mức 1: 2 điểm

Phụ thuộc giám sát: 3 điểm

Độc lập mức nền phẳng: 4 điểm

Độc lập hoàn toàn: 5 điểm

- Đánh giá một số yếu tố liên quan đến suy giảm chức năng thăng bằng: tuổi, giới, vị trí bên liệt, thời gian bị đột quỵ.

2.3. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Tiến hành chọn BN theo tiêu chuẩn.

Bước 2: Thu thập các thông tin chung của BN từ hồ sơ bệnh án, tiếp xúc và khám BN, khai thác thông tin về đặc điểm nhân sinh xã hội của BN, các triệu chứng lâm sàng.

Bước 3: Lượng giá khả năng thăng bằng bằng thang đo lường thăng bằng Berg

2.4. Xử lý số liệu

Nghiên cứu sử dụng SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố BN theo nhóm tuổi, giới và bên liệt

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 60	7	21,8
	≥ 60	25	78,2
Giới	Nam	18	56,3
	Nữ	14	43,7
Bên liệt	Phải	24	75
	Trái	8	25

Nhận xét:

- Tuổi trung bình (TB) $63,6 \pm 9,8$. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỉ lệ cao chiếm 78,2%.

- Nam giới có 18 BN chiếm tỉ lệ 56,3% cao hơn nữ giới. Tỉ lệ nam/nữ là 1,38.

- Tỉ lệ BN liệt nửa người bên phải chiếm tỉ lệ 75%, bên trái chiếm 25 %.

Bảng 3.2. Phân bố thời gian đột quỵ (tuần)

Thời gian đột quỵ	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
≤ 12 tuần	28	87,5
>12 tuần	4	12,5

Nhận xét: Thời gian đột quỵ trong nhóm nghiên cứu chủ yếu ≤12 tuần với tỉ lệ 87,5%

Bảng 3.3. Phân loại đột quỵ

Loại đột quỵ	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
Xuất huyết não	3	9,4
Nhồi máu não	29	90,6

Nhận xét: Trong 32 BN nghiên cứu, đột quỵ nhồi máu não chiếm tỉ lệ cao với 90,6%

3.2. Kết quả thăng bằng ở BN đột quỵ

Bảng 3.4. Đặc điểm chức năng thăng bằng ở BN đột quỵ theo thang điểm BBS

Phân loại chức năng thăng bằng	Số BN	Tỉ lệ (%)	Điểm BBS ($\bar{X} \pm SD$)
Không suy giảm chức năng thăng bằng	0	0	
Suy giảm với nguy cơ ngã thấp	5	15,6	43,1 $\pm$ 2,7
Suy giảm với nguy cơ ngã trung bình	10	31,2	24,4 $\pm$ 3,8
Suy giảm với nguy cơ ngã cao	17	53,2	14,3 $\pm$ 2,1
$\bar{X} \pm SD$: 21,9 $\pm$ 3,1			

Nhận xét: Trong 32 BN nghiên cứu, tất cả các BN đều có suy giảm chức năng thăng bằng với các nguy cơ ngã với các mức độ khác nhau với điểm BBS trung bình là 21,9 $\pm$ 3,1.

Bảng 3.5. Khả năng đi theo FAC

Điểm FAC	Số BN	Tỉ lệ (%)
0	4	12,5
1	10	31,2
2	8	25
3	7	21,9
4	3	9,4

Nhận xét: Trong 32 BN nghiên cứu, 78,1% BN đi phụ thuộc và không có BN đi độc lập hoàn toàn

Bảng 3.6. Điểm thăng bằng BBS theo đặc điểm BN

Đặc điểm	Điểm thăng bằng BBS ($\bar{X} \pm SD$)	p
Tuổi	<60	25,3 $\pm$ 3,7
	≥ 60	18,8 $\pm$ 2,6
Giới	Nam	21,3 $\pm$ 3,1
	Nữ	23,4 $\pm$ 1,7
Bên liệt	Phải	20,9 $\pm$ 2,4
	Trái	23,1 $\pm$ 1,8
Thời gian đột quỵ (tuần)	≤ 12	18,3 $\pm$ 3,2
	>12	23,9 $\pm$ 2,5
Loại đột quỵ	Xuất huyết não	16,5 $\pm$ 2,2
	Nhồi máu não	24,7 $\pm$ 3,5

Nhận xét:

Điểm thăng bằng trung bình ở nhóm tuổi < 60 cao hơn so với nhóm ≥ 60 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm thăng bằng trung bình theo thời gian đột quỵ ở nhóm ≤ 12 là thấp hơn so với nhóm >12 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm thăng bằng trung bình theo phân loại đột quỵ ở nhóm nhồi máu não là cao hơn và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm thăng bằng trung bình theo giới, bên liệt không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

3.3. Một số mối liên quan với nguy cơ ngã theo BBS của BN đột quỵ

Bảng 3.7. Một số mối liên quan với nguy cơ ngã theo BBS

Đặc điểm		Nguy cơ ngã theo BBS			P
		Cao (%)	TB (%)	Thấp (%)	
Tuổi	<60	11,8 %	30%	40%	p<0,05
	≥ 60	88,2%	70%	60%	
Giới	Nam	58,8%	50%	60%	p>0,05
	Nữ	41,2%	50%	40%	
Bên liệt	Phải	76,5%	70%	60%	p<0,05
	Trái	23,5%	30%	40%	
Thời gian đột quỵ (tuần)	≤12	94,1%	80%	80%	p<0,05
	>12	5,9%	20%	20%	
Loại đột quỵ	Xuất huyết não	11,8%	10%	0%	p<0,05
	Nhồi máu não	88,2%	90%	100%	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tuổi, bên liệt, thời gian đột quỵ, loại đột quỵ với nguy cơ ngã với $p<0,05$. Không tìm thấy mối liên quan giữa giới và nguy cơ ngã $p>0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Trong 32 BN nghiên cứu BN có tuổi thấp nhất là 34 tuổi, cao tuổi nhất là 77, tuổi trung bình $63,6 \pm 9,8$, nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỉ lệ cao nhất 78,2%. Tỉ lệ nam/nữ là 1,38. Kết quả nghiên cứu phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước, Trần Văn Chương [2] nhóm tuổi 60-69 gặp nhiều nhất, nam/nữ là 1,7, nghiên cứu của Đỗ Thị Hương Minh [3] nhóm tuổi 60-70 độ tuổi trung bình là 71,7, tỉ lệ nam/nữ là 1,4.

- Tỉ lệ liệt nửa người bên phải chiếm 75%, bên trái chiếm 25 %. Tuy nhiên kết quả Trần Văn Chương [2] thấy không có sự khác biệt đáng kể. Chúng tôi cho rằng sự khác nhau này có thể do cách chọn, số lượng BN

nghiên cứu của các tác giả không giống nhau.

- Thời gian đột quỵ trong nhóm nghiên cứu hay gặp là ≤ 12 tuần chiếm 87,5%. Kết quả này là phù hợp với các tác giả như Trần Văn Chương [2]. Sự phục hồi vận động của đột quỵ không phải là một đường thẳng mà theo đường cong và hầu hết phục hồi xảy ra trong những ngày tháng đầu tiên đặc biệt trong 3 tháng đầu theo cơ chế tính mềm dẻo thần kinh của não bộ. Vì vậy nhóm nghiên cứu của chúng tôi vẫn nằm trong khoảng thời gian vàng để hồi phục vận động.

- Trong phân loại đột quỵ não, nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nhóm BN nhồi máu não với 90,6% điều này tương đồng với tỉ lệ mắc của nhồi máu não cao hơn xuất huyết não. Trong Nghiên cứu của Noriaki Maeda [4] cũng có tỉ lệ BN nhồi máu não cao hơn BN xuất huyết não với 32 người được chẩn đoán nhồi máu nội sọ, 21 người được chẩn đoán xuất huyết não.

4.2. Kết quả thăng bằng ở BN đột quỵ và một số mối liên quan

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN sau đột quỵ đều suy giảm chức năng thăng bằng ở các mức độ khác nhau dẫn đến nguy cơ ngã. Những người bị đột quỵ có nguy cơ té ngã cao và tỷ lệ cao nhất (37–73%) [5] dường như xảy ra trong vòng sáu tháng đầu sau khi xuất viện. Một số nghiên cứu đã điều tra các yếu tố nguy cơ gây té ngã ở những người sống sót sau đột quỵ tại cộng đồng; chỉ một số ít ghi lại hậu quả của việc ngã ngoài chấn thương. Ngã có thể để lại di chứng tâm lý, chẳng hạn như sợ té ngã, được báo cáo ở 88% số người sống sót sau đột quỵ bị ngã trong cộng đồng và khả năng tự giữ thăng bằng bị suy giảm, đã được chứng minh là có thể dự đoán chức năng thể chất và tình trạng sức khỏe nhận biết sau đột quỵ. Ngã và sợ ngã ở những người bị đột quỵ có thể dẫn đến hạn chế hoạt động, và giảm hoạt động xã hội cũng như trầm cảm. Những hậu quả này có thể khiến một cá nhân có nguy cơ té ngã cao hơn do đẩy nhanh quá trình mất khả năng điều hòa và dẫn đến mất khả năng độc lập, điều này có thể hạn chế sự phục hồi nhận thức do giảm khả năng tham gia và tham gia vào các hoạt động hàng ngày [5]. Người ta vẫn chưa biết tác động của việc té ngã và hậu quả của chúng đối với mức độ chức năng của những người trở về nhà từ bệnh viện phục hồi chức năng sau đột quỵ. Do đó, do khả năng sợ hãi, giảm hoạt động thể chất và xã hội, có thể ngay cả những cú ngã không gây thương tích thực thể cũng có thể ảnh hưởng xấu đến quá trình phục hồi vận động và nhận thức liên tục sau đột quỵ.

Nghiên cứu của Noriaki Maeda [4] dự đoán nguy cơ ngã ở BN đột quỵ cho thấy

điểm BBS lúc nhập viện có liên quan đáng kể đến khả năng té ngã. Hơn nữa, sử dụng điểm BBS đáng kể để phân loại người ngã và người không ngã có độ chính xác là 81,1%. Trong nghiên cứu của Đỗ Thị Hương Minh [3] có điểm BBS trung bình là 29.42 ± 6.8 còn nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng điểm thăng bằng trung bình lúc vào viện là thấp hơn với điểm BBS trung bình là 21.9 ± 3.1 có thể do sự khác biệt trong nhóm nghiên cứu được thực hiện ở đối tượng tuổi cao, nên khi bị bệnh thì tình trạng yếu liệt cơ, rối loạn cảm giác nặng nề hơn. Một nguyên nhân khác để giải thích cho sự khác biệt này còn có thể do đối tượng của chúng tôi được thực hiện tại tuyến tỉnh, sự nhận thức của BN về việc phục hồi chức năng sớm còn nhiều hạn chế do vậy BN có xu hướng nằm trên giường nhiều hơn là việc di chuyển và dịch chuyển sớm nên khi đứng để thực hiện nghiệm pháp BN dễ bị chóng mặt hơn làm tăng nguy cơ rối loạn thăng bằng. Nhìn chung bệnh nhân đột quỵ có suy giảm thăng bằng chiếm tỉ lệ cao. Vì vậy các nhà lâm sàng cũng cần chú ý đến vấn đề thăng bằng sau đột quỵ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có BN nào đi độc lập hoàn toàn theo FAC mà chủ yếu đi phụ thuộc. Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Minh Nguyệt [6] khả năng đi theo FAC với tỉ lệ BN đi phụ thuộc có giám sát là 100%. BN liệt nửa người do đột quỵ nào có các khiếm khuyết như chuyển động bước, sức mạnh cơ của chân, duy trì trạng thái thăng bằng và phối hợp giữa các khớp làm giảm khả năng đi. Để phục hồi được khả năng đi BN tốt nhất cần được can thiệp phục hồi sớm.

Khi xét một số yếu tố liên quan, nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng có mối liên quan giữa tuổi, bên liệt, thời gian đột quy, loại đột quy với nguy cơ ngã với $p < 0,05$ và không tìm thấy mối liên quan với giới $p > 0,05$. Điểm thăng bằng trung bình ở nhóm tuổi < 60 cao hơn so với nhóm ≥ 60 . Điều này có thể được giải thích rằng tuổi càng cao thì rối loạn thăng bằng càng tăng do suy giảm nhiều chức năng của hệ thống cảm giác, cũng như về sức mạnh cơ, tầm vận động của khớp và hệ thống thần kinh cơ [7]

Đối với BN liệt nửa người do TBMMN, tổn thương bán cầu não bên phải hay bên trái sẽ có những biểu hiện lâm sàng về khiếm khuyết và giảm khả năng khác nhau, ngoài liệt nửa người BN còn có các rối loạn đặc trưng khác kèm theo. Công bố trước đó Laufer Y và cs [8] chỉ ra rằng vị trí bên tổn thương não có thể ảnh hưởng đến khả năng phục hồi tổng thể của BN sau đột quy, vì BN liệt nửa người bên phải có nhiều khả năng đạt được độc lập khả năng độc lập trong vòng 2 tháng sau khi đột quy hơn so với BN liệt nửa người bên trái.

Điểm thăng bằng trung bình theo thời gian đột quy ở nhóm ≤ 12 là thấp hơn so với nhóm > 12 và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau đột quy BN có thời gian vàng trong hồi phục là 3 tháng đầu. Ngay từ những ngày đầu BN đã được tập luyện đúng cách để phòng tránh các thương tật thứ cấp, đồng thời kích thích vận động hồi phục. Tùy theo giai đoạn mà lựa chọn các kỹ thuật PHCN phù hợp. Nhiều tác giả đã nghiên cứu cho kết quả, BN được tập luyện PHCN sớm sẽ cho kết quả phục hồi tốt hơn so với những BN được phục hồi muộn.

Trong nghiên cứu của Trần Văn Chương thấy rằng, BN được bắt đầu tập trước 6 tuần có kết quả phục hồi khả năng đi cao hơn so với BN được bắt đầu sau 6 tuần.

Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa giới tính và nguy cơ ngã theo BBS.

V. KẾT LUẬN

- Tất cả các BN trong nghiên cứu đều có suy giảm chức năng thăng bằng với các nguy cơ ngã với các mức độ khác nhau với điểm BBS trung bình là $21,9 \pm 3,1$.

- 78,1% BN đi phụ thuộc mức độ 1,2,3 và không có BN nào đi độc lập hoàn toàn.

- Có mối liên quan giữa tuổi, bên liệt, thời gian đột quy, loại đột quy với nguy cơ ngã với $p < 0,05$. Không tìm thấy mối liên quan giữa giới và nguy cơ ngã $p > 0,05$.

VI. KIẾN NGHỊ

1. BN sau đột quy não suy giảm chức năng thăng bằng làm tăng nguy cơ ngã vì vậy cần đánh giá thăng bằng thường quy sau đột quy.

2. Nghiên cứu của chúng tôi chưa đề cập đến sự thay đổi thăng bằng liên quan đến tổn thương não bộ và các thang điểm đánh giá phù hợp cho mỗi dạng tổn thương não bộ vì thế đây cũng là hạn chế của chúng tôi. Vì vậy cần có nghiên cứu sâu hơn về điều này.

3. Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian ngắn và số lượng BN chưa nhiều nên nghiên cứu còn nhiều hạn chế.

VII. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.150

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Chương**, Nghiên cứu phương pháp phục hồi chức năng vận động cho BN liệt nửa người do tai biến mạch máu não (2003), Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
2. **Đỗ Thị Hương Minh**, Đánh giá kết quả phục hồi chức năng thăng bằng trên người bệnh nhồi máu não tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương (2020), Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội
3. **Phạm Thị Minh Nguyệt, Trần Văn Chương**, Đánh giá kết quả phục hồi chức năng đi lại và mối liên quan với cơ lực chi dưới ở BN tai biến nhồi máu não vùng bán cầu 2008, Luận văn thạc sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Cho K, Yu J, Rhee H.**, Risk factors related to falling in stroke patients: a cross sectional study. *J Phys Ther Sci.* 2015;27(6):1751-1753
5. **Gauchard GC, Jeandel C, Perrin PP.**, Physical and sporting activities improve vestibular afferent usage and balance in elderly human subjects. *Gerontology.* 2001;47(5):263-270.
6. **Laufer Y, Sivan D, Schwarzmans R, Sprecher E.**, Standing Balance and Functional Recovery of Patients with Right and Left Hemiparesis in the Early Stages of Rehabilitation. *Neurorehabil Neural Repair.* 2003;17(4): 207-213.
7. **Noriaki Maeda, Yukio Urabe, Masahito Murakami.**, et al (2015). Discriminant analysis for predictor of falls in stroke patients by using the Berg Balance Scale, *Singapore Med J.* 2015 May; 56(5): 280–283.
8. **Weerdesteyn V, de Niet M, van Duijnoven HJ, et al.**, Falls in individuals with stroke. *J Rehabil Res Dev.* 2008; 45:1195–213.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG BỆNH NHÂN MẤT RĂNG ĐƠN LẺ ĐÃ ĐƯỢC CẤY IMPLANT TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2023

Đỗ Quốc Uy¹, Nguyễn Thế Hạnh¹, Phạm Thanh Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang của bệnh nhân mất răng đơn lẻ đã được cấy implant tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 30 bệnh nhân có chỉ định cấy implant, được khám lâm sàng và chỉ định chụp phim CT Conebeam và cấy implant sau đó đánh giá theo các tiêu chí: vị trí implant, độ dày mô mềm, khoảng gần xa, khoảng phục hình, độ vững ổn implant (ISQ), góc lệch giữa implant và răng lân cận. **Kết quả nghiên cứu:** 73% ca cấy implant ở hàm trên; 76,67% ca có chiều cao lợi sừng hóa trên 2mm, khoảng gần xa và khoảng phục hình nằm trong giới hạn cho phép; góc lệch trung bình $7,15 \pm 1,36$ độ và 100% độ vững ổn trên 60Ncm

Từ khoá: implant, ISQ

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY TO TREAT GRADE III HEMORRHOIDS USING THE LONGO METHOD AT HAI PHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Describe clinical characteristics and radiographic images of patients with single

implant at Odonto-Stomatology Department of Hai Phong Medical University Hospital in 2023.

Methods: Descriptive study of the cluster of cases above. 30 patients with single implant were clinical examined and indication for CT Conebeam scan were then evaluated according to the following criteria: vị trí implant, mô sừng hóa, độ vững ổn implant (ISQ), độ lệch góc giữa implant và răng kế cận, khoảng mất răng và khoảng phục hình. **Research result:** 73,3% implants were treated at maxilla; the percentage of high keratinized mucosa was dominant (76,67%); crown height and width were on normal limit; 100% cases with ISQ over 60Ncm.

Keywords: implant, ISQ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các yếu tố lâm sàng và x-quang đóng vai trò vô cùng quan trọng trong quá trình điều trị implant. Chúng là các công cụ chính để đánh giá tình trạng sức khỏe nói chung và vùng miệng cụ thể của bệnh nhân, từ đó đưa ra chỉ định điều trị phù hợp nhất và đảm bảo sự thành công của quá trình cấy ghép implant.

X-quang cung cấp hình ảnh rõ ràng về cấu trúc xương, điều này cho phép bác sĩ đánh giá chất lượng và khối lượng xương. Thông tin từ x-quang giúp quyết định về kế hoạch điều trị, bao gồm cả loại implant, vị trí cấy ghép, và các biện pháp tiền cấy ghép cần thiết để cải thiện chất lượng, thể tích xương.

Ở Việt Nam, nghiên cứu về vấn đề này chưa nhiều, vì vậy chúng tôi tiến hành

¹Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hải

Email: pthai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 14/5/2024

Ngày duyệt bài: 20/5/2024

nghiên cứu với mục tiêu: **“Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang bệnh nhân mất răng đơn lẻ đã được cấy implant tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2023”.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

30 bệnh nhân mất răng đơn lẻ đã được cấy implant tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 01/01/2023 đến 01/11/2023.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Trụ implant đến giai đoạn làm phục hình

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Trụ implant cấy ghép ít hơn 3 tháng

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: 30 bệnh nhân mất răng đơn lẻ đã được cấy implant thỏa mãn tiêu chuẩn của nghiên cứu.

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

- Thời gian: Từ ngày 01/01 đến 31/12/2023.

2.5. Các biến số nghiên cứu

- Vị trí, kích thước implant, tình trạng mô xương, mô mềm quanh implant, khoảng mất răng, khoảng phục hình, góc giữa implant và răng kế cận, chỉ số vững ổn implant ISQ

- Tiêu chí biến số ISQ: ISQ hay chính là “Chỉ số ổn định của Implant”. Chỉ số này là một tiêu chuẩn khách quan để xác định độ ổn định của cấy ghép. Theo đó, thang đo ISQ mang giá trị từ 1 đến 100, tương ứng với các tần số cộng hưởng gần như tuyến tính. Phạm vi lâm sàng của chỉ số ISQ bình thường là từ 55 – 80. Độ ổn định cao khi thang điểm > 70 ISQ và khi thang điểm <60 ISQ nghĩa là độ ổn định thấp

2.6. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích với phần mềm SPSS 26.0, Excel 2016.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng đề cương nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ nội dung, mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin thu thập được quản lý bởi nghiên cứu viên, giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố implant theo vị trí trên cung hàm

Vị trí răng mất		Số răng n (%)	Tỷ lệ % n (%)
Răng hàm trên	Nhóm răng cửa	11 (36,6%)	22 (73,3%)
	Nhóm răng hàm	11 (36,6%)	
Răng hàm dưới	Nhóm răng cửa	0 (0%)	8 (26,7%)
	Nhóm răng hàm	8 (26,8%)	
Tổng số		30	100%

Implant cấy ở hàm trên chiếm tỷ lệ cao nhất (73,3%), trong khi đó, không có trường hợp nào là răng cửa hàm dưới.

Bảng 2. Đặc điểm khoảng mắt răng tại vị trí implant

Vị trí cấy ghép implant	Nhóm răng cửa	Nhóm răng hàm	N
Min	4,59	6,25	4,59
Max	8,94	9,54	9,54
$\bar{X} \pm SD$	$6,33 \pm 1,45$	$7,43 \pm 2,52$	$6,88 \pm 1,51$

Nhóm răng cửa có khoảng mắt răng trung bình $6,33 \pm 1,45$ mm và nhóm răng hàm có khoảng mắt răng trung bình $7,43 \pm 2,52$ mm. Khoảng mắt răng lớn nhất là 9,54 mm và nhỏ nhất là 4,59mm.

Bảng 3. Đặc điểm khoảng phục hình tại vị trí implant phục hình

Vị trí cấy ghép implant	Nhóm răng cửa	Nhóm răng hàm	N
Min	7,31	4,49	4,49
Max	10,82	7,15	10,82
$\bar{X} \pm SD$	$9,11 \pm 0,97$	$5,77 \pm 0,8$	$6,98 \pm 1,85$

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, khoảng phục hình trung bình là $6,98 \pm 1,85$ mm, khoảng phục hình lớn nhất là ở vị trí răng cửa 10,82mm, nhỏ nhất ở vị trí răng hàm 4,49mm.

Bảng 4. Đặc điểm mô mềm vùng trụ lành thương implant

Vị trí Chiều răng cao mô sừng hóa	Nhóm răng cửa n (%)	Nhóm răng hàm n (%)	Tổng n (%)
<2 mm	5 (45,45%)	2 (10,53%)	7 (23,33%)
≥ 2 mm	6 (54,55%)	17 (89,47%)	23 (76,67%)
Tổng	11 (100%)	19 (100%)	30 (100%)
p	0,735		

Bề rộng mô mềm < 2mm có 7 trường hợp chiếm 23,33%, còn lại là 23 trường hợp có bề rộng mô mềm ≥ 2 mm chiếm 76,67%. Sự khác biệt giữa các dạng mô mềm theo bề rộng mô sừng hóa không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Sự ổn định Implant trong xương

Vị trí Thông số ISQ	Nhóm răng cửa n (%)	Nhóm răng hàm n (%)	Tổng n (%)
<60	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
60 -70	4 (36,36%)	5 (26,31%)	9 (30%)
≥ 70	7 (63,64%)	14 (73,69%)	21 (70%)

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, chỉ số ISQ tập trung ở nhóm ≥ 70 với 21 bệnh nhân chiếm 70 %, 9 bệnh nhân có chỉ số ISQ từ 60 – 70 và không có bệnh nhân nào có chỉ số ISQ < 60.

Bảng 6. Sai lệch độ nghiêng trụ implant đối với răng bên cạnh

Độ lệch	Răng gần	Răng xa
Min	1,37	5,62
Max	3,26	9,53
$\bar{X} \pm SD$	$2,31 \pm 0,87$	$7,15 \pm 1,36$

Độ lệch góc giữa trục implant và trục răng kế cận phía xa là $7,15 \pm 1,36$ độ, lớn hơn so với độ lệch với trục các răng phía gần $2,31 \pm 0,87$ độ. Độ lệch góc lớn nhất là với răng phía xa $9,53$ độ, và lệch góc nhỏ nhất là với răng phía gần $1,37$ độ. Độ lệch góc giữa trục implant và trục răng kế cận phía xa lớn hơn so với độ lệch với trục các răng phía gần.

IV. BÀN LUẬN

* Vị trí implant

Kết quả bảng 1 cho thấy implant được cấy ở nhóm răng hàm chiếm tỷ lệ cao 63,4%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thanh Hà [1] với 77,6% nhóm răng hàm lớn dưới – 22,4% nhóm răng hàm lớn trên; Phạm Thu Hằng² với 67,2% nhóm răng hàm lớn dưới – 13,8% nhóm răng hàm lớn trên; Nguyễn Ngọc Bích [2] với 49% nhóm răng hàm lớn dưới – 14,3% nhóm răng hàm lớn trên.

* Về đặc điểm khoảng mất răng và khoảng phục hình của vị trí implant được tiến hành lấy dấu

Sau mất răng, sẽ có sự di chuyển của răng kế cận và răng đối gây giảm độ rộng của khoảng mất răng và khoảng phục hình, gây khó khăn cho phục hình tương lai [3].

Với kết quả bảng 2 cho thấy tại nhóm răng cửa có khoảng mất răng trung bình $6,33 \pm 1,45$ mm và nhóm răng hàm có khoảng mất răng trung bình $7,43 \pm 2,52$ mm. Khoảng mất răng lớn nhất là 9,54 mm và nhỏ nhất là 4,59mm. Trong khi kết quả ở bảng 3, khoảng phục hình trung bình là $6,98 \pm 1,85$ mm, khoảng phục hình lớn nhất là ở vị trí răng cửa 10,82mm, nhỏ nhất ở vị trí răng hàm 4,49mm.

Như vậy, với kết quả này, khi tiến hành phục hình, các răng lân cận của vị trí implant

không cần thiết phải mài chỉnh hay tiến hành phục hình để chuẩn bị khoảng cho phục hình trên implant. Điều này phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn các răng lân cận còn tiếp xúc bên sinh lý, các răng có hiện tượng di chuyển nhưng vẫn đảm bảo cho quy trình phục hình răng trên implant.

* Đánh giá đặc điểm mô mềm quanh vị trí trụ lành thương của implant cần lấy dấu phục hình

Cùng với mô xương, mô mềm cũng đóng vai trò quan trọng trong duy trì sự ổn định của implant. Ngày nay, người ta ngày càng quan tâm đến mô mềm cả quanh răng tự nhiên cũng như quanh implant được cấy ghép. Kết quả bảng 4, bề rộng mô mềm < 2mm có 7 trường hợp chiếm 23,33%, còn lại là 23 trường hợp có bề rộng mô mềm ≥ 2 mm chiếm 76,67%. Có sự khác biệt giữa các dạng mô mềm theo bề rộng mô sừng hóa, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

Tác giả Yakir A. Arteaga trong bài: “Thẩm mỹ và phục hình implant” đăng trên trang web của đại học Edinburgh [4] có viết: Sẽ là lý tưởng nếu lợi sừng hóa có được 2mm sau tích hợp xương quanh implant. Nó rất quan trọng cho việc nâng đỡ mô mềm quanh implant và tránh tiêu xương mặt ngoài sau khi tải lực.

* Sự ổn định của implant trong xương

Tại bảng 5, chỉ số độ ổn định cao đơn lẻ >70 chiếm tỷ lệ cao 70% khác biệt so với độ ổn định cao 66 – 70 chiếm 30%, so với đề tài nghiên cứu Lê Lâm Nguyên [5], các chỉ số tương đồng nhau, với 78,4% ổn định cao và 21,6% ổn định khá.

Mặt khác, trong phẫu thuật cấy ghép implant, độ ổn định của implant dần được thay thế từ độ ổn định cơ học do sự ma sát giữa implant và xương sang sự ổn định sinh

học thể hiện ở quá trình tích hợp xương quanh implant. Với cơ chế này, tại thời điểm 4 – 6 tuần, độ ổn định của implant là thấp nhất và không có chỉ định phục hình trong thời gian này [6]. Do đó, việc tiến hành phục hình cho các implant sau giai đoạn 3 tháng là đảm bảo sự ổn định sinh học của implant trong xương.

* Về sai lệch độ nghiêng giữa trụ implant và răng kế cận

Với quy trình lấy dấu kỹ thuật số, sự sai lệch trục phục hình dẫn tới nhiều khó khăn trong chiến lược quét. Do nguyên tắc ghi lại các hình ảnh liên tục và sử dụng thuật toán để kết nối các điểm ảnh, việc có sự lệch góc sẽ dẫn tới các điểm lẹm trên vùng quét dữ liệu. Điều này dẫn tới các mặt bên của răng kế cận khó thu được dữ liệu chính xác, nhất là các răng phía xa có hiện tượng di chuyển vào khoảng mất răng làm cho làm cho vùng lẹm mặt bên tăng lên, từ đó phục hình sau khi chế tác khó đạt được tiếp xúc bên chính xác. Điều này phù hợp với các kết quả của nghiên cứu được thực hiện.

Kết quả bảng 6 cho thấy, độ lệch góc giữa trục implant và trục răng kế cận phía xa là $7,15 \pm 1,36$ độ, lớn hơn so với độ lệch với trục các răng phía gần $2,31 \pm 0,87$ độ; độ lệch góc lớn nhất là với răng phía xa $9,53$ độ, và lệch góc nhỏ nhất là với răng phía gần $1,37$ độ.

V. KẾT LUẬN

Với độ ổn định của implant (ISQ) 100% trên 60Ncm kèm theo khoảng phục hình và khoảng mất răng nằm trong giới hạn cho

phép là cơ sở thuận lợi để đạt được kết quả phục hình tương lai một cách tối ưu. Tuy nhiên với tỉ lệ $\frac{1}{4}$ số ca có chiều cao lợi sừng hóa $< 2\text{mm}$ kèm theo góc lệch giữa răng và phía xa implant trung bình khoảng 7 độ thì cần có chiến lược điều trị duy trì sát sao để có thể đạt được kết quả ổn định lâu dài cho phục hình trên implant

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thanh Hà** (2012), "Điều trị mất răng hàm lớn bằng phục hình Implant", Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Phạm Thu Hằng** (2013), "Đánh giá kết quả cấy ghép Implant nha khoa hệ thống Bio-Horizons tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương năm 2011-2012", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Trần Thị Nguyên Ny** (2021). Thực hành giải phẫu răng, Khoa Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Văn Lang, Nhà xuất bản Y học.
4. **Yakir A, Arteaga** (2015), "Esthetics and Implant prosthetics". CHAPTER 17, pp: 379-404.
5. **Lê, N.L., & Nguyễn, N. Đăng H.** (2023). Đánh giá sự vững ổn của implant sau điều trị implant tức thì phục hồi lại răng cối lớn thứ nhất hàm dưới tại Bệnh viện Đại học Y được Cần Thơ. Tạp Chí Y học Việt Nam, 523.
6. **Choi, Yeon-Jo & Jun, Sang Ho & Song, Young-Dae & Chang, Myoung-Woo & Kwon, Jong** (2011). CT Scanning and Dental Implant. 10.5772/19250.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ TRỰC TIẾP ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG CÚM A TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG TỪ THÁNG 10/2021 ĐẾN THÁNG 09/2022

Nguyễn Thị Hạnh¹, Trần Thị Ngân¹,
Trần Ngọc Khánh Hòa¹, Bùi Thị Ánh Tuyết²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chi phí trực tiếp trong điều trị biến chứng cúm A tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ tháng 10/2021 đến tháng 09/2022 và phân tích các yếu tố ảnh hưởng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang 385 bảng kê chi phí điều trị của bệnh nhân điều trị nội trú mắc cúm A tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng có thời gian ra viện từ 01/10/2021 đến ngày 30/09/2022. **Kết quả:** Chi phí trực tiếp điều trị trung bình cho mỗi đợt điều trị cúm A trong thời gian nghiên cứu là 4.160.449VNĐ, trong đó BHYT chi trả 39,78% tổng chi phí trực tiếp điều trị. Chi phí giường bệnh chiếm tỷ trọng cao nhất trong tổng chi phí trực tiếp điều trị (68,38%). X - quang là xét nghiệm có số người bệnh được chỉ định nhiều nhất chiếm 46,73%. Nhóm thuốc được chỉ định nhiều nhất và có chi phí cao nhất là thuốc kháng sinh (66,66%). Chi phí điều trị của người bệnh ảnh hưởng bởi hai yếu tố số ngày điều trị (75,9%) và yếu tố bệnh mắc kèm. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cung cấp thông tin khách quan về cấu phần chi phí cũng như các yếu tố liên quan

đến chi phí điều trị biến chứng cúm A tại bệnh viện.

Từ khóa: Chi phí điều trị, Cúm A, Trẻ em.

SUMMARY

ANALYSIS OF DIRECT COSTS OF TREATMENT OF COMPLICATIONS OF INFLUENZA A AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL FROM OCTOBER 2021 TO SEPTEMBER 2022

Aims: two objectives: to describe the direct costs of complications of influenza A treatment at Hai Phong Children's Hospital from October 2021 to September 2022 and to analyze some related factors. **Subject and methods:** The retrospective cross-sectional descriptive study the list of treatment costs of 385 inpatients with influenza A at Hai Phong Children's Hospital who had a discharge from October 1, 2021 to September 30, 2022. **Results:** The average direct treatment cost for each influenza A treatment during the study period was 4,160,449 VND and the health insurance accounting for 39.78% of the total direct treatment cost. The cost of hospital bed accounted for the highest proportion of total direct treatment costs (68.38%). X-ray was the test prescribed by the largest number of patients, accounting for 46.73%. The drug group was prescribed most commonly and was the highest cost is antibiotics (66.66%). Direct cost of treatment was influenced by two factors: the number of days of treatment (75.9%) and comorbidities. **Conclusions:** The research results

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hạnh

Email: nthanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2024

Ngày duyệt bài: 15/5/2024

provide objective information about the cost components as well as the factors related to the cost of treating complications of influenza A at the hospital.

Keywords: Treatment cost, Influenza A, Children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, ước tính hàng năm có khoảng 5 - 10% người trưởng thành và 20% - 30% trẻ em trên toàn cầu bị ảnh hưởng bởi cúm, dẫn đến khoảng 3 - 5 triệu ca bệnh nặng và khoảng 250.000 - 500.000 người chết [1]. Tại Việt Nam trong 10 năm gần đây, hàng năm ghi nhận khoảng từ 1 triệu đến 1,8 triệu trường hợp mắc hội chứng cúm, nguyên nhân chủ yếu do các chủng virus cúm A(H3N2), cúm A(H1N1) và cúm B gây ra các biến chứng nặng và tử vong trên mọi lứa tuổi trong đó có trẻ em [2]. Do đó, gánh nặng về chi phí điều trị bệnh cúm cũng không hề nhỏ. Tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng đã có một số đề tài về bệnh cúm ở trẻ em tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đi sâu phân tích về chi phí điều trị cúm A. Xuất phát từ thực tế trên nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài với hai mục tiêu (1) Mô tả chi phí trực tiếp điều trị biến chứng cúm A và (2) Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến chi phí trực tiếp điều trị cúm A tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bảng kê chi phí điều trị của 385 bệnh nhân điều trị nội trú mắc cúm A tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng có thời gian ra viện từ 1/10/2021 đến ngày 30/09/2022 thỏa mãn các tiêu chí sau: Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán mắc cúm A, bệnh nhân điều trị nội trú, bảng kê chi phí điều trị đầy

đủ các thông tin: tên, tuổi, giới tính, chẩn đoán, bệnh mắc kèm, tình trạng ra viện. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hoàn tất quá trình điều trị (chuyển viện, bỏ điều trị, tử vong), bệnh nhân trên 16 tuổi.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài được nghiên cứu dựa trên phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang, dữ liệu từ hồ sơ bệnh án và bảng kê chi phí điều trị thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ thu thập từ phần mềm quản lý bệnh viện HIS.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu điều tra cắt ngang:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu; Z: Giá trị của hệ số giới hạn tin cậy; α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy là 95%; p: Tỷ lệ nghiên cứu ước tính, tỷ lệ này chưa xác định được nên lựa chọn $p = 0,5$ để lấy cỡ mẫu lớn nhất; d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể, tương ứng với giá trị $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$, chọn $d=0,05$. Cỡ mẫu là: 385 hồ sơ bệnh án.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Sau khi loại những HSBA không đạt yêu cầu, đề tài thu được 2651 HSBA đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Rút ngẫu nhiên lấy 385 HSBA để tiến hành nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Giới tính, tuổi, bệnh mắc kèm, số ngày điều trị, mức độ thanh toán BHYT.

Tổng chi phí trực tiếp điều trị, cơ cấu chi phí trực tiếp điều trị, cơ cấu chi phí theo đối tượng chi trả, cơ cấu chi phí theo các loại chi phí. Mối liên quan giữa các yếu tố giới tính, nhóm tuổi, số ngày điều trị, bệnh mắc

kèm với chi phí điều trị trực tiếp cúm A ở trẻ em.

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 26. Các biến định tính được tính bằng tần suất và phần trăm, các biến định lượng được tính bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Phân tích mối quan hệ giữa biến phân hạng và chi phí trực tiếp điều trị cúm A: Kiểm định Mann-Whitney (2 nhóm phân hạng), kiểm định Kruskal-Wallis (nhiều hơn 2 nhóm phân hạng) với độ tin cậy 95%. Phân tích mối quan hệ giữa biến liên tục và chi phí

trực tiếp điều trị cúm A: Phân tích tương quan Person với độ tin cậy 95%. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến chi phí trực tiếp điều trị cúm A bằng phương pháp phân tích hồi quy tuyến tính đa biến. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép của ban lãnh đạo Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng và thực hiện đúng nội dung Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Toàn bộ thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật. Mọi thông tin thu thập chỉ nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu mẫu nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	236	61,30
	Nữ	149	38,70
	Tổng số	385	100
Tuổi	Dưới 1 tuổi	47	12,21
	Từ 1 tuổi – 3 tuổi	220	57,14
	Từ 4 tuổi – 6 tuổi	71	18,44
	Từ 7 tuổi – 10 tuổi	29	7,79
	Trên 10 tuổi	18	4,42
	Tổng số	385	100
	Giá trị nhỏ nhất	17 ngày tuổi	
	Giá trị lớn nhất	16 tuổi	
	Trung vị	12 tháng tuổi	

Tỷ lệ trẻ nam là 236 (chiếm 61,30%) cao hơn trẻ nữ (chiếm 38,7%). Trong đó, nhóm trẻ ở độ tuổi 12 tháng đến 36 tháng có 220 người, đây cũng là nhóm tuổi có trẻ mắc bệnh nhiều nhất (chiếm 57,14%), nhóm tuổi lớn hơn 10 tuổi có 18 người chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,42%.

Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh mắc kèm của người bệnh

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
	Viêm phế quản	79	20,52
	Viêm phổi	65	16,88
	Viêm mũi họng	34	8,83
	Sốt cao co giật	29	7,53
	Viêm tai giữa	28	7,27

Ỉa chảy cấp chưa mất nước	13	3,38
Bệnh mắc kèm khác	17	4,44
Không có	120	31,15
Tổng số	385	100

Có 265 bệnh nhi có các bệnh mắc kèm, chiếm 68,85% tổng số người bệnh. Trong đó 2 nhóm bệnh viêm phế quản và viêm phổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất lần lượt là 20,52% và 16,88%.

Bảng 3.3. Đặc điểm thanh toán BHYT của người bệnh

Tỷ lệ thanh toán BHYT	Số lượng	Tỷ lệ (%)
0%	16	4,16
80%	38	9,87
100%	331	85,97
Tổng số	385	100

Số người bệnh không có BHYT chiếm 4,16% trong tổng số trẻ điều trị. Đa số trường hợp có BHYT khám và chữa bệnh đúng tuyến với mức hưởng 100% (chiếm 85,97%). Mức chi trả 80% của BHYT không đúng tuyến chỉ chiếm 9,87%.

Bảng 3.4. Thời gian nằm viện

Đặc điểm	Số ngày
Thời gian điều trị trung bình	4,61
Thời gian điều trị ngắn nhất	1
Thời gian điều trị dài nhất	16

Thời gian điều trị cúm A trong thời gian nghiên cứu của người bệnh trung bình là 4,61 ngày. Trong đó, thời gian điều trị dài nhất kéo dài 16 ngày và ngắn nhất là 1 ngày.

Bảng 3.5. Tổng chi phí trực tiếp điều trị trung bình

STT	Nội dung (N=385)	Giá trị (VNĐ)
1	Tổng chi phí trực tiếp điều trị/ tổng cỡ mẫu	1.601.772.829
2	Tổng chi phí trung bình/ bệnh nhân	4.160.448,907
3	Chi phí thấp nhất/ bệnh nhân	609.400
4	Chi phí cao nhất/ bệnh nhân	21.995.274,89

Tổng chi phí điều trị trực tiếp của 385 người bệnh là 1.601.772.829VNĐ. Tổng chi phí trực tiếp điều trị trung bình của 1 người bệnh là 4.160.448,907VNĐ. Trong đó, mức độ chênh lệch giữa chi phí điều trị cao nhất và chi phí điều trị thấp nhất là rất lớn khoảng 36 lần.

Bảng 3.6. Cơ cấu chi phí trung bình theo loại chi phí

STT	Loại chi phí	Giá trị trung bình/người bệnh (VNĐ)	Tỷ lệ (%)
1	Khám bệnh	194.411,95	4,67
2	Chi phí chẩn đoán	Xét nghiệm	597.671,42
		Chẩn đoán hình ảnh	174.047,29
3	Chi phí điều trị	Ngày giường	2.845.021,067
		Phẫu thuật - thủ thuật	88.368,57
		Thuốc	180.986,23
		Vật tư y tế	28.344,98
4	Chi phí khác	51.597,40	1,24
Tổng chi phí trung bình		4.160.448,907	100

Chi phí chẩn đoán chiếm tỷ trọng thấp hơn trong tổng chi phí trực tiếp điều trị là 18,55% gồm: chi phí xét nghiệm (14,37%) và chi phí chẩn đoán hình ảnh (4,18%).

Bảng 3.7. Cơ cấu chi phí theo đối tượng chi trả

STT	Nội dung	Giá trị trung bình/người bệnh (VNĐ)	Tỷ lệ (%)
1	BHYT chi trả	1.654.916,223	39,78
2	Người bệnh chi trả	2.505.532,684	60,22
Tổng chi phí trung bình		4.160.448,907	100

Chi phí do người bệnh chi trả so với chi phí mà BHYT chi trả có sự khác biệt về tỉ lệ. BHYT thanh toán 39,78% chi phí còn người bệnh phải tự chi trả 60,22%.

Bảng 3.8. Cơ cấu chi phí theo xét nghiệm

STT	Tên xét nghiệm	N	Giá trị trung bình/ người bệnh (VNĐ)	Tỷ lệ (%)
I	Công thức máu	385	40.651,43	6,79
II	Sinh hóa máu	385	141.625,71	23,70
1	Ure	294	18.053,51	12,75
2	Creatinin	294	18.053,51	12,75
3	ALT/GPT	294	16.418,18	11,59
4	AST/GOT	294	16.418,18	11,59
5	CRP	281	49.632,72	35,04
6	Glucose	181	12.758,18	9,00
7	Khác	125	10.291,43	7,28
III	Xét nghiệm đông máu	385	2.607,79	0,44
IV	Vì sinh	385	330.273,24	55,26
1	Influzena virus A, B	385	231.309,09	70,04
2	Virus test nhanh kháng nguyên SARS-CoV-2	280	22.690,91	6,87
3	Vi khuẩn nuôi cấy và định danh	90	51.149,61	15,49
4	Vi khuẩn kháng thuốc định tính	16	9.366,23	2,84
5	Khác	102	15.757,40	4,76
V	Khác	385	82.513,25	13,81
Tổng chi phí trung bình		385	597.671,42	100

Chi phí xét nghiệm vi sinh chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng chi phí xét nghiệm (55,26%), cao hơn hẳn so với xét nghiệm công thức máu (6,79%) và sinh hóa máu (23,70%).

Bảng 3.2. Cơ cấu chi phí theo chẩn đoán hình ảnh

STT	Tên xét nghiệm	N	Giá trị trung bình/ người bệnh (VNĐ)	Tỷ lệ (%)
1	X-quang	298	81.336,62	46,73
2	Siêu âm hệ tiết niệu	99	11.288,57	6,48
3	Siêu âm ổ bụng	84	34.802,34	19,99
4	Siêu âm tim Doppler	35	31.623,38	18,17
5	Khác	4	15.023,38	8,63
Tổng chi phí trung bình		385	174.047,29	100

Hầu hết trẻ vào viện được chỉ định X-quang chiếm 46,73% chi phí chẩn đoán hình ảnh.

Bảng 3.10. Cơ cấu chi phí theo nhóm thuốc điều trị

STT	Nhóm thuốc	N	Tiền thuốc điều trị (VNĐ)	Giá trị trung bình/ người bệnh (VNĐ)	Tỷ lệ (%)
1	Kháng sinh	378	46.449.881,4	120.648,99	66,66
2	Giảm đau, hạ sốt	378	2.546.580	6.614,49	3,65
3	Tiêu hóa	319	7.207.540	18.720,88	1,34
4	Dịch truyền, điện giải	305	4.061.587	10.549,58	5,83
5	Hô hấp	219	4.563.559	11.853,4	6,55
6	Dị ứng	89	297.414	772,50	0,43
7	Corticoid	31	960.703	2.495,33	1,38
8	Chống co giật	29	67.760	176	0,10
9	Khác	40	3.524.790	9.155,30	5,06
Tổng tiền thuốc điều trị		385	69.679.814,4	180.986,23	100
Tổng chi phí trung bình		385		249,777	100

Chi phí thuốc kháng sinh chỉ định cho phần lớn bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 66,66%.

Bảng 3.31. Cơ cấu chi phí theo nhóm thuốc kháng sinh

STT	Hoạt chất	N	Giá trị trung bình/ người bệnh (VNĐ)	Tỷ lệ (%)
1	Amoxicilin	230	36.718,16	30,43
2	Cefpodoxim	105	33.594,81	27,85
3	Clazithromycin	76	20.359,99	16,88
4	Cefixim	44	714,27	0,59
5	Azithromycin	37	502,86	0,42
6	Ampicillin	25	18.680,52	15,48
7	Cefadroxil	15	5.077,92	4,2
8	Ciprofloxacin	9	1.620,78	1,34
9	Levofloxacin	7	1.397,40	1,16
10	Cephalothin	3	1.111,69	0,92
11	Cefoperazon	2	779,22	0,66
12	Amikacin sulfat	3	85,84	0,07
13	Metronidazol	4	5,53	0,005
Tổng chi phí trung bình		385	120.648,99	100

Có 13 kháng sinh được sử dụng để điều trị cúm cho bệnh nhân. Trong đó kháng sinh Amoxicilin được chỉ định nhiều nhất chiếm 30,43%.

Bảng 3.12. Kết quả kiểm định Mann - Whitney giữa CPTTĐT và bệnh mắc kèm

Đặc điểm		Giá trị (N)
Bệnh mắc kèm	Có bệnh mắc kèm	265
	Không có bệnh mắc kèm	120
Hệ số Mann-Whitney U		0,500
Hệ số Z		-15,721
Mức ý nghĩa quan sát		0,000

Bảng 3.13. Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đa biến

Biến độc lập	Hệ số hồi quy	Sig.	VIF
Giới tính	-97.414,262	0,517	1,003
Nhóm tuổi	-102.675,684	0,183	1,002
Bệnh mắc kèm	55.626,663	0,725	1,001
Số ngày điều trị	826.198,519	0,000	1,001

Giá trị tương quan giữa giới tính, nhóm tuổi và bệnh mắc kèm và chi phí trực tiếp điều trị lần lượt là 0,517, 0,183 và 0,725 đều lớn hơn 0,05. Vì vậy, không có sự tương quan giữa biến giới tính, biến nhóm tuổi và bệnh mắc kèm với biến chi phí trực tiếp điều trị. Có sự tương quan giữa biến số ngày điều trị và chi phí trực tiếp điều trị cúm A ($p=0,000<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh cao hơn trẻ nữ, tỷ lệ nam: nữ là xấp xỉ 3/2. Độ tuổi trung bình trẻ mắc cúm A từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 9 năm 2022 là 3 tuổi và dao động từ 0 tháng tuổi đến 16 tuổi. Phần lớn bệnh nhi mắc bệnh là trên 1 tuổi chiếm 87,79%, cao nhất ở nhóm tuổi từ 1 đến 3 tuổi (57,14%). Phần lớn trẻ nhập viện có triệu chứng sốt cao liên tục, ăn ngủ kém, sổ mũi, ho khan, một số kèm biến chứng co giật do sốt,.... Tỷ lệ trẻ mắc cúm biến chứng kèm bệnh viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (20,52%), thứ hai là bệnh viêm phế quản (16,88%). Tương đồng với kết quả của Vũ Thị Ánh Hồng, Nguyễn Ngọc Sáng và Tô Thanh Hương, trong đó biến chứng cúm hay gặp nhất là viêm phế quản và viêm phổi với tỷ lệ lần lượt là 19,8% và 15,7% [2]. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu là $4,61 \pm 3,081$ ngày, số ngày nằm viện cao nhất là 16 ngày. Khi có bệnh mắc kèm và các biến chứng nặng hơn, thời gian điều trị có thể kéo dài hơn nữa.

Trong quá trình thu thập số liệu nhận thấy, cúm xảy ra rải rác quanh năm. Đặc biệt bùng phát mạnh nhất vào giai đoạn chuyển mùa thu đông tháng 7, tháng 8 chiếm 70,13% tổng số ca mắc cúm. Đây cũng là kết quả ghi nhận được trong các nghiên cứu trước đó [4,5]. Tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Tùng tại Viện dịch tễ Trung Ương cho thấy bệnh cúm lưu hành trong cả năm và đạt đỉnh cao từ tháng 7 đến tháng 8 [3].

Tổng chi phí trực tiếp điều trị trung bình cúm A trong thời gian nghiên cứu tại bệnh viện là 4.160.448,907 VNĐ bao gồm chi phí chẩn đoán, chi phí điều trị và các chi phí khác (tiền khám bệnh, sổ khám,...). Trong khi đó, theo báo cáo Cục thống kê thành phố Hải Phòng thu nhập bình quân đầu người Hải Phòng năm 2022 là 5,897 triệu/tháng [1]. Chi phí cho điều trị cúm A cũng tạo nên gánh nặng cho nền kinh tế và các gia đình người bệnh nói chung.

Theo kết quả bảng 3.10, có tới 8 nhóm thuốc được sử dụng trong điều trị cho người bệnh, với tỷ lệ chi phí chênh lệch nhau rất lớn, dao động từ 0,10% tới 66,66%. Trong đó, nhóm thuốc giảm đau, hạ sốt tuy số người bệnh được chỉ định sử dụng lên tới 378/385 bệnh nhân nhưng chi phí chỉ chiếm 3,65% tổng chi phí thuốc. Nhóm thuốc kháng sinh và giảm đau, hạ sốt là 2 nhóm thuốc chính trong điều trị cúm A ở trẻ em đều được chỉ định cho 378/385 người bệnh.

Chi phí cho các thuốc kháng sinh được trình bày trong bảng 3.11. Nhận thấy

Amoxicilin được chỉ định cho phần lớn bệnh nhân 230/385 người bệnh chiếm 30,43%, tiếp theo là Cefpodoxim chiếm 27,85% tổng chi phí thuốc kháng sinh với mức chi phí trung bình 33.594,81 VNĐ. Phần lớn người bệnh được chỉ định điều trị khí dung mũi họng (264/385 bệnh nhân) với mức chi phí trung bình khoảng 13.675 VNĐ chiếm gần 15,48% tổng chi phí phẫu thuật, thủ thuật. Nội soi TMH mặc dù chỉ định trên 134/385 bệnh nhân nhưng chi phí chiếm 72,19% tổng chi phí phẫu thuật, thủ thuật với đơn giá ở khoảng 202.000 VNĐ cho 1 lần nội soi. Ngoài ra, người bệnh được thực hiện các phẫu thuật, thủ thuật khác để điều trị các bệnh mắc kèm như: điện tâm đồ, xoa bóp bấm huyệt điều trị bại não trẻ em, tập vận động thụ động, thực hiện một số ca phẫu thuật như là cắt nang thừng tinh một bên, tinh hoàn lạc chỗ,... với chi khá cao chiếm 10,7% tổng chi phí phẫu thuật, thủ thuật.

Khi kiểm định tương quan riêng lẻ các yếu tố giới tính, nhóm tuổi, bệnh mắc kèm và số ngày điều trị với chi phí trực tiếp điều trị, đề tài ghi nhận sự tương quan có ý nghĩa thống kê của 2 yếu tố bệnh mắc kèm và số ngày điều trị có thể ảnh hưởng tới chi phí điều trị.

Kết quả nghiên cứu đưa ra giá trị Adjusted R Square (R bình phương hiệu chỉnh) phản ánh mức độ ảnh hưởng của các biến độc lập lên biến phụ thuộc có giá trị bằng 0,761 cho thấy 4 biến độc lập đưa vào ảnh hưởng 76,1% sự thay đổi của biến phụ thuộc, còn lại 23,9% là do các biến ngoài mô hình và sai số ngẫu nhiên. Tuy nhiên kiểm định hồi quy đa biến chỉ cho kết quả yếu tố số ngày điều trị có ý nghĩa thống kê, giải thích cho 75,9% sự thay đổi chi phí điều trị trực tiếp cúm A.

V. KẾT LUẬN

Chi phí trực tiếp điều trị trung bình cho mỗi đợt điều trị cúm A trong thời gian nghiên cứu là 4.160.449VNĐ, trong đó BHYT chi trả 39,78% tổng chi phí trực tiếp điều trị. Chi phí giường bệnh chiếm tỷ trọng cao nhất trong tổng chi phí trực tiếp điều trị (68,38%). X - quang là xét nghiệm có số người bệnh được chỉ định nhiều nhất chiếm 46,73%. Nhóm thuốc được chỉ định nhiều nhất và có chi phí cao nhất là thuốc kháng sinh (66,66%), nhóm thuốc tiêu hóa và hô hấp được chỉ định ở hầu hết bệnh nhân lần lượt chiếm 10,34% và 6,55% trong tổng chi phí theo nhóm thuốc điều trị. Chi phí điều trị của người bệnh phần lớn chịu ảnh hưởng bởi yếu tố số ngày điều trị (75,9%) và yếu tố bệnh mắc kèm.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.38

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổng cục thống kê, Cục thống kê Hải Phòng.** Báo cáo tình hình kinh tế - xã hội thành phố Hải Phòng năm 2022 (2022).
2. **Vũ Thị Ánh Hồng, Nguyễn Ngọc Sáng,** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và biến chứng của bệnh Cúm mùa tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Tạp chí Y Học Việt Nam (2020), tập 503.
3. **Nguyễn Hoàng Tùng,** Đánh giá tính ổn định về chất lượng vắc xin Cúm mùa tam giá dạng mảnh bất hoạt (Ivacflu) sản xuất tại Ivac. Luận án tiến sĩ (2014-2017).
4. **Bresee, J., Hayden, F.G.,** Epidemic influenza—responding to the expected but unpredictable. *New England Journal of Medicine* (2013); **368**(7): p589-592.
5. **Lowen, A.C., Mubareka S., et al.,** Influenza virus transmission is dependent on relative humidity and temperature. *PLoS pathogens* (2007); **3**(10): p151.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI NHA RĂNG VIÊM TỦY KHÔNG HỒI PHỤC Ở NGƯỜI CAO TUỔI CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY PROTAPER ULTIMATE TRONG TẠO HÌNH ỐNG TỦY

Trần Thị An Huy¹, Nguyễn Tiến Đức¹, Phạm Thanh Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang và nhận xét kết quả điều trị nội nha có sử dụng trâm xoay Protaper Ultimate trong tạo hình ống tủy ở bệnh nhân cao tuổi viêm tủy răng không hồi phục được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả chùm ca bệnh, 37 răng của 30 bệnh nhân được chỉ định điều trị nội nha tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2023. **Kết quả và kết luận:** Mẫu nghiên cứu có nữ chiếm 53,3%, nam chiếm 46,7%. Triệu chứng lâm sàng: Răng gõ đau chiếm tỷ lệ cao nhất là 93,33%, hờ tủy cũng chiếm tỷ lệ cao là 50%. Trên phim CT Cone beam cho thấy tỷ lệ ống tủy cong chiếm tỷ lệ đáng kể là 22%. Trong quá trình sửa soạn ống tủy các răng không xảy ra tai biến chiếm 93,4%. Điều trị nội nha đạt kết quả tốt sau 1 tuần: 90%. Sau 6 tháng điều trị tỷ lệ thành công đạt 96,67%. **Kết luận:** Hệ thống Protaper Ultimate có hiệu quả cao trong điều trị nội nha răng người cao tuổi.

Từ khóa: Điều trị nội nha răng viêm tủy không hồi phục, Protaper Ultimate.

SUMMARY

THE RESULTS OF ROOT CANAL TREATMENT WITH SHAPING BY PROTAPER ULTIMATE FOR ELDERLY IRREVERSIBLE PULPITIS

Objective: The purpose of this study is assessment the results of root canal treatment with shaping by Protaper Ultimate for elderly irreversible pulpitis. **Methods:** The cases study. Thirty cases with root canal retreatment after examination and had X- ray. **Results:** prevalence woman is 53.3%, man is 46.7%. These cases with pulpitis have pain: 93.33%, pulp open: 50.0%. On CT cone beam see that curve root canal: 22.0 %. In shaping root canal: 93.4% is safe. Good result after filling root canal a week is 90.0%. After 6 months treatment, good result is 96.67%. **Conclusion:** Protaper Ultimate had efficacy in shaping root canal.

Keywords: Treatment root canal for elderly pulpitis, Protaper Ultimate

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị nội nha để phục hồi chức năng ăn nhai cho răng viêm tủy không hồi phục có chỉ định điều trị bảo tồn. Vấn đề được đặt ra đối với các nước trên thế giới là làm sao để mang lại kết quả cao trong điều trị nội nha [1]. Trong đó tạo hình, làm sạch, và trám bít kín ống tủy quyết định sự thành công của điều trị. Chính vì vậy, nhiều hệ thống file máy mới ra đời mang nhiều tính ưu việt, trong đó có hệ thống trâm Protaper Ultimate của hãng Densply Sirona (Đức). Trâm

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị An Huy
Email: tahuy@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 2/3/2024
Ngày phản biện khoa học: 14/3/2024
Ngày duyệt bài: 20/5/2024

Protaper Ultimate được cấu tạo bởi hợp kim NiTi đã qua quá trình tiền xử lý nhiệt (công nghệ M-Wire) cho phép trám giữ lại độ cứng vừa đủ để tạo được đường trượt trong ống tủy và lấy đi các vùng ngà cản trở cũng như các vùng canxi hóa mà không cần dùng đến trám K, điều này sẽ mang lại hiệu quả trong tạo hình ống tủy người cao tuổi. Việc nghiên cứu sửa soạn ống tủy (OT) bằng các loại trám xoay NiTi đã được nhiều tác giả trên thế giới và ở Việt Nam thực hiện, nhưng những nghiên cứu về hệ thống trám Protaper Ultimate trong điều trị nội nha còn ít.

Hiệu quả điều trị tủy của hệ thống này trên răng người cao tuổi chưa được đánh giá một cách đầy đủ ở Việt nam. Để rút kinh nghiệm lâm sàng và khuyến cáo sử dụng cho các nha sĩ, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: **“Nhận xét kết quả điều trị nội nha răng viêm tủy không hồi phục ở người cao tuổi có sử dụng trám xoay Protaper Ultimate trong tạo hình ống tủy”** với mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, X- quang của bệnh nhân cao tuổi viêm tủy răng không hồi phục được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2023

2. Nhận xét kết quả điều trị nội nha có sử dụng trám xoay Protaper Ultimate trong tạo hình ống tủy ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân cao tuổi đến khám được chẩn đoán là có răng vĩnh viễn viêm tủy không hồi phục có chỉ định điều trị nội nha tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2023.

* Luật người cao tuổi: NCT được quy định là công dân Việt Nam từ 60 tuổi trở lên [4].

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những răng còn có khả năng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ. Bệnh nhân có đủ sức khỏe chữa răng và hợp tác suốt quá trình điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có ống tủy tắc, không hợp tác

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

+ Đây là nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh với cách chọn mẫu thuận tiện được tiến hành từ tháng 2 đến tháng 10 năm 2023

Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn sẽ được chọn cho đến khi đủ số lượng nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu theo bảng 2.1

Bảng 2.1. Các biến số nghiên cứu

Tên biến	Định nghĩa biến	Phương pháp thu thập
Tuổi	Theo năm sinh (dương lịch)	Hỏi
Giới	Nam, nữ	Hỏi
Lý do đến khám	Đau, nứt vỡ răng, đứt kẽ răng.	Hỏi
Triệu chứng lâm sàng	Đau răng, có lỗ sâu, vỡ răng, hở tủy, gõ đau...	Khám lâm sàng
Vị trí răng tổn thương	Theo tên răng	Khám lâm sàng
Hình thái OT	OT cong, OT thẳng	Xquang
Thời gian File Protaper Ultimate làm việc trong OT	Tính theo giây	Quan sát
Tai biến trong quá trình sửa soạn ống tủy	Gãy dụng cụ, tạo khác, thủng sàn, thủng thành OT	Lâm sàng và X quang
Kết quả hàn OT	Tốt, trung bình, kém	X quang

Kết quả sau hàn ống tủy 1 tuần	Tốt, trung bình, kém	Lâm sàng
Kết quả điều trị sau trám bít OT 6 tháng	Thành công, nghi ngờ, thất bại	Khám lâm sàng, Xquang

+ Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được làm thủ tục hành chính, hỏi lý do tới khám và tiền sử.
- Khám lâm sàng để xác định vị trí, đặc điểm tổn thương mô cứng, đường rạn nứt răng. Gõ dọc, gõ ngang răng để xác định răng đau, khám độ lung lay của răng, phát hiện lỗ rò và tổn thương nha chu.
- Chụp phim CT cone beam để chẩn đoán và đánh giá tình trạng hệ thống ống tủy, số lượng ống tủy, đánh giá vùng quanh răng và cuống răng trước điều trị. Chụp phim cận chóp trong quá trình tiến hành điều trị nội nha.
- Tiến hành điều trị nội nha bằng trám Protaper Ultimate có sử dụng máy X-Smart:

Mở tủy, xác định chiều dài làm việc, lấy tủy, tạo hình ống tủy bằng Protaper Ultimate tuân tự từ file SX đến file Slider, tiếp là file Shaper độ thuôn 4%, file F1 độ thuôn 7%, F2 độ thuôn 8%. Trường hợp ống tủy lớn thì việc tạo hình ống tủy sẽ sử dụng file F3 độ thuôn 9% sau khi sử dụng file F2. Bơm rửa ống tủy bằng NaOCl 3% và Chlohexidine 2%, trám bít ống tủy bằng phương pháp đơn côn. Hàn vĩnh viễn răng bằng chất hàn composite.

- Chụp Xquang ngay sau hàn ống tủy, khám lâm sàng sau 1 tuần. Khám lâm sàng và chụp Xquang sau 6 tháng. Đánh giá kết quả điều trị sau sau hàn ống tủy; 1 tuần; 6 tháng theo bảng 2.2; 2.3; 2.4 [4].

Bảng 2.2. Tiêu chí đánh giá XQ sau khi hàn ống tủy

Kết quả	Tiêu chuẩn đánh giá
Tốt	- Ống tủy hàn thuôn đều hình côn, không tạo khúc - Hàn đủ số lượng và đủ chiều dài ống tủy
Trung bình	- OT hàn không tạo được độ thuôn đều hình côn, tạo khúc - Hàn đủ số lượng và chiều dài ống tủy
Kém	- Gãy dụng cụ - Thủng ống tủy, thủng, rách lỗ cuống răng - Hàn sót OT hoặc thiếu chiều dài OT > 2mm hoặc quá cuống

Bảng 2.3. Tiêu chí đánh giá lâm sàng sau hàn ống tủy 1 tuần

Triệu chứng	Tốt	Trung bình	Kém
Đau răng	Không đau	Đau nhẹ khi nhai	Đau tự nhiên, đau tăng khi ăn nhai
Sưng lợi	Không sưng	Không sưng	Đỏ, nề, ấn đau
Gõ răng	Không đau	Đau nhẹ	Đau nhiều

Bảng 2.4. Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị nội nha sau 6 tháng

Triệu chứng	Thành công	Nghi ngờ	Thất bại
Đau	Không đau	Không đau	Đau tự nhiên
Sưng lợi	Không sưng	Không sưng, ấn không đau	Đỏ, nề, ấn đau hoặc có lỗ rò
Gõ răng	Không đau	Đau nhẹ hoặc cảm giác khó chịu	Đau nhiều
X quang	Không tổn thương vùng cuống	Không tổn thương vùng cuống	Có tổn thương vùng cuống hoặc không

2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Phân tích số liệu thu được bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến số được tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn với độ tin cậy tối thiểu 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ nữ chiếm 53,3%, nam chiếm 46,7%, không có sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê giữa nam và nữ với $p > 0,05$.

Tuổi của bệnh nhân được phân ra theo 2 nhóm: nhóm tuổi 60-70 tuổi; 70-80 tuổi, bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 60; cao nhất là 76. Nhóm tuổi từ 60-70 chiếm đa số (70,0%); còn lại là nhóm tuổi 70-80 (30%).

3.2. Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang của bệnh nhân cao tuổi viêm tủy răng không hồi phục.

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng của răng điều trị viêm tủy không hồi phục

Bảng 3.1. Lý do bệnh nhân đến khám răng viêm tủy không hồi phục

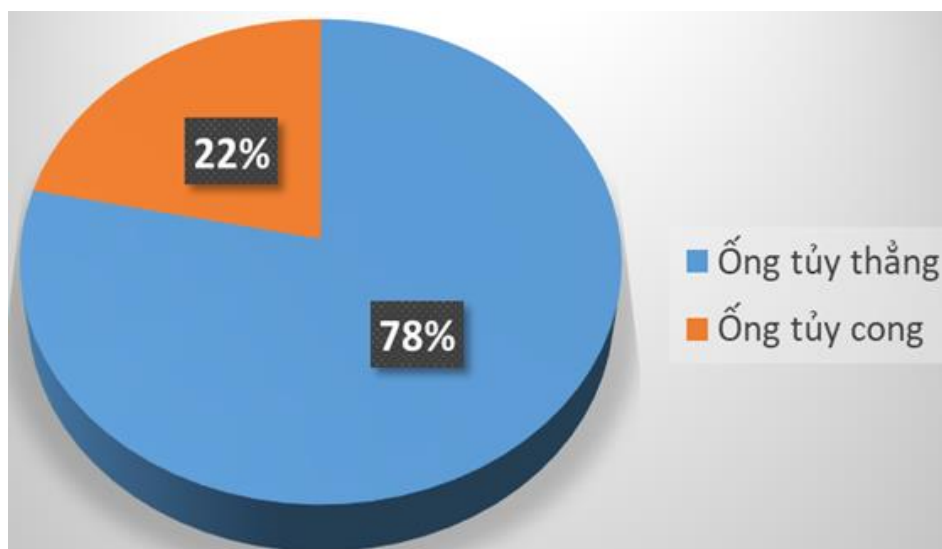
Triệu chứng cơ năng	Giới	Nam		Nữ		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Đau răng		7	50,0	9	56,2	16	53,3	>0,05
Vỡ răng		4	28,5	3	18,8	7	23,3	
Dắt thức ăn		3	21,5	4	25,0	7	23,4	
Tổng		14	100,0	16	100,0	30	100,0	

Nhận xét: Bệnh nhân đến khám vì đau răng chiếm tỷ lệ cao nhất 53,3%, vỡ răng và dắt thức ăn có tỷ lệ thấp hơn 23,3%; 23,4%. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ về lý do tới khám với $p > 0,05$. Sử dụng test thống kê: Chi Square test

Bảng 3.2. Phân bố theo triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng thực thể	Giới	Nam		Nữ		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Đau răng		9	45,0	11	55,0	20	75,0	>0,05
Hở tủy		7	46,6	8	53,4	15	50,0	>0,05
Lỗ sâu		7	38,8	11	61,2	18	60,0	>0,05
Vỡ răng		5	41,7	7	58,3	12	40,0	>0,05
Gõ đau		13	46,5	15	53,5	28	93,3	>0,05

Nhận xét: Răng gõ đau chiếm tỷ lệ cao nhất (93,3%), tiếp theo là đau răng là 75,0%. Khi khám thực thể tỷ lệ vỡ răng tăng lên tới 40%. Sự khác biệt giữa nam và nữ về các triệu chứng lâm sàng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sử dụng test thống kê: Chi Square test



Biểu đồ 3.1: Hình dạng ống tủy trên phim Xquang

Nhận xét: Số lượng ống tủy thẳng chiếm 78,0% Ống tủy cong là 22,0%

3.3. Nhận xét kết quả điều trị nội nha có sử dụng trâm xoay Protaper ultimate trong tạo hình ống tủy

Bảng 3.3. Thời gian Protaper Ultimate làm việc trong ống tủy

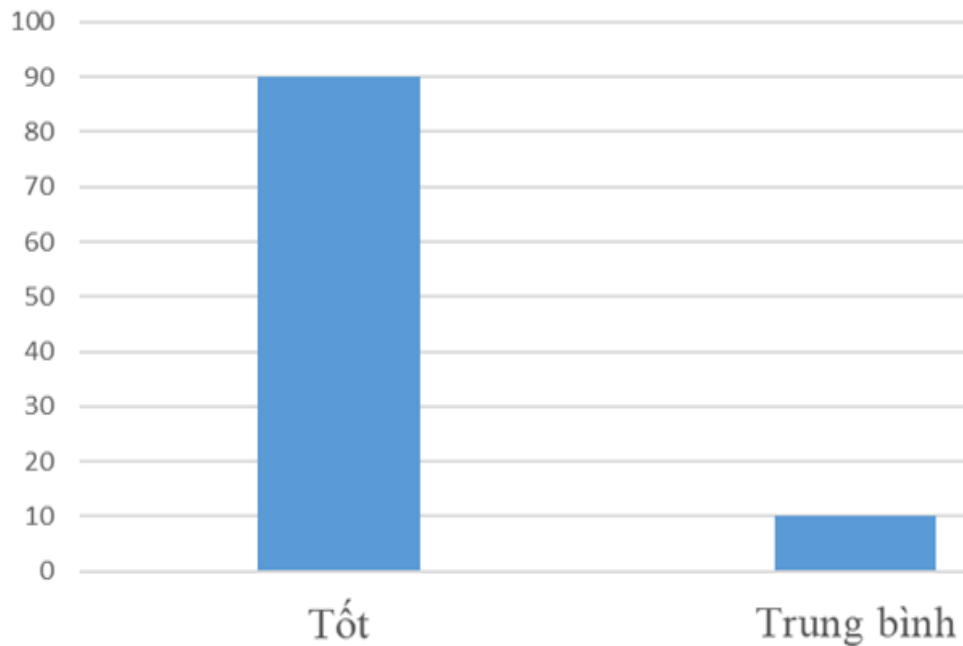
File tạo hình	Thời gian File Protaper Ultimate làm việc trong OT (giây)			
	1OT	2 OT	3 OT	4 OT
Protaper Ultimate	58,4±3,2	88,2±1,7	195,1±2,1	266,8±0,8

Nhận xét: Thời gian File Protaper Ultimate làm việc trong 1 ống tủy là 58,4±3,2 giây; trong 2 ống tủy là 88,2±1,7; Thời gian File Protaper Ultimate làm việc trong 3 và 4 ống tủy lần lượt như sau: 195,1±2,1giây; 266,8±0,8 giây. Thời gian Protaper Ultimate làm việc trong ống tủy được tính là thời gian file tạo hình, không tính thời gian thay file, không tính thời gian bơm rửa ống tủy.

Bảng 3.4. Tai biến trong quá trình sửa soạn ống tủy theo nhóm tuổi

Các tai biến	60-70		70-80		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Gãy dụng cụ	0	0	0	0	0	0	p>0,05
Tạo khác	1	4,7	1	11,1	2	6,6	
Không tai biến	20	95,3	8	88,9	28	93,4	

Nhận xét: Trong quá trình sửa soạn ống tủy thì hầu hết các ca đều không xảy ra tai biến chiếm 93,4%; 2 ca tạo khác ống tủy chiếm 6,6%, không có ca nào nào gãy dụng cụ. không có sự khác biệt về tai biến tạo hình giữa các nhóm tuổi. Sử dụng test thống kê: Chi Square test

**Biểu đồ 3.2: Hình ảnh Xquang răng sau hàn ống tủy**

Nhận xét: Ngay sau khi hàn tủy xong, chụp Xquang tại chỗ thì thu được kết quả tốt chiếm tỷ lệ 90%: trung bình chiếm tỷ lệ 10%, không có ca nào có tiên lượng kém.

Sau 1 tuần, đánh giá kết quả điều trị dựa trên lâm sàng theo tiêu chí của bảng 2.2.

Bảng 3.5: Kết quả điều trị sau 1 tuần theo nhóm tuổi

Nhóm răng Kết quả	60-70 n (%)	70-80 n (%)	Tổng n (%)
Tốt	20 (95,3%)	7 (78,0%)	27 (90,0%)
Trung bình	1 (4,7%)	2(22,0%)	3 (10,0%)
Kém	0	0	0 (0%)
Tổng	21 (100%)	9 (100%)	30(100,0%)

Nhận xét: Kết quả tốt chiếm tỷ lệ 90,0 %. Trong đó, kết quả tốt ở nhóm tuổi 60-70 cao hơn (95,3%) nhóm tuổi 70-80 (78,0%). Không có trường hợp kém.

Bảng 3.6: Kết quả điều trị tủy sau 6 tháng

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Thành công	29	96,67
Nghi ngờ	1	3,33
Thất bại	0	0,00
Tổng	30	100,00

Nhận xét: Sau 6 tháng điều trị, tỷ lệ điều trị thành công là 96,67%. Tỷ lệ kết quả nghi ngờ là 3,33%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về mẫu nghiên cứu: Tỷ lệ nam và nữ trong mẫu nghiên cứu có tỷ lệ là 53,3%; 46,7%, không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Điều này cho thấy bệnh nhân nam và nữ đến khám vì bệnh viêm tủy không hồi phục là như nhau do sự quan tâm đến răng miệng là tương đương. Nhóm tuổi 60-70 có tỷ lệ 70,0% cao hơn nhóm tuổi 70-80 (30%), đây là nhóm tuổi có tỷ lệ điều trị nội nha cao vì răng tổn thương tủy do nhiều nguyên nhân như là sâu răng, vỡ răng và bệnh nhân còn đi lại dễ dàng, số lượng răng còn nhiều trên cung hàm hơn nhóm tuổi 70- 80.

4.2. Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang của bệnh nhân cao tuổi viêm tủy răng không hồi phục

Lý do đau răng là lý do chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3%), đây là lý do buộc người bệnh đến viện khám bệnh (Bảng 3.1), bệnh nhân vỡ răng và đất thức ăn có tỷ lệ thấp hơn 23,3%; 23,4%, không có sự khác biệt giữa nam và nữ về lý do tới khám. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác nghiên cứu của Bùi Huy Hoàng và cộng sự [2], nghiên cứu tác giả thấy rằng lý do đến khám chủ yếu là răng gãy vỡ chiếm 32,2%. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Cao Thị Ngọc [3], tỷ lệ bệnh nhân bệnh lý tủy và vùng quanh chóp đến khám với lý do đau răng là cao nhất là 74,3%. Sự khác nhau về kết quả phụ thuộc vào cỡ mẫu, lứa tuổi.

Triệu chứng lâm sàng: Răng gõ đau chiếm tỷ lệ cao nhất là 93,33%, hờ tủy là 50%, điều này giải thích là vì hờ tủy nên răng đau tự nhiên sẽ giảm còn 75% trong khi đó gõ răng đau lại cao hơn vì hờ tủy làm răng đau đỡ hơn. Khi khám thực thể tỷ lệ vỡ răng tăng lên tới 40% vì do tuổi cao.

Trên phim CT cone beam ống tủy cong chiếm tỷ lệ đáng kể là 22%. Nghiên cứu chúng tôi có kết quả khác nghiên cứu của Phạm Thị Hạnh Quyên [4], nghiên cứu của

tác giả cho thấy tỷ lệ ống tủy cong cao hơn, sự khác nhau này do nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu trên răng 1 chân và số ít răng nhiều ống tủy còn của tác giả là trên răng có nhiều ống tủy.

4.3. Nhận xét kết quả điều trị nội nha có sử dụng trám xoay Protaper Ultimate trong tạo hình ống tủy

Thời gian File Protaper Ultimate làm việc trong 1 ống tủy rất nhanh tiết kiệm thời gian làm việc: trong 1 ống tủy là $58,4 \pm 3,2$ giây; trong 2 ống tủy là $88,2 \pm 1,7$; Thời gian File Protaper Ultimate làm việc trong 3 và 4 ống tủy lần lượt như sau: $195,1 \pm 2,1$ giây; $266,8 \pm 0,8$ giây.

Trong quá trình sửa soạn ống tủy thì hầu hết các ca đều không xảy ra tai biến chiếm 93,4%; 2 ca tạo khác ống tủy chiếm 6,6%, không có ca nào nào gây dụng cụ, không có sự khác biệt về tai biến tạo hình giữa các nhóm tuổi. Đây chính là ưu điểm của Protaper Ultimate có khả năng tạo hình tốt và có khả năng tháo xoắn khi gặp cản trong ống tủy sẽ hạn chế sự gãy file.

Ngay sau khi hàn tủy xong chụp Xquang tại chỗ thì thu được kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao tới 90%: trung bình chiếm tỷ lệ 10%, không có ca nào có tiên lượng kém. Có 3 bệnh nhân không có đau tự nhiên nhưng nhai vào còn đau hoặc khi gõ ngang còn đau nhẹ. Kết quả điều trị này gần tương tự với nghiên cứu của Jianing He và cộng sự năm 2017 [7] kết quả điều trị tủy lại trong nghiên cứu của ông là 90,4%.

Sau 6 tháng điều trị, tỷ lệ điều trị thành công là 96,67%. Tỷ lệ kết quả nghi ngờ là 3,33%. So sánh với tỷ lệ thành công trong điều trị nội nha răng người cao tuổi của tác giả như là Phạm Thị Hạnh Quyên: 96,2% [4] và nghiên cứu của Bùi Huy Hoàng và cộng sự: 93,8% [2] thì nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành công là cao hơn. Có thể đạt được tỷ lệ thành công cao trong nghiên cứu của chúng tôi là do nghiên cứu đã sử dụng dụng

cụ tạo hình hiệu quả cắt của Protaper Ultimate cao so với các file máy tạo hình trước đây [5], [6] nên khả năng làm sạch ống tủy tốt đảm bảo ống tủy trám kín khít 3 chiều trong không gian. Mặt khác trong nghiên cứu đã sử dụng dung dịch bơm rửa là NaOCL và đặt Ca(OH)_2 giữa các lần hẹn.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

5.1. Kết luận: Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân cao tuổi được điều trị nội nha răng viêm tủy không hồi phục có sử dụng trâm Protaper Ultimate tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2023 chúng tôi rút ra kết luận sau:

* **Đặc điểm mẫu nghiên cứu:** Nữ là 53,3%, nam là 46,7%, ($p > 0,05$). Nhóm tuổi 60-70 tỷ lệ 70,0% cao hơn nhóm tuổi 70-80 (30%).

* **Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang của bệnh nhân cao tuổi viêm tủy răng không hồi phục**

Lý do đau răng là lý do chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3%) buộc người bệnh đến viện

Triệu chứng lâm sàng: Răng gõ đau chiếm tỷ lệ cao nhất là 93,33%, hờ tủy cũng chiếm tỷ lệ cao là 50%.

Trên phim CT cone beam ống tủy cong chiếm tỷ lệ đáng kể là 22%.

* **Nhận xét kết quả điều trị nội nha có sử dụng trâm xoay Protaper Ultimate trong tạo hình ống tủy**

Thời gian File Protaper Ultimate làm việc trong 1 ống tủy rất nhanh tiết kiệm thời gian làm việc trong 1 ống tủy: $58,4 \pm 3,2$ giây

Trong quá trình sửa soạn ống tủy thì hầu hết các ca đều không xảy ra tai biến chiếm 93,4%; 2 ca tạo khấc ống tủy chiếm 6,6%, không có ca nào nào gãy dụng cụ,

Ngay sau khi hàn tủy xong chụp Xquang tại chỗ thì thu được kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao tới 90%. Sau một tuần, kết quả tốt ở

nhóm tuổi 60-70 cao hơn (95,3%) nhóm tuổi 70-80 (78,0%). Không có trường hợp kém.

Sau 6 tháng điều trị, tỷ lệ điều trị thành công là 96,67%.

5.2. Khuyến nghị: Hệ thống Protaper Ultimate có hiệu quả cao trong điều trị nội nha răng người cao tuổi và khuyến nghị các nha sĩ nên sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Thị Thái Hà** (2012). Chữa răng và Nội nha tập 2, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
2. **Bùi Huy Hoàng, Trần Thị Phương Đan** (2018) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả điều trị nội nha răng cửa hàm trên bằng Protaper máy, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 16, 1-6.
3. **Cao Thị Ngọc** (2014), Đánh giá hiệu quả điều trị nội nha nhóm răng hàm nhỏ có sử dụng hệ thống Endo express năm 2014, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Hà Nội.
4. **Phạm Thị Hạnh Uyên** (2020). Đánh giá thực nghiệm và kết quả điều trị tủy răng hàm nhỏ người cao tuổi có sử dụng hệ thống Protaper Next. Luận văn Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Hà Nội.
5. **Gül Çelik et al** (2019), A comparative study of root canal shaping using protaper universal and protaper next rotary files in preclinical dental education, PeerJ, 7, 7419.
6. **Hao Wang et al** (2018). Shaping outcome of ProTaper NEXT for root canal preparation in mandibular incisors: a micro-CT study, BMC Oral Health, 22, 533.
7. **Jianing He et al** (2017). Clinical and Patient-centered Outcomes of Nonsurgical Root Canal Retreatment in First Molars Using Contemporary Techniques, JOE, Volume 43(2), 231-236.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG CHÍNH QUY TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG NĂM 2023

Phạm Thị Tuyết¹, Nguyễn Đỗ Quyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức về chăm sóc vết thương của sinh viên điều dưỡng chính quy trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, không xác suất. Đối tượng gồm 239 sinh viên điều dưỡng chính quy năm 3 và năm 4, đang học tập tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Thông tin được thu thập bằng phiếu tự điền từ tháng 10/2022 đến 4/2023. **Kết quả:** 75,7% sinh viên có kiến thức đạt, 24,3% có kiến thức chưa đạt. Điểm trung bình là $72,2 \pm 10,23$. Kiến thức về chăm sóc vết thương (CSV T) của sinh viên có mối liên quan với: Năm học (năm 3, năm 4): OR=2,1 (1,1 - 4,3); Học lực (khá, giỏi; và trung bình, yếu): OR=3,8 (2,1- 7,1); Mức độ tìm hiểu thêm thông tin về CSV T (có tìm hiểu thêm, không bao giờ): OR= 17,1 (6 - 48,7). **Kết luận:** Sinh viên có kiến thức đạt về CSV T ở mức độ khá cao. Kiến thức về các loại băng gạc đắp vết thương ở mức độ trung bình thấp, và kiến thức về các phương pháp đánh giá/đo mức độ đau của trung viên ở mức khá. Kiến thức về CSV T của

sinh viên có mối liên quan với: năm học, học lực, và mức độ tìm hiểu thêm thông tin về CSV T.

Từ khoá: chăm sóc vết thương, sinh viên điều dưỡng, kiến thức.

SUMMARY

THE CURRENT STATE OF KNOWLEDGE ABOUT WOUND CARE AMONG NURSING STUDENTS AT HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY IN 2023

Objective: Describe the current state of knowledge about wound care among nursing students at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy in 2023, and identify factors related to the knowledge about wound care among the research group. **Subject and method:** This study is a cross-sectional research that utilized convenience and non-probability sampling methods. The participants were 239 third and fourth-year nursing students currently enrolled at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy. Data were collected through a self-administered questionnaire from October 2022 to April 2023. **Results:** 75.7% of students demonstrated a passing level of knowledge, 24.3% had unsatisfactory knowledge. The average score was 72.2 ± 10.23 . Students' knowledge of wound care was associated with their year of study (3rd year, 4th year) (OR=2.1, 95% CI 1.1-4.3), academic performance (excellent, good, and average, below average) (OR=3.8, 95% CI 2.1-7.1), and the frequency of seeking additional information about wound care

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tuyết

Email: pttuyet@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29/2/2024

Ngày phản biện khoa học: 4/3/2024

Ngày duyệt bài: 6/5/2024

(have done it before and never)(OR=17.1, 95% CI 6-48.7). **Conclusion:** as a result, the wound-care knowledge of intern nursing students is quite good and affected by years of education, surgical academic performance, and the level of updating their knowledge.

Keywords: wound care, intern nursing students, knowledge.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương là sự gián đoạn của tính toàn vẹn và chức năng của các mô trong cơ thể, bao gồm da, màng nhầy, và mô cơ quan [1]. Một vết thương nếu không kiểm soát tốt có thể tiến triển dẫn đến mãn tính và mang lại nhiều biến chứng nặng nề về kinh tế và chất lượng cuộc sống [2]. Vì vậy, chăm sóc vết thương (CSVT) đã trở thành một thách thức đối với các chuyên gia chăm sóc vết thương và tiêu tốn rất nhiều nguồn lực chăm sóc sức khỏe trên toàn cầu [3].

Quá trình chữa lành vết thương đòi hỏi cách tiếp cận hợp tác giữa các nhân viên y tế [4]. Các điều dưỡng là một trong những thành viên quan trọng nhất của nhóm đa ngành này, chiếm tỷ lệ cao nhất với 29% sau đó là bác sĩ phẫu thuật với 17% [5]. Chăm sóc vết thương tốt góp phần giảm các biến chứng, giảm thời gian và số lần nhập viện, giảm chi phí và nâng cao chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân [6]. Một nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ đã đánh giá kiến thức của điều dưỡng về phòng chống chấn thương do áp lực năm 2022 dựa trên thang điểm PUKAI (điểm cao nhất là 26 và điểm tối thiểu cần đạt về kiến thức là 16 (60%)). Kết quả nhận được hầu hết người tham gia (91,6%) đều không có đủ kiến thức về phòng chống loét đè ép [7]. Một nghiên cứu về hoạt động chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn tại Khoa phẫu thuật Tiêu hóa và Khoa Chấn thương chỉnh hình -

Bệnh viện Xanh Pôn năm 2021 bằng phương pháp quan sát trực tiếp hoạt động chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng. Kết quả thu được tỷ lệ thực hành đạt về chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn còn chưa cao với 43,5%. Tỷ lệ thực hành đạt quy trình vệ sinh tay thường quy chiếm 57,4% [8]. Để có được nền tảng kiến thức về chăm sóc vết thương tốt, sinh viên điều dưỡng cần được trang bị kiến thức trong suốt quá trình học tập. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả thực trạng kiến thức về chăm sóc vết thương của sinh viên điều dưỡng chính quy trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2023, và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức về chăm sóc vết thương của nhóm đối tượng nghiên cứu (ĐTNC).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng nghiên cứu là sinh viên điều dưỡng năm 3 và sinh viên điều dưỡng năm 4, đang học tập tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Sinh viên không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2022 đến 4/2023

Địa điểm: Tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu được thiết kế mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, cỡ mẫu toàn bộ.

- Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{P(1-P)}{d^2}}{1 - \frac{Z^2 \cdot \frac{P(1-P)}{d^2}}{n}}$$

n: là cỡ mẫu nghiên cứu cần có

Z: hệ số tin cậy phụ thuộc vào ngưỡng xác suất α chọn $\alpha = 0,05$ với độ tin cậy 95% thì = 1,96

P = 0,82 là tỷ lệ sinh viên có kiến thức đạt về kiểm soát trong quá trình chăm sóc vết thương nghiên cứu tại Ai cập năm 2021 của tác giả Manal Abdalla Sayed Ahmed Gaheen [9].

d: sai số mong muốn ($d = 0,05$)

Cỡ mẫu tối thiểu: 226

Gồm: 239 sinh viên có đủ điều kiện phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu

- Phương pháp thu thập số liệu: Bộ câu hỏi trắc nghiệm từng đối tượng được hỏi và câu trả lời được ghi chép lại.

2.4. Biến số nghiên cứu

- Biến số nghiên cứu: Thông tin chung: năm sinh (dương lịch), năm học, dân tộc, địa dư, khoa đang thực tập, kết quả học tập môn ngoại, mức độ tìm hiểu thêm thông tin về chăm sóc vết thương. Kiến thức về CSVT: Kiến thức chung về vết thương (VT), Kiểm soát nhiễm khuẩn trong CSVT, CSVT thương sạch, CSVT nhiễm khuẩn, CSVT có dẫn lưu, CSVT do loét tỳ đè.

- Bộ câu hỏi nghiên cứu được được dịch từ tác giả Belachew Tegegne [10] (đã nghiên cứu tại Ethiopia) và được tác giả Phan Thị Dung nghiên cứu tại Việt Nam năm 2021 [11]. Bộ câu hỏi gồm 39 câu hỏi nhiều lựa

chọn (94 lựa chọn), thuộc các lĩnh vực về Kiến thức chung về VT (18 câu), Kiểm soát nhiễm khuẩn trong CSVT (5 câu), CSVT thương sạch (2 câu), CSVT nhiễm khuẩn (4 câu), CSVT có dẫn lưu (4 câu), CSVT do loét tỳ đè (4 câu). Chỉ số Cronbach's alpha đánh giá độ tin cậy của bộ câu hỏi = 0,8. Mỗi lựa chọn đúng sẽ được 1 điểm, trả lời sai được 0 điểm. Như vậy điểm kiến thức tối thiểu là 0 điểm, tối đa là 94 điểm. Điểm kiến thức đạt khi đạt từ 70 % trở lên (tương đương 65,8 điểm).

2.5. Quản lý, xử lý và phân tích dữ liệu

- Số liệu được nhập, xử lý và phân tích trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 20.0. Trong nghiên cứu sử dụng tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình để biểu thị các biến, độ lệch chuẩn. Sử dụng Chi- squared, Fishers Exact Test.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng nghiên cứu khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và đối tượng nghiên cứu. Các thông tin thu thập được ghi nhận chính xác từ đối tượng nghiên cứu, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và đảm bảo bí mật danh tính và thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		X ± SD	
Tuổi (21-27)		21,41 ± 0,69	
Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Năm học	Năm 3	162	67,8
	Năm 4	77	32,2
Giới tính	Nam	10	4,2
	Nữ	229	95,8
Địa dư	Thành phố	38	15,9

	Nông thôn	201	84,1
Kết quả học tập trung bình môn ngoại	Khá, giỏi	159	66,5
	Trung bình, yếu	80	33,5
Khoa đang thực tập	Hệ nội	118	49,4
	Hệ ngoại	121	50,6
Dân tộc	Kinh	233	97,5
	Khác (Tày, Thái)	6	2,5
Mức độ tìm hiểu thêm thông tin về CSVT của ĐTNC	Không tìm hiểu	24	10
	Có tìm hiểu (hơn 1 lần/tuần)	191	90

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $21,41 \pm 0,69$. Sinh viên năm 3 chiếm tỷ lệ 67,8%, sinh viên năm 4 chiếm 32,3%. Sinh viên nữ (95,8%), dân tộc Kinh chiếm 97,5% chiếm phần lớn. 84,1% sinh viên có hộ khẩu thường trú ở vùng nông

thôn. SV đang học, thực tập các khoa hệ nội chiếm 49,4%, gần tương đương với sinh viên đang học tập tại các khoa hệ ngoại (50,6%). 66,5% sinh viên có học lực khá giỏi và 90% sinh viên có tìm hiểu thêm thông tin về CSVT.

Bảng 2. Điểm kiến thức về chăm sóc vết thương của đối tượng nghiên cứu

STT	Nội dung	Min	Max	Mean	SD	Chưa đạt		Đạt	
						n	%	n	%
1	Kiến thức chung về vết thương (44 điểm)	23	44	36,6	5,60	45	18,8	194	81,2
2	Kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn trong chăm sóc vết thương (10 điểm)	1	10	6,9	1,81	82	34,3	157	65,7
3	Kiến thức về chăm sóc vết thương sạch (2 điểm)	0	2	1,5	0,79	68	28,5	171	71,5
4	Kiến thức về chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn (20 điểm)	5	20	14,8	3,25	75	31,4	164	68,6
5	Kiến thức về chăm sóc vết thương có dẫn lưu (8 điểm)	1	8	5,8	1,49	84	35,1	155	64,9
6	Kiến thức về chăm sóc loét tỉ đè (10 điểm)	1	10	6,7	2,00	97	40,6	142	59,4
7	Kiến thức về chăm sóc vết thương (94 điểm)	42	91	72,2	10,25	58	24,3	181	75,7

Nhận xét: Số điểm trung bình của kiến thức chung về VT là $36,6 \pm 5,60$. Kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn trong CSVT đạt điểm trung bình là $6,9 \pm 1,81$. Kiến thức CSVT sạch có kết quả điểm trung bình là $1,5 \pm 0,79$. Điểm trung bình của kiến thức CSVT nhiễm khuẩn là $14,8 \pm 3,25$. Kiến thức CSVT có dẫn lưu đạt điểm trung bình là $5,8$

$\pm 1,49$. Điểm trung bình của kiến thức chăm sóc vết loét là $6,7 \pm 2,00$. Tổng điểm trung bình về kiến thức CSVT của bài khảo sát tính được là $72,2 \pm 10,25$. Tỷ lệ sinh viên đạt về kiến thức chung về CSVT chiếm cao nhất 81,2%, tỷ lệ đạt về kiến thức chăm sóc loét tỉ đè chiếm tỷ lệ thấp nhất 59,4%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa các yếu tố của sinh viên và kiến thức chăm sóc vết thương

Kiến thức	Chưa đạt		Đạt		OR 95%CI	P
	n	%	n	%		
Năm học						
Năm 3	46	28,4	116	71,6	2,1 (1,1 – 4,3)	0,036
Năm 4	12	15,6	65	84,4		
Giới tính						
Nam	4	40	6	60	2,2 (0,6- 7,9)	0,262*
Nữ	54	23,6	175	76,4		
Học lực						
Trung bình/yếu	32	42,1	44	57,9	3,8 (2,1- 7,1)	0,001
Khá/giỏi	26	16	137	84		
Mức độ tìm hiểu thêm kiến thức về chăm sóc vết thương						
Không tìm hiểu	19	79,2	5	20,8	17,1 (6,0 – 48,7)	0,001
Có tìm hiểu	39	18,1	176	81,9		

*: kiểm định fisher's exact test

Nhận xét: Kết quả cho thấy, với $p < 0,05$, sinh viên năm 3 có nguy cơ chưa đạt kiến thức về CSVT cao hơn gấp 2,1 lần so với sinh viên năm 4. Sinh viên có học lực trung bình/ yếu có nguy cơ chưa đạt kiến thức về CSVT cao gấp 3,8 lần sinh viên có học lực khá/giỏi. Nhóm sinh viên không tìm hiểu thêm kiến thức về chăm sóc vết thương có nguy cơ chưa đạt kiến thức về CSVT cao hơn 17,1 lần nhóm sinh viên còn lại. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về kiến thức CSVT của sinh viên nam và sinh viên nữ ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả khảo sát kiến thức chăm sóc vết thương trên 239 sinh viên điều dưỡng năm 3 và năm 4 Trường Đại học Y Dược Hải Phòng cho thấy, Số điểm trung bình kiến thức thu được là $(72,2 \pm 10,2)/94$ điểm. Kết quả này cao hơn kết quả trong nghiên cứu về kiến thức CSVT của sinh viên ở Thổ Nhĩ Kỳ $(64,8 \pm 11,27)$ [12]. Theo bảng 2, tỷ lệ đạt kiến thức chung về vết thương chiếm tỷ lệ

cao nhất (81,1%). Kết quả nghiên cứu này có tỷ lệ đạt cao hơn kết quả nghiên cứu trên điều dưỡng về kiến thức CSVT ở Ethiopia (40,3%) năm 2021 [10], điều này có thể do sự khác biệt về đặc điểm địa lý của hai quốc gia. Không những vậy, nghiên cứu tại Ethiopia được tiến hành trên một bệnh viện ở vùng nông thôn, kinh tế kém phát triển. Kết quả cũng nhận thấy,, tỷ lệ đạt về kiến thức loét tỷ đè là thấp nhất khoảng 59,4%, thấp hơn so với nghiên cứu năm 2023 tại Namibia (70%) [13]. Sự khác biệt này có thể do 2 quốc gia khác nhau đặc điểm địa lý, chương trình giáo dục y khoa và nghiên cứu tại Namibia chỉ khảo sát sinh viên năm cuối.. Mặt khác, tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu trên sinh viên điều dưỡng ở Malaysia (45,3%) [14] và Indonesia (53,8%) [15]. Cùng thuộc là các nước Đông Nam Á, nhưng sự vượt trội này có thể cho thấy kiến thức của sinh viên điều dưỡng Việt Nam cao hơn so với hai đất nước khác trong khu vực. Từ đó, có thể thấy được một đội ngũ điều dưỡng Việt Nam chất lượng cao, đáp ứng nhu cầu

xuất khẩu điều dưỡng trong tương lai, so với các nước trong khu vực.

Kết quả bảng 3 cho thấy, năm học có liên quan tới kiến thức CSVT của ĐTNC. Với $p < 0,05$, cho thấy sinh viên năm 3 có nguy cơ không đạt kiến thức về CSVT cao hơn gấp 1,98 lần so với sinh viên năm 4. Do sinh viên năm 4 có kinh nghiệm nhiều hơn, học nhiều môn liên quan đến CSVT hơn, và nhiều thời gian tiếp thực hành lâm sàng về CSVT [16]. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Belachew Tegegnen (2022) về mối liên quan giữa kiến thức về CSVT điều dưỡng và số năm làm việc của họ [OR 3,15(1.96– 5.04)] [10]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hải Hà năm 2022 lại chỉ ra được mối liên quan của học viên có thâm niên công tác dưới 5 năm thì có kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn tốt hơn nhóm thâm niên trên 5 năm. Điều này có thể lý giải do nhóm này mới tốt nghiệp các trường cao đẳng, đại học và cũng là nhóm nhân viên mới nên sẽ được đào tạo kỹ hơn về các vấn đề nhiễm khuẩn bệnh viện [OR = 1,87 (1,24 - 2,82)] [17]. Sinh viên học lực trung bình, yếu có nguy cơ không đạt kiến thức về CSVT cao gấp 3,8 lần so với sinh viên học lực khá, giỏi với $p < 0,05$. Điều này cũng đã được chỉ ra trong nghiên cứu của các tác giả ở Ethiopia [18]: Những sinh viên có học lực tốt hơn có thể sẽ có ý thức hơn trong việc học tập và tìm hiểu thêm về kiến thức trong đó có cả CSVT. Việc cập nhật và tìm hiểu thêm kiến thức về CSVT có thể thấy rằng họ thật sự yêu thích và quan tâm tới kiến thức này, giúp họ có thêm nhiều kiến thức về CSVT cũng như tiếp xúc với những kiến thức mới trong CSVT.

V. KẾT LUẬN

Điểm trung bình kiến thức của sinh viên ở mức cao, với tỉ lệ đạt kiến thức về CSVT khá cao (75,7%). Kiến thức về CSVT của sinh viên có sự khác nhau giữa năm học, năm 4 có kiến thức tốt hơn năm 3. Học lực tỷ lệ thuận với kiến thức tốt về chăm sóc vết thương. Sinh viên có học lực khá/giỏi thì có kiến thức tốt hơn sinh viên học lực trung bình/ yếu. Ngoài ra, sinh viên có tìm hiểu kiến thức thêm về CSVT sẽ có kiến thức đạt cao hơn nhóm không tìm hiểu thêm kiến thức 17,1 lần.

VI. KIẾN NGHỊ

Chương trình giảng dạy của sinh viên năm 3 cần bổ sung thêm kiến thức về CSVT. Nội dung kiểm tra cần liên quan tới kiến thức mở rộng, nhằm khuyến khích sinh viên tìm hiểu thêm thông tin về kiến thức CSVT. Bộ môn ngoại nên giới thiệu sinh viên những nguồn thông tin để đọc và tham khảo thêm kiến thức về CSVT. Nhà trường cũng nên mở thêm các buổi hội thảo, qua đó cung cấp thêm nhiều kiến thức về CSVT cho sinh viên. Ngoài ra, nhà trường nên có chính sách học bổng hấp dẫn khuyến khích các bạn đạt kết quả cao trong học tập.

VII. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.23.13

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nagle SM., and Stevens KA., Wound Assessment. StartPearls (2023), p1-12
2. Lindley, LE., and Stojadinovic O et al., Biology and Biomarkers for Wound Healing. Plast Reconstr Surg (2016), 138: pp18-28..

3. **Frykberg, R. G. and Banks, J.,** Challenges in the Treatment of Chronic Wound. *Adv Wound Care* (New Rochelle) (2015), **4**: p560-582.
4. **Vuolo, J.C.,** Assessment and management of surgical wounds in clinical practice. *Nurs Stand* (2016), **20**: pp66-56; quiz 58.
5. **Moore, G., and Audrey S, et al.,** Process evaluation in complex public health intervention studies: the need for guidance. *J Epidemiol Community Health* (2014), **68**: pp101-2.
6. **Al-Gharibi, K. A., and Sharstha S, et al.,** Cost-Effectiveness of Wound Care: A concept analysis. *Sultan Qaboos Univ Med J* (2018), **18**: pp433-439.
7. **Dirgar E, and Tosun B, et al .,** Evaluating Nurses' Knowledge of Pressure Injury Prevention: A Descriptive Study. *Adv Skin Wound Care* (2022), **35**: p1-6
8. **Trịnh Văn Thọ,** Thực trạng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2021. *Tạp chí khoa học Điều dưỡng* (2022), **5**: p109-120
9. **Ahmed Gaheen, M., and Elhossiny, E.,** Knowledge and Compliance of Nursing Students regarding Infection Control Standard Precautions during their Clinical Training. *Tanta Scientific Nursing* (2021), **20**: p9-33
10. **Tegegne, Belachew., and Yimam F, et al.,** Knowledge and Practice of Wound Care and Associated Factors among Nurses Working in South Wollo Zone Government Hospitals, Ethiopia. *Chronic Wound Care Management and Research* (2022), **9**: pp1-11.
11. **Phan Thị Dung,** Đánh giá kết quả chương trình đào tạo chăm sóc vết thương theo chuẩn năng lực cho điều dưỡng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2013 – 2015. *Luận án tiến sĩ Y tế công cộng*(2016), mã số chuyên ngành: 62-72-03-01.
12. **Sürme, Yeliz, et al.,** Knowledge and Practices of the Intern Nursing Students on Wound Care. *International Journal of Caring Sciences* (2022), **14**: pp1212-1219.
13. **Abrahams., Franco R., et al.** Students' knowledge, attitude and practices towards pressure ulcer prevention and management. *Health SA Gesondheid* (2023), **28**: p1-10
14. **Isa, Roslinda, et al.,** Knowledge and attitude on pressure ulcer prevention among nursing students in UiTM Selangor Puncak Alam Campus. *Healthscope: The Official Research Book of Faculty of Health Sciences* (2020), **1**: p11-15
15. **Sari, Y., et al.,** Nursing students' knowledge and attitude toward diabetic ulcer care and their contributing factors in Indonesia. *Int J Nurs Sci* (2022), **9**: pp. 496-503.
16. **Miguel A. Santos Rego, et al.,** Transversal Competences and Employability of UniversityStudents: Converging towards Service-Learning. *Education Sciences* (2022), **4**: p1-12
17. **Nguyễn Thị Hải Hà.,** Kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn cơ bản của sinh viên, học viên thực hành tại Bệnh viện nhi trung ương năm 2022. *Tạp chí nhi khoa* (2023), **16**: p45-49
18. **Thomas Hess, C.,** Checklist for factors affecting wound healing. *Adv Skin Wound Care* (2011), **24**: p192.

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ VỀ VI RÚT HỌC VÀ TÌNH TRẠNG ĐỘT BIẾN GEN KHÁNG THUỐC ARV Ở BỆNH NHÂN NHIỄM HIV ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN YÊN BÌNH TỈNH YÊN BÁI

Trần Văn Giang¹, Nguyễn Mạnh Trường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị, tỷ lệ thất bại về vi rút học và đặc điểm tình trạng kháng thuốc ở bệnh nhân nhiễm HIV theo dõi điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Yên Bình tỉnh Yên Bái, Việt Nam. **Đối tượng & phương pháp:** Nghiên cứu quan sát tiền cứu theo dõi dọc 116 bệnh nhân nhiễm HIV đang được điều trị thuốc kháng vi rút (ARV). **Kết quả:** Trong số 116 bệnh nhân điều trị ARV, có 93 bệnh nhân (80,2%) đáp ứng điều trị và có tải lượng vi rút dưới 1000 bản sao/ml ở tất cả các lần xét nghiệm, 23 bệnh nhân (19,8%) thất bại về vi rút học. Tỷ lệ bệnh nhân có tải lượng vi rút không phát hiện hoặc dưới ngưỡng đạt từ 44,0 đến 87,9%. Trong số 23 bệnh nhân thất bại điều trị về vi rút học tỷ lệ bệnh nhân có tải lượng vi rút không phát hiện hoặc dưới ngưỡng đạt từ 13,0 đến 60,8%. Hai đột biến kháng PI, 13 đột biến kháng NRTI và 14 đột biến kháng NNRTI đã được xác định. Các thuốc bị kháng với tỷ lệ cao trong nhóm thất bại điều trị là FTC, 3TC (34,8%) (NRTI), EFV, NVP (43,5%) (NNRTI).

Từ khóa: HIV kháng thuốc, thất bại điều trị, đột biến.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESPONSE ON VIROLOGY AND

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang

Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phân biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 6.5.2024

GENETIC MUTATIONS OF ARV DRUG RESISTANCE IN HIV-INFECTED PATIENTS TREATED AT YEN BINH DISTRICT MEDICAL CENTER, YEN BAI PROVINCE

Objective: Evaluate treatment response, virological failure rate and characteristics of drug resistance in HIV-infected patients following treatment at Yen Binh District Medical Center, Yen Bai Province, Vietnam. **Materials & methods:** Prospective observational study with longitudinal follow-up of 116 HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy (ARV). **Results:** Among 116 patients on ART, 93 patients (80.2%) responded to treatment and had viral load less than 1000 copies/ml at all tests, 23 patients (19.8%) virological failure. The proportion of patients with undetectable or below-threshold viral load ranges from 44.0 to 87.9%. Among 23 patients with virological treatment failure, the proportion of patients with undetectable or below-threshold viral load ranged from 13.0 to 60.8%. Two PI-resistant mutations, 13 NRTI-resistant mutations, and 14 NNRTI-resistant mutations were identified. Drugs with high rates of resistance in the treatment failure group are FTC, 3TC (34.8%) (NRTI), EFV, NVP (43.5%) (NNRTI).

Keywords: HIV drug resistance, treatment failure, mutation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS hiện nay vẫn đang là đại dịch trên toàn thế giới và tại Việt Nam. Liệu pháp điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ARV) đã góp phần đáng kể trong việc cải thiện chất

lượng cuộc sống cho bệnh nhân nhiễm HIV, bao gồm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong qua đó có thể giúp trở thành một bệnh mạn tính có thể quản lý được. Tuy nhiên việc bệnh nhân nhiễm HIV cần phải uống thuốc ARV hàng ngày, liên tục, suốt đời là vấn đề khá khó khăn của nhiều người. Việc tuân thủ điều trị kém và sự xuất hiện của các đột biến kháng thuốc sẽ làm giảm hiệu quả điều trị bệnh. Để đánh giá đáp ứng điều trị bằng thuốc kháng vi rút, bệnh nhân sẽ được đánh giá đáp ứng về lâm sàng, miễn dịch và vi rút, trong đó xét nghiệm đo tải lượng vi rút (TLVR) là xét nghiệm nhạy nhất và có thể chẩn đoán sớm nhất tình trạng thất bại điều trị của bệnh nhân ¹. Yên Bái là một trong 10 tỉnh có tỷ lệ hiện mắc HIV/AIDS cao nhất cả nước, Trung tâm y tế huyện Yên Bình thuộc huyện miền núi Yên Bình tỉnh Yên Bái là một đơn vị y tế hiện nay chủ yếu quản lý và điều trị người nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn huyện, các xét nghiệm đánh giá miễn dịch, vi rút đều không thực hiện được tại đây ². Do đó để có cơ sở đánh giá tình trạng đáp ứng điều trị HIV ở một trong những vùng khó khăn nhất của cả nước chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị về vi rút học và tình trạng đột biến gen kháng thuốc ARV ở bệnh nhân nhiễm HIV điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Yên Bình tỉnh Yên Bái từ tháng 10/2020 đến 4/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 116 bệnh nhân nhiễm HIV đang được điều trị thuốc kháng vi rút (ARV) và được theo dõi điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái từ tháng 10/2020 đến tháng 4/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân ≥ 16 tuổi, được chẩn đoán nhiễm HIV theo hướng dẫn xét nghiệm HIV quốc gia (mẫu xét nghiệm được coi là dương tính với HIV khi có phản ứng với cả ba loại sinh phẩm có nguyên lý hoặc chuẩn bị kháng nguyên khác nhau theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam), đã được điều trị ARV từ 6 tháng trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không được làm xét nghiệm đo TLVR đủ 6 lần.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Tại Trung tâm Y tế huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái từ tháng 10/2020 đến tháng 4/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc

Cỡ mẫu nghiên cứu: tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đều được đưa vào nghiên cứu. Tổng cộng có 116 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, được làm xét nghiệm đo TLVR HIV 6 lần được lựa chọn vào nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu: Định kỳ 6 tháng/lần bệnh nhân sẽ được nhân viên y tế lấy 4ml máu trong ống chống đông EDTA, máu sau khi được lấy sẽ được bảo quản và gửi về Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương để làm xét nghiệm đo TLVR. Các mẫu xét nghiệm có TLVR từ 1000copies/ml được xét nghiệm giải trình tự gen để xác định gen đột biến kháng thuốc.

Cách thức thu thập thông tin: các số liệu thu thập được mã hóa và nhập trên hệ thống tại địa chỉ <https://hiv-satreps.com/>

Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS version 20.0 (IBM SPSS Statistic) và phân tích bằng các phương pháp thống kê y học.

2.4 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được thực hiện trong khuôn khổ dự án “Thiết lập hệ thống phân

hồi thông tin từ phòng xét nghiệm tới người bệnh vì một chương trình thuốc kháng vi rút (ARV) bền vững và ngăn ngừa nhiễm HIV mới tại Việt Nam” **Nghiên cứu đã được phê**

duyet bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương (số tham chiếu: 12/HDDD-NDTU, 17/HDDD-NDTU)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng (n=116)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<30 tuổi	7	6,1
	30-40 tuổi	37	31,9
	41-50 tuổi	52	44,8
	>50 tuổi	20	17,2
	Mean $\pm$ SD (Min-max)	39,99 $\pm$ 8,33 (16-58)	
Giới	Nam	65	56,0
	Nữ	51	44,0
Đường lây truyền	Quan hệ tình dục	56	48,3
	Mẹ truyền sang con	1	0,9
	Tiêm chích ma túy	50	43,1
	Không rõ	9	7,8
Thời gian phát hiện bệnh (năm)	< 5	37	31,9
	5-10	64	55,2
	>10	15	12,9
Thời gian điều trị ARV (năm)	< 5	43	37,1
	5-10	65	56,0
	>10	8	6,9
Phác đồ điều trị ARV	Bậc 1	111	95,7
	Bậc 2	5	4,3

Nhận xét: tuổi trung bình của bệnh nhân là 39,99 tuổi, nam chiếm 56%, đường lây chủ yếu là quan hệ tình dục 48,3%, tiêm chích ma túy là 43,1%. Phác đồ điều trị ARV bậc 1 chiếm 96,7%. Thời gian điều trị ARV từ 5-10 năm chiếm 56%.

3.2. Đáp ứng điều trị vi rút học của bệnh nhân nhiễm HIV điều trị ARV

Bảng 2. Tải lượng vi rút ở các bệnh nhân HIV điều trị ARV

Tải lượng vi rút Bản sao/ml	Số lượng (n=116)					
	Bắt đầu nghiên cứu	Sau 6 tháng	Sau 12 tháng	Sau 18 tháng	Sau 24 tháng	Sau 30 tháng
KPH *	99(85,3)	52(44,8)	37(31,9)	66(56,9)	70(60,3)	86(74,1)
< 20	2(1,7)	20(17,3)	14(12,1)	18(15,5%)	21(18,1)	16(13,8)
20 - 1000	4(3,5)	33(28,4)	50(43,1)	25(21,6)	19(16,4)	8(6,9)
≥ 1000	11(9,5)	11(9,5)	15(12,9)	7(6,0)	6(5,2)	6(5,2)

*KPH: Không phát hiện

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân thất bại điều trị dao động từ 5,2-12,9% qua các lần xét nghiệm. Trong đó các lần xét nghiệm thứ 5 và 6 đều là 5,2%. Có 23 bệnh nhân (19,8) thất bại điều trị về vi rút học.

Bảng 3. Tải lượng vi rút ở bệnh nhân HIV điều trị ARV thất bại điều trị

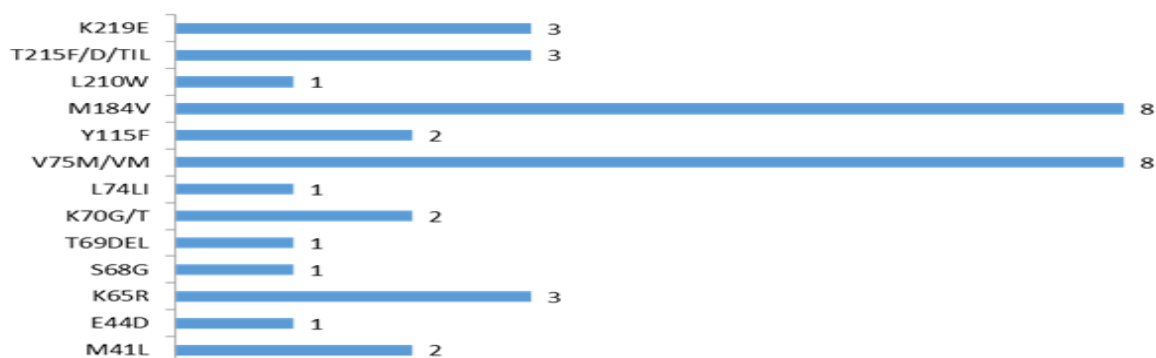
Tải lượng vi rút Bản sao/ml	Số bệnh nhân (n=23)					
	Bắt đầu nghiên cứu	Sau 6 tháng	Sau 12 tháng	Sau 18 tháng	Sau 24 tháng	Sau 30 tháng
KPH *	11 (47,8)	3 (13,0)	2 (8,7)	6 (26,1)	2 (8,7)	9 (39,1)
< 20	0 (0,0)	3 (13,0)	1 (4,3)	4 (17,4)	9 (39,1)	5 (21,7)
20 - 1000	1 (4,3)	6 (26,1)	5 (21,7)	6 (26,1)	6 (26,1)	3 (13,0)
≥ 1000	11 (47,8)	11 (47,8)	15 (65,2)	7 (30,4)	6 (26,1)	6 (26,1)

KPH: Không phát hiện được

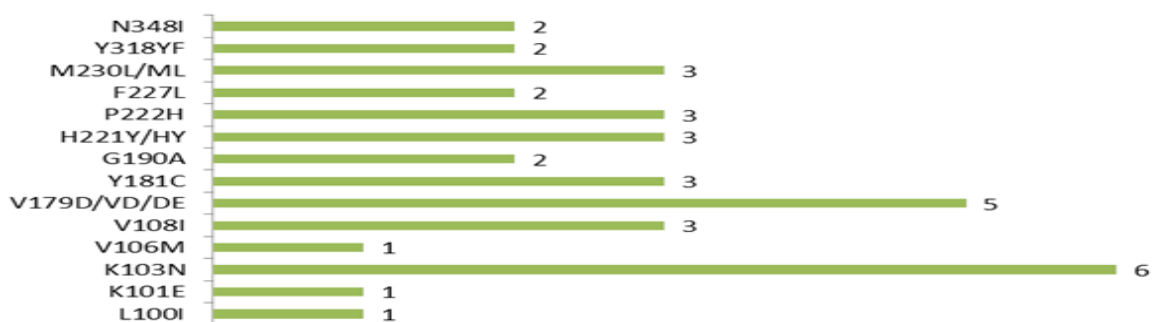
Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có TLVR không phát hiện hoặc dưới ngưỡng (20 bản sao/ml) dao động từ 13,0% - 60,8%, tỷ lệ bệnh nhân có TLVR từ 20 bản sao/ml trở lên chiếm 39,1 - 86,9%

3.2. Đặc điểm gen kháng thuốc và mức độ kháng của các loại thuốc

NRTI



NNRTI



PI



Biểu đồ 1. Các vị trí gen đột biến kháng thuốc

Nhận xét: Trong số 14 bệnh nhân có mẫu xét nghiệm HIV có đột biến kháng ARV có 1 bệnh nhân có đột biến kháng PI, bao gồm: V82A và I54V. Có 13 đột biến kháng NRTI và 14 đột biến kháng NNRTI.

Bảng 4: Đặc điểm mức độ các loại thuốc bị đề kháng

Nhóm	PI (n=23)			NRTI (n=23)					NNRTI (n=23)				
Mức độ	ATV/r	DRV/r	LPV/r	ABC	AZT	FTC	3TC	TDF	DOR	EFV	ETR	NVP	RPV
Cao	0	0	0	4	1	8	8	1	4	10	1	10	4
Trung gian	1	1	1	2	2	0	0	4	5	0	4	0	1
Thấp	0	0	0	3	0	0	0	1	1	3	6	3	6
Nhạy	22	22	22	14	20	15	15	17	13	10	12	10	12

Nhận xét: Nhóm ức chế PI, có 1/23 bệnh nhân có mức độ kháng trung gian với 3 loại thuốc. Nhóm NRTI các thuốc hay được sử dụng là FTC và 3TC có tỷ lệ kháng cao (34,8%). Nhóm NNRTI có tỷ lệ và mức độ kháng cao là EFV và NVP (43,5%)

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi đã tiến hành một nghiên cứu theo dõi dọc trong thời gian 30 tháng để theo dõi đáp ứng điều trị và tình trạng kháng thuốc của 116 bệnh nhân nhiễm HIV đã được điều trị ARV từ 6 tháng trở lên đang được theo dõi và điều trị ARV tại một trong những huyện miền núi khó khăn nhất tại một trong những tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm đứng đầu tại Việt Nam. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 23/116 (19,8%) bệnh nhân có thất bại về vi rút học. Tỷ lệ thất bại về vi rút này cao hơn nhiều so với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam nói chung như nghiên cứu của Vũ Quốc Đạt và cộng sự giai đoạn 2017-2018 là 5,8%, Tanuma và cộng sự giai đoạn 2008-2012 là 4,18%.^{3, 4} Trong số 116 bệnh nhân được nghiên cứu nam giới chiếm tới 56% số ca nhiễm HIV cao hơn so với nữ giới là 46%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tỷ lệ nhiễm HIV tại Việt Nam, nam giới cao hơn nữ giới. Đường lây truyền HIV do tiêm chích ma túy vẫn chiếm tỷ lệ cao với 42,2% số ca nhiễm, đứng đầu là lây truyền

qua đường tình dục chiếm 40,5%. Tỷ lệ người nhiễm HIV do tiêm chích ma túy trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn cao, điều đó cho thấy tình trạng lạm dụng ma túy tại khu vực miền núi phía Bắc vẫn diễn biến hết sức phức tạp và tỷ lệ người nhiễm HIV do tiêm chích ma túy vẫn cao như những năm trước đây tại Việt Nam. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 39,99 tuổi, phù hợp với xu hướng chung là nhóm tuổi 25-49 vẫn chiếm hơn một nửa số người nhiễm HIV trên thế giới. Trong số 116 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, thời gian điều trị ARV trung bình $9,2 \pm 3,6$ năm, trong đó người được theo dõi và điều trị lâu nhất là 16 năm, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị ARV từ 5 năm trở lên chiếm 62,9% qua đó cho thấy người nhiễm HIV có thể sống khỏe mạnh nếu được điều trị và theo dõi tốt ngay tại vùng xa xôi hẻo lánh như tại Yên Bình. Trong số 116 bệnh nhân có 03 bệnh nhân tử vong, tuy nhiên 02 trong số 03 bệnh nhân tử vong không liên quan với HIV. Về phác đồ điều trị ARV, có đến 95,7% số bệnh nhân chỉ cần điều trị phác đồ bậc 1 và 85,6% số bệnh nhân được điều

trị phác đồ bậc 1 thay thế do đặc thù phân phối thuốc của trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Yên Bái phân bổ số thuốc cho Trung tâm, chỉ có 5 bệnh nhân tương đương 4,3% cần chuyển phác đồ bậc 2 do có xuất hiện tình trạng kháng các thuốc ARV bậc 1. Như vậy các thuốc ARV bậc 1 vẫn rất hiệu quả cho đa số bệnh nhân nhiễm HIV tại đây (Bảng 1).

Đánh giá đáp ứng về vi rút học ở bệnh nhân điều trị ARV tại Trung tâm Y tế huyện Yên Bình chúng tôi nhận thấy qua đánh giá 6 lần xét nghiệm TLVR của bệnh nhân tỷ lệ thất bại về vi rút học dao động từ 5,2 đến 12,9% (Bảng 2), so sánh với tỷ lệ thất bại điều trị của các nghiên cứu khác chúng tôi nhận thấy tỷ lệ đột biến kháng thuốc của HIV ở nghiên cứu chúng tôi tương đương so với mức trung bình toàn cầu (5,2% đến 10,1%)⁵. Trong số 23 bệnh nhân thất bại về vi rút học, khi theo dõi TLVR 6 tháng một lần 6 lần liên tiếp trong 30 tháng, chúng tôi đã quan sát thấy đặc điểm tình trạng thất bại điều trị và kháng thuốc của bệnh nhân rất đa dạng: 14 bệnh nhân có biểu hiện thất bại về vi rút và có kết quả xét nghiệm giải trình tự có gen kháng thuốc. Trong đó có 5/14 bệnh nhân đã được điều chỉnh phác đồ điều trị và bệnh nhân có đáp ứng tốt với điều trị. Có 8/14 bệnh nhân đã được điều chỉnh phác đồ và tư vấn tuân thủ điều trị nhưng TLVR vẫn cao trên 1000 bản sao/ml ở các lần xét nghiệm tiếp theo cho đến khi kết thúc nghiên cứu hoặc TLVR giảm rồi lại tăng. 1/14 bệnh nhân phát hiện thất bại điều trị ở lần xét nghiệm cuối cùng. Có 9/23 bệnh nhân thất bại về vi rút nhưng khi xét nghiệm giải trình tự gen không phát hiện gen kháng thuốc, các bệnh nhân này thất bại điều trị do tuân thủ kém, sau khi tư vấn tuân thủ tất cả các bệnh nhân này đều có kết quả TLVR dưới

1000 bản sao/ml ở các lần xét nghiệm tiếp theo. Giải trình tự gen của các chủng HIV tìm thấy trên bệnh nhân điều trị ARV tại Trung tâm Y tế huyện Yên Bình có 2 đột biến kháng thuốc ức chế protease (PI), cụ thể là V82A và I54V. Tuy nhiên, tần suất xuất hiện các đột biến này thấp, chỉ duy nhất một bệnh nhân. Hiện nay có ba loại kháng PI được sử dụng phổ biến để điều trị HIV: ATV/r, DRV/r và LPV/r, trên bệnh nhân này mức độ đề kháng là trung gian. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã quan sát thấy 13 đột biến liên quan đến khả năng kháng thuốc ức chế men sao chép ngược Nucleoside (NRTI) trong các mẫu HIV. Những đột biến xuất hiện với tần suất cao cao gồm M184V, V75M/VM (đều là 8 bệnh nhân), tiếp theo là K219E, T215F/D/TIL, K65R... Đột biến K65R được biết là có khả năng kháng Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) và Abacavir (ABC), đặc biệt khi kết hợp với M184V/I, nó làm tăng sức đề kháng TDF lên 1,5 lần.^{6,7} Ngược lại, đột biến T69DEL cho thấy khả năng kháng tất cả các NRTI hiện đang được sử dụng trong điều trị HIV⁶. Các đột biến kháng NNRTI chính là K103N, V179D, Y181C. Ngoài ra còn có các đột biến khác như K101E, V106M, V108I, Y188L. Các đột biến V106M, Y188L và M230L được cho là làm giảm độ nhạy cảm với DOR hơn 10 lần, riêng G190A đã giảm hơn 20 lần⁸. HIV kháng DOR khi có sự kết hợp giữa V106A và F227L; V106A với F227L và L234I hoặc V106A và G190A và F227L.⁸ Các đột biến K101E/P, E138A/G/K/Q/R, V179L, Y181C/I/V, Y188L, H221Y, F227C và M230I/L đều liên quan đến các mức độ kháng RPV khác nhau K101P chống lại RPV 10 lần, Y181I/V lần, M184I lần và E138K/K101E lần. Nghiên cứu này cho thấy HIV mang nhiều đột biến

có khả năng kháng cao với nhiều loại thuốc NNRTI như EFV, NVP và RPV.

V. KẾT LUẬN

Trong số bệnh nhân HIV đang điều trị ARV, tỷ lệ thất bại về vi rút học trong theo dõi và phản hồi nhanh về xét nghiệm kháng thuốc ở Trung tâm y tế huyện Yên Bình tỉnh Yên Bái là 19,8%, tỷ lệ bệnh nhân có TLVR không phát hiện hoặc dưới ngưỡng đạt từ 44,0 đến 87,9%. Trong số 23 bệnh nhân thất bại điều trị về vi rút học tỷ lệ có TLVR không phát hiện hoặc dưới ngưỡng đạt từ 13,0 đến 60,8%. Hai đột biến kháng PI, 13 đột biến kháng NRTI và 14 đột biến kháng NNRTI đã được xác định. Các thuốc bị kháng với tỷ lệ cao trong nhóm thất bại điều trị là FTC, 3TC (34,8%) (NRTI), EFV, NVP (43,5%) (NNRTI).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS. Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2021. 2021.
2. **Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Yên Bái.** Báo cáo công tác kiểm soát bệnh tật năm 2022 và phương hướng nhiệm vụ năm 2023, 2022.
3. **Dat VQ, Anh NTL, Van Nghia K, et al.** The prevalence of pre-treatment and acquired HIV drug resistance in Vietnam: a nationally representative survey, 2017–2018. *Journal of the International AIDS Society.* 2022. 25(2):e25857.
4. **Tanuma J, Quang VM, Hachiya A, et al.** Low prevalence of transmitted drug resistance of HIV-1 during 2008–2012 antiretroviral therapy scaling up in Southern Vietnam. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.* 2014. 66(4):358-364.
5. **Assefa Y, Gilks CF.** Ending the epidemic of HIV/AIDS by 2030: Will there be an endgame to HIV, or an endemic HIV requiring an integrated health systems response in many countries? *International Journal of Infectious Diseases.* 2020. 100:273-277.
6. **Miller MD, Margot N, Lu B, et al.** Genotypic and phenotypic predictors of the magnitude of response to tenofovir disoproxil fumarate treatment in antiretroviral-experienced patients. *J Infect Dis.* Mar 1 2004. 189(5):837-846. doi:10.1086/381784.
7. **Hawkins CA, Chaplin B, Idoko J, et al.** Clinical and genotypic findings in HIV-infected patients with the K65R mutation failing first-line antiretroviral therapy in Nigeria. *J Acquir Immune Defic Syndr.* Oct 1 2009. 52(2):228-234. doi:10.1097/QAI.0b013e3181b06125.
8. **Martin EA, Lai MT, Ngo W, et al.** Review of Doravirine Resistance Patterns Identified in Participants During Clinical Development. *J Acquir Immune Defic Syndr.* Dec 15 2020. 85(5):635-642. doi:10.1097/QAI.0000000000002496.

THỰC TRẠNG SUY DINH DƯỠNG THẤP CÒI Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI HUYỆN BA CHẼ, QUẢNG NINH NĂM 2022

Nguyễn Khánh Hưng¹, Đoàn Văn Thành¹, Hà Minh Tâm¹,
Đoàn Ngọc Thanh², Đặng Văn Chức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi tại Ba Chẽ, Quảng Ninh năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 603 cặp mẹ và trẻ sinh ra từ ngày 01/01/2022 đến ngày 31/10/2022 dưới 5 tuổi đang sinh sống tại 3 xã Đạp Thanh, Thanh Lâm và Thanh Sơn huyện Ba Chẽ, Quảng Ninh. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi là 10,6%; chiếm tỷ lệ cao ở nhóm trẻ trai (chiếm 54,7%); 24 - <36 tháng tuổi (chiếm 19,2%); SDD mức độ nhẹ (89,1%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa suy dinh dưỡng thấp còi với tuổi của trẻ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi chiếm tỷ lệ thấp, chủ yếu là thể nhẹ và trên nhóm trẻ 24 - <36 tháng tuổi. Cần tập trung cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho nhóm tuổi này.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, suy dinh dưỡng thấp còi, mức độ suy dinh dưỡng, trẻ dưới 60 tháng tuổi

SUMMARY

THE SITUATION OF STUNTING IN CHILDREN LESS THAN 60 MONTHS IN BA CHE, QUANG NINH IN 2022

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trung tâm Y tế huyện Ba Chẽ, Quảng Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chức

Email: dvchuc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/5/2024

Ngày duyệt bài: 22/5/2024

Objective: The study was conducted to describe the situation of stunting in children less than 60 months old in Ba Che, Quang Nigh in 2022. **Subjects and Method.** It was a cross-sectional study conducted on 603 pair of mothers and children born from January 1st, 2022 to October 31st, 2022, less than 5 years old in 3 communes Dap Thanh, Thanh Lam, and Thanh Son, Ba Che, Quang Ninh. **Results.** The prevalence of stunting was 10.6%, mainly in 24-<36 months old group (19.2%), and moderate severity. Stunting affected more boys than girls (10.8% vs 10.4% respectively). There was a significant association of stunting and children's age. **Conclusions.** Stunting accounted low prevalence, occurring when children were 3 years old, and was in moderate severity.

Keywords: Malnutrition, Stunting, malnutrition severity, Children less than 60 months old

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng do thiếu protein - năng lượng và các vi chất dinh dưỡng là vấn đề sức khỏe cộng đồng của nhiều quốc gia trên thế giới nhất là ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Suy dinh dưỡng (SDD) gặp nhiều ở trẻ em dưới 5 tuổi, biểu hiện với các mức độ khác nhau. Bệnh không những ảnh hưởng đến phát triển thể chất mà còn ảnh hưởng đến sự phát triển tinh thần, trí tuệ của trẻ và để lại hậu quả nặng nề cho trẻ và xã hội, ảnh hưởng đến hình ảnh quốc gia, các trường hợp nặng có thể dẫn đến tử vong [1].

Theo số liệu Viện Dinh dưỡng quốc gia Việt Nam công bố, tỷ lệ SDD ở trẻ dưới 5 tuổi trong giai đoạn 2016-2020 thể nhẹ cân giảm từ 13,8% xuống 11,6%, thể thấp còi giảm từ 24,3% xuống 19,5% và có sự chênh lệch nhiều giữa các địa phương, các vùng miền [2]. Mặc dù chiều cao của người Việt Nam đã có sự cải thiện đáng kể trong những năm gần đây, với nam giới là 177,0 cm và nữ giới là 163,7 cm nhưng nhìn chung vẫn thấp hơn so với chuẩn quốc tế (Kết quả tổng điều tra quốc gia về dinh dưỡng 2009-2020 do Viện Dinh dưỡng công bố). Nhìn chung tỷ lệ SDD của trẻ em trong những thập kỷ qua đã có nhiều cải thiện nhưng tính đến năm 2020, tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị SDD thể thấp còi ở nước ta vẫn ở mức báo động với gần 20%.

Huyện Ba Chẽ là huyện nông thôn miền núi thuộc tỉnh Quảng Ninh, nơi có nhiều dân tộc thiểu số anh em sinh sống, điều kiện kinh tế xã hội khó khăn, tỷ lệ hộ nghèo còn cao. Dân số của huyện là 23.149 người, trong đó có 2.317 trẻ em dưới 5 tuổi. Trong những năm qua, các hoạt động can thiệp nhằm giảm tỷ lệ SDD trẻ em trên địa bàn huyện luôn được quan tâm, các điều tra hàng năm cho thấy tỷ lệ trẻ bị SDD giảm dần qua các năm gần đây. Tuy nhiên tỷ lệ trẻ em bị SDD vẫn còn cao so với mục tiêu phấn đấu của huyện. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: **Mô tả thực trạng suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh năm 2022.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả các trẻ sinh ra trong thời gian từ ngày 01/5/2017 đến ngày 30/6/2022, hiện tại đang thường trú tại 3 xã Đạp Thanh, Thanh

Lâm và Thanh Sơn của huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh.

- Trẻ bị mắc bệnh nặng không tham gia khám sàng lọc được; trẻ bị các bệnh do di truyền hoặc dị tật bẩm sinh; trẻ bị gù; chấn thương cắt cụt chi; trẻ bị bố bột nhằm mục đích loại trừ các yếu tố gây nhiễu.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/01/2022 đến tháng 31/10/2022.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành ở 03 xã Thanh Sơn, Thanh Lâm và Đạp Thanh, huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

2.3.1. Cỡ mẫu nghiên cứu: Dùng công thức sau đây để tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu

p: Tỷ lệ SDD thấp còi theo Bộ Y tế [3] là 19,6%

d: Sai số cho phép là 5%

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (với độ tin cậy 95%)

Với hiệu ứng mẫu = 2, cỡ mẫu tính toán được là 486.

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống. Thực tế chọn được 603 cặp mẹ và con đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

2.2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung về trẻ: Giới, lứa tuổi, dân tộc

- Thực trạng suy dinh dưỡng thấp còi: Tỷ lệ SDD thấp còi; Tỷ lệ SDD thấp còi theo tuổi, giới; Mức độ thấp còi theo tuổi giới.

2.2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

a. Thu thập các số đo nhân trắc
- Cân nặng và chiều cao của trẻ được thu thập chuẩn theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới.

- Mời 10 cán bộ của Trung tâm Y tế huyện Ba Chẽ và của 3 Trạm Y tế xã Đạp Thanh, Thanh Lâm và Thanh Sơn tham gia điều tra viên và cộng tác viên tham gia cân, đo và phỏng vấn đối tượng nghiên cứu.

b. Tiêu chuẩn đánh giá

*. Suy dinh dưỡng thấp còi: Sử dụng tiêu

chuẩn đánh giá của WHO (2006):

- Chỉ số chiều cao/tuổi < - 2SD: SDD thấp còi

- Chỉ số chiều cao/tuổi > -2SD: bình thường.

* Đánh giá mức độ SDD thấp còi:

- Chỉ số chiều cao/tuổi từ dưới - 2SD đến -3SD: SDD thấp còi mức độ vừa

- Chỉ số chiều cao/tuổi dưới - 3SD: SDD thấp còi mức độ vừa

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng theo dân tộc (n = 603)

Dân tộc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sán Chi	323	53,6
Dao	150	24,9
Tày	113	18,7
Khác (Kinh, Hoa, Mường, Nùng)	17	2,8

Nhận xét: Người dân tộc Sán Chi chiếm tỷ lệ cao nhất 53,6%, những dân tộc khác (Kinh, Hoa, Mường, Nùng) chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,8%.

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới

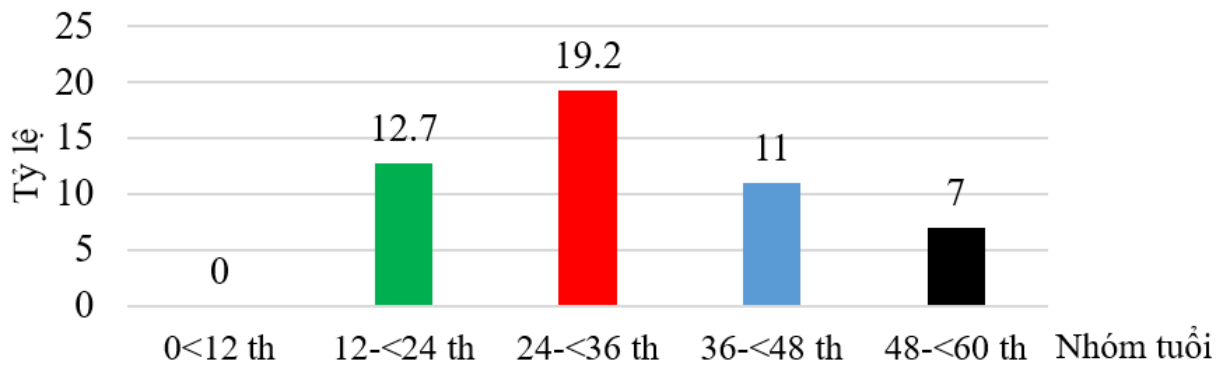
Nhóm tuổi (tháng tuổi)	Nam		Nữ		Tổng số	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
0 - <12	45	58,4	32	41,6	77	0,397
12 - <24	47	46,1	55	53,9	102	
24 - <36	71	54,6	59	45,4	130	
36 - <48	70	51,5	66	48,5	136	
48 - <60	90	57,0	68	43,0	158	
Tổng số	323	53,6	280	46,4	603	

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ trai cao hơn trẻ gái (53,6% so với 46,4%). Nhóm trẻ 48 đến dưới 60 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 26,2%).

Bảng 3.3. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở đối tượng nghiên cứu

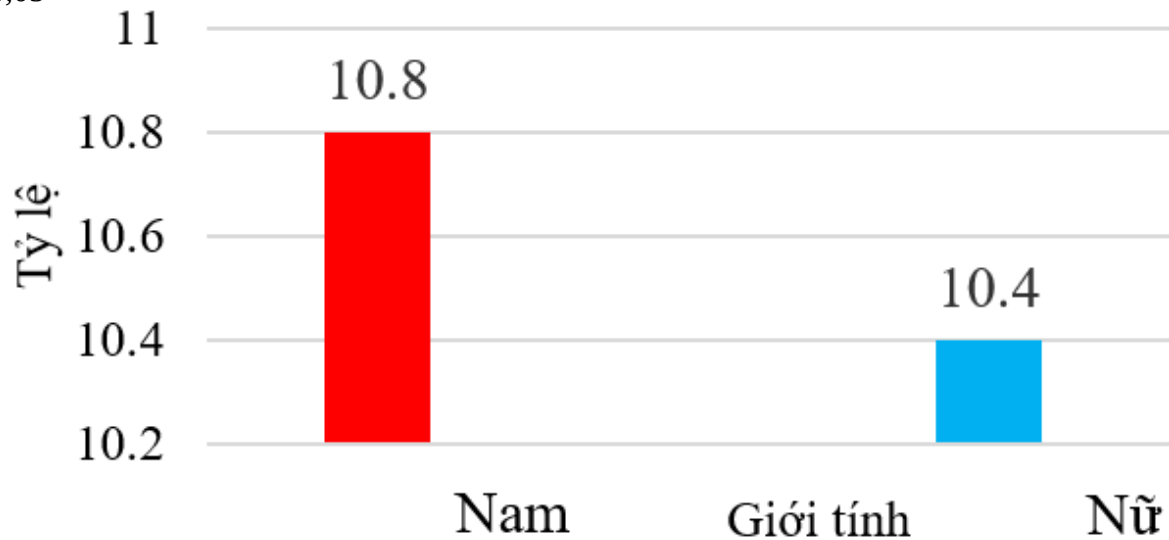
Tình trạng dinh dưỡng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Suy dinh dưỡng thấp còi	64	10,6
Bình thường	539	89,4
Tổng	603	100

Nhận xét: Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi tại 3 xã huyện Ba Chẽ tỉnh Quảng Ninh là 10,6%.



Hình 3.1. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi theo lứa tuổi (n=603)

Nhận xét: Tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất ở nhóm trẻ 24-<36 tháng tuổi (chiếm 19,2%), thấp nhất ở nhóm trẻ 48 - <60 tháng (chiếm 7,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$



Hình 3.2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi theo giới (n = 603)

Nhận xét: Tỷ lệ thấp còi ở nhóm trẻ trai cao hơn so với nhóm trẻ gái (10,8% so với 10,4%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Mức độ suy dinh dưỡng thể thấp còi theo giới

Mức độ SDD thấp còi	Số trẻ SDD thấp còi	Nam		Nữ		P
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nhẹ	57	31	54,4	26	45,6	0,973
Vừa	7	4	57,1	3	42,9	
Tổng	64	35	54,7	29	45,3	

Nhận xét: Đa số trẻ SDD thấp còi mức độ nhẹ (chiếm 89,1%), trong đó tỉ lệ SDD thấp còi ở cả 2 mức độ nhẹ và vừa ở nhóm trẻ trai cao hơn trẻ gái. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.5. Mức độ suy dinh dưỡng thể thấp còi theo tuổi.

Nhóm tuổi (tháng)	Tổng số ca SDD thấp còi	Mức độ thấp còi				P
		Vừa		Nặng		
		Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	
0 - <12	0	0	0	0	0	0,04
12 - <24	13	12	92,3	1	7,7	
24 - <36	25	22	88,0	3	12,0	
36 - <48	15	13	86,7	2	13,3	
48 - <60	11	10	90,9	1	9,1	
Tổng số	64	57	89,1	7	10,9	

Nhận xét: SDD thấp còi hầu hết là ở thể nhẹ 89,1%, so với mức độ vừa chỉ có 10,9%. Ở mức độ nhẹ nhóm 24-<36 tháng có số ca cao nhất là 22, nhóm < 12 tháng không có ca nào. Ở mức độ vừa nhóm 12-<24 tháng có 1 ca, nhóm 24-<36 tháng có 3 ca, nhóm 36-<48 tháng có 2 ca và nhóm 40-<60 tháng có 1 ca, cũng không có ca nào ở nhóm tuổi < 12 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh năm 2022

Nghiên cứu được thực hiện trên 603 trẻ em dưới 5 tuổi tại 03 xã Đạp Thanh, Thanh Lâm và Thanh Sơn của huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh; trong đó người dân tộc Sán Chỉ chiếm tỷ lệ cao nhất 53,6%, những dân tộc khác (Kinh, Hoa, Mường, Nùng) chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,8%. Ở nhóm tuổi 12-<24 tháng tỷ lệ trẻ nữ cao hơn trẻ nam (53,9% so với 46,1%), các nhóm tuổi khác tỷ lệ trẻ nam cao hơn trẻ nữ từ 51,5% đến 58,4%. Nhìn chung, tỷ lệ trẻ nam là 53,1% cao hơn trẻ nữ là 46,4%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả của Trần Văn Điển [4] cho thấy

trong số 1010 trẻ dưới 5 tuổi thì trẻ nam chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ nữ (54,2% so với 45,8%), tương đương kết quả của chúng tôi. Sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu theo lứa tuổi không thể hiện rõ trong nghiên cứu này.

Nguyễn Thị Chi [5] trong tổng số 280 trẻ tham gia nghiên cứu thì có 140 trẻ nam (50%) và 140 trẻ nữ (50%). Tỷ lệ trẻ nam cao hơn trẻ nữ ở nhóm 2 tuổi và 4 tuổi, còn nhóm tuổi khác tỷ lệ trẻ nữ cao hơn trẻ nam. Kết quả khác kết quả của chúng tôi.

Nghiên cứu của Tesfay Tsegay Gebru và cộng sự [6] cho thấy trẻ nữ tham gia nghiên cứu là 56,3%, độ tuổi 12-23 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 26,9%. Kết quả về giới tham gia nghiên cứu khác nhiều với kết quả của chúng tôi. Để giải thích trẻ nam trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có lẽ là do ảnh hưởng của sự mất cân bằng về giới hiện nay ở nước ta.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi là 10,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ SDD của Nguyễn Thị Chi [5] ở Vĩnh Bảo năm 2020 là 27,9%. Tỷ lệ của chúng tôi cũng thấp hơn của Trần Văn Điển [4] là 24,5%. Theo Bộ Y tế [3] công bố kết quả Tổng điều tra tình hình dinh dưỡng năm 2019-2020 cho

thấy tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi toàn quốc là 19,6% cao hơn tỷ lệ của chúng tôi rất nhiều là 10,6% ở mức <20% cho phép theo xếp loại của Tổ chức Y tế thế giới.

Theo Pradyuman Verma và Jang Bahadur Prasad [7] trong tổng quan về SDD thấp còi, gầy còm và nhẹ cân là chỉ số đánh giá tình trạng dinh dưỡng thấp ở trẻ dưới 5 tuổi ở các nước đang phát triển cho thấy: sau khi nghiên cứu 190 nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng thấp, nguồn từ PubMed và Google database, 24 nghiên cứu đạt tiêu chuẩn lựa chọn để đưa vào phân tích gộp. Kết quả phân tích gộp cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi 43,4%. Như vậy tỷ lệ SDD của chúng tôi còn thấp hơn các tỷ lệ này rất nhiều.

Theo Tesfay Tsegay Gebru và cộng sự [6] tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi của trẻ dưới 5 tuổi tại thị trấn Wukro, vùng Tigray, Ethiopia năm 2017-2018 rất cao 49,2% nghĩa là gần một nửa số trẻ nghiên cứu bị thấp còi. Tỷ lệ cao gấp 5 lần tỷ lệ thấp còi của chúng tôi.

Một tổng quan về tỷ lệ SDD của trẻ dưới 5 tuổi tại miền Đông Địa Trung Hải của Emad A Al-Shameri và cộng sự [8] bằng cách sử dụng số liệu của PubMed, Google Scholar, các tác giả nhận định tỷ lệ SDD thấp còi trung bình là 24,2%. Các nước ở khu vực này như Sudan, Yemen, Libya, Afghanistan và Pakistan có tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất trên 30%. So với kết quả này thì tỷ lệ SDD thấp còi trong nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn rất nhiều.

Hình 3.1-2 là tỷ lệ SDD thấp còi theo tuổi và giới. Đối với SDD thấp còi gặp cao nhất ở nhóm 24-<36 tháng, không gặp ở

nhóm 0-<12 tháng, tỷ lệ ở trẻ nam và nữ tương đương 10,8% và 10,4%.

Nhìn chung 3 loại SDD đều gặp tỷ lệ cao nhất ở nhóm 24-<36 tháng và tỷ lệ ở trẻ nam và nữ là tương đương.

Theo Nguyễn Thị Chi [5] thấy tỷ lệ thấp còi cao nhất ở nhóm 2 tuổi (31,1%) và thấp nhất ở nhóm 5 tuổi (25%).

Theo giới, SDD thấp còi trẻ nữ 29,3% cao hơn trẻ nam là 26,4, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

4.2. Mức độ thấp còi theo tuổi, giới

Bảng 3.4-5 là mức độ thấp còi theo giới và theo tuổi.

Chúng tôi chỉ gặp mức độ nhẹ và vừa, chủ yếu là mức độ nhẹ, mức độ này không có sự khác nhau theo giới, chúng tôi thấy thấp còi có sự khác nhau mức độ nhẹ, vừa theo nhóm tuổi ($p=0,04$).

Papia Sultana và cộng sự [9] nghiên cứu 6965 trẻ 0-59 tháng ở Bangladesh để tìm tương quan của thấp còi. Kết quả cho thấy tỷ lệ vừa và nặng của SDD thấp còi, gầy còm và nhẹ cân lần lượt là 25-12%, 11-3,1% và 25-7,9%. Tỷ lệ thấp còi tăng dần theo tuổi cao nhất ở nhóm 36-47 tháng.

Blessing Jaka Akombi và cộng sự [10] nghiên cứu 24.529 trẻ 0-59 tháng tuổi vào năm 2019 tại Nigeria cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi chiếm 29% cao hơn kết quả của chúng tôi. Tác giả còn cho biết 16,4% là SDD nặng. Nhóm tuổi 0-23 tháng chiếm 36,7% và nhóm 0-59 chiếm 21%.

Theo Trần Văn Điền [4] mức độ SDD như sau: SDD nhẹ chiếm 22,5%, vừa 20,0% và không có SDD nặng.

Tác giả cũng gặp chủ yếu là SDD nhẹ và vừa, không gặp SDD nặng. Kết quả này cũng

tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi. SDD nặng ngoài cộng đồng rất hiếm gặp, thậm chí trong bệnh viện hiện nay cũng hiếm gặp SDD mức độ nặng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi là 10,6%. Đa số trẻ SDD thấp còi mức độ nhẹ (chiếm 89,1%), trong đó tỉ lệ SDD thấp còi ở cả 2 mức độ nhẹ và vừa ở nhóm trẻ trai cao hơn trẻ gái. tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất ở nhóm trẻ 24-<36 tháng tuổi (chiếm 19,2%), thấp nhất ở nhóm trẻ 48 - <60 tháng (chiếm 7,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Duy Tường** (2012), “Dịch tễ học các bệnh thiếu dinh dưỡng”, Phạm Duy Tường chủ biên, Dinh dưỡng và vệ sinh an toàn thực phẩm (sách đào tạo bác sỹ chuyên khoa I dịch tễ học thực địa), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.31-35.
2. **Viện Dinh dưỡng** (2020), Báo cáo tình hình thực hiện dự án phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em giai đoạn 2016-2020, Viện Dinh dưỡng, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế** (2021), Công bố kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2019-2020. https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbK5j/content/bo-y-te-cong-bo-ket-qua-tong-dieu-tra-dinh-duong-nam-2019-2020, Truy cập ngày 22/08/2022.
4. **Trần Văn Điển** (2014), Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Kiến Thụy, Hải Phòng, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
5. **Nguyễn Thị Chi** (2020), Tỷ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến SDD thấp còi tại 2 xã Dũng Tiến và Việt Tiến huyện Vĩnh Bảo, Hải Phòng năm 2020, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, chuyên ngành Y tế công cộng, Trường đại học Y Dược Hải Phòng.
6. **Tesfay Tsegay Gebru et al** (2019), “Stunting and associated factors Among under-five children in Wukro town, Tigray region Ethiopia: a cross sectional study”, BMC Res Notes, 14; 12(1): 504.
7. **Pradyuman Verma, Jang Bahadur Prasad** (2021), “ Stunting, wasting and underweight ass indicators off under-nutrition in under five children from developing countries: A systematic review”, BMC Res Notes, 5(5): 102243.doi.10.1016/j.dsx.2021.102243.Epub 2021Aug12.
8. **Emad A Al-Shameri et al** (2022), “Nutritional Status and its determinants in the Eastern Mediterranean Region. A Review”, Saudi med J, 43(4):423-427.doi.10.15537/smj.2022.43.4.20210676.
9. **Papia Sultana et al** (2019), “Correlates of stunting among under five children in Bangladesh: a multilevel approach”, BMC Nutr, 5:41.doi. 10.1186/s40795-019-0304.eCollection 2019.
10. **Blessing J Akombi et al** (2019), “Estimating the double burden of malnutrition among 595.975 children in 65 low and middle income countries: A meta-analysis of demographic and health surveys”, In J Environ Res Public Health, 16(16):2886.doi.10.3390/ijerph16162886.

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG NẶNG Ở BỆNH NHÂN LAO MÀNG NÃO NHIỄM HIV/AIDS

Trần Văn Giang^{1, 2}, Nguyễn Quốc Phương^{1, 2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân lao màng não nhiễm HIV/AIDS

Đối tượng & phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 56 bệnh nhân lao màng não nhiễm HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương và Bệnh viện phổi Trung ương.

Kết quả: Các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân lao màng não nhiễm HIV/AIDS là: thời gian nhập viện muộn dẫn đến tình trạng chẩn đoán và điều trị thuốc lao muộn, ý thức từ li bì đến hôn mê, bệnh nhân có biểu hiện rối loạn tâm thần hoặc biểu hiện rối loạn hô hấp khi nhập viện, tổn thương trên MRI sọ não có giãn não thất hoặc nhồi máu não.

Từ khóa: HIV/AIDS, yếu tố tiên lượng, lao màng não.

Subjects & methods: cross-sectional descriptive study conducted on 56 tuberculosis meningitis patients infected with HIV/AIDS treated at the National Hospital of Tropical Diseases and the National Lung Hospital.

Results: Severe prognostic factors in tuberculosis meningitis patients infected with HIV/AIDS were: late hospitalization time leading to late diagnosis and treatment (OR: 2.5; 95%CI: 1.03- 7.55), consciousness from lethargy to coma (OR: 11.61; 95%CI: 2.85-47.38), signs of mental disorder (OR: 4.86; 95 %CI: 1.45-16.27), or manifestations of respiratory disorders upon admission (OR: 5.7; 95%CI: 1.3-24.81), lesions on brain MRI with dilatation ventricle (OR: 2.67, 95%CI: 1.4-14.9) or cerebral infarction (OR: 8.5; 95%CI: 1.34-54.12).

Keywords: HIV/AIDS, prognostic factors, tuberculosis meningitis.

SUMMARY

SEVERE PROGNOSTIC FACTORS OF TUBERCULOUS MENINGITIS PATIENTS INFECTED WITH HIV/AIDS

Objective: to determine severe prognostic factors in tuberculosis meningitis patients infected with HIV/AIDS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao màng não là một thể lâm sàng nặng của bệnh lao, với tỷ lệ tử vong cao và nhiều biến chứng, đặc biệt khi bệnh nhân đồng nhiễm HIV/AIDS. Tình trạng đồng nhiễm HIV không chỉ làm tăng nguy cơ mắc bệnh lao mà còn khiến việc chẩn đoán và điều trị trở nên phức tạp hơn do hệ miễn dịch suy yếu nghiêm trọng. Mặc dù có những tiến bộ đáng kể trong các phương pháp chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ tử vong và biến chứng vẫn còn cao. Việc xác định được các yếu tố tiên lượng nặng không chỉ giúp nâng cao chất lượng điều trị mà còn cải thiện đáng kể tiên lượng sống còn và chất lượng cuộc sống của

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương
Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang
Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phân biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 6.5.2024

bệnh nhân. Hiện nay, các nghiên cứu về yếu tố tiên lượng nặng trong lao màng não chủ yếu tập trung vào các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng. Tuy nhiên, việc xác định rõ ràng các yếu tố này ở bệnh nhân đồng nhiễm HIV/AIDS vẫn còn hạn chế, đặc biệt là tại Việt Nam, nơi mà tình hình dịch tễ học của bệnh lao và HIV/AIDS còn phức tạp. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu là xác định các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân lao màng não nhiễm HIV/AIDS thông qua việc phân tích và so sánh các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chẩn đoán hình ảnh giữa hai nhóm bệnh nhân: nhóm có tiên triển tốt và nhóm có tiên lượng xấu hoặc tử vong.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 56 bệnh nhân tuổi từ 16 trở lên, không phân biệt giới tính, nhiễm HIV/AIDS được chẩn đoán xác định là lao màng não.

Tiêu chuẩn chẩn đoán lao màng não

Chẩn đoán lao màng não theo Bộ Y tế Việt Nam (2015), Marais (2010).^{1,2}

*. Lâm sàng:

- Có hội chứng não hoặc màng não: đau đầu, buồn nôn, nôn, táo bón, Kernig, cổ cứng, vạch màng não...

- Có thể có dấu hiệu tổn thương dây thần kinh sọ não và dấu hiệu thần kinh khu trú. Các tổn thương tủy sống có thể gây liệt 2 chi dưới (liệt cứng hoặc liệt mềm)

*. Cận lâm sàng: có 2 trong 3 tiêu chuẩn

- DNT: protein > 0,5 g/l, tế bào ≥ 5 tế bào/mm³, đường có thể giảm hoặc bình thường, phản ứng Pandy dương tính

- Tìm thấy bằng chứng vi khuẩn lao trong dịch não tủy (DNT) bằng các phương pháp: soi trực tiếp, nuôi cấy, PCR, GeneXpert.

Tiêu chuẩn chẩn đoán HIV

Theo quy định của Bộ Y tế Việt Nam:³ chẩn đoán xác định HIV được khẳng định bằng xét nghiệm kháng thể HIV: khi mẫu huyết thanh dương tính cả ba lần xét nghiệm bằng ba loại sinh phẩm khác nhau với nguyên lý phản ứng và phương pháp chuẩn bị kháng nguyên khác nhau.

Tiêu chuẩn loại trừ

Chúng tôi loại ra khỏi nghiên cứu các trường hợp sau:

- Bệnh nhân lao màng não kết hợp với viêm màng não do nguyên nhân khác

- Không đáp ứng đầy đủ các chỉ số nghiên cứu.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu (đối với giai đoạn tiền cứu).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương và Bệnh viện phổi Trung ương.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2011 đến tháng 7/2016.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

- Giai đoạn hồi cứu: từ tháng 1/2011 đến tháng 9/2015 (46 bệnh nhân).

- Giai đoạn tiền cứu: từ tháng 10/2015 đến tháng 7/2016 (10 bệnh nhân).

Chúng tôi tiến hành phân tích dựa trên 2 nhóm bệnh nhân

- Nhóm 1: gồm 34 bệnh nhân tiên triển tốt lên so với lúc vào viện và được xuất viện.

- Nhóm 2: gồm 22 bệnh nhân tiên triển xấu đi so với lúc nhập viện hoặc tử vong sau điều trị.

Cách chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Không tính cỡ mẫu, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào

nghiên cứu trong thời gian từ tháng từ 01/2011 đến tháng 07/2016 sẽ được thu thập

Cách thức thu thập thông tin: thông tin bệnh nhân được thu thập theo một mẫu bệnh án.

Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý thống kê y học bằng phần mềm SPSS 25.0.

- Biến rời rạc: tính tỷ lệ phần trăm
- Biến liên tục: tính trung bình và độ lệch chuẩn
- Mô tả biến: dưới dạng tỷ lệ phần trăm với biến định tính, dạng trung bình, trung vị, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất với biến định lượng.

- Kiểm định χ^2 được sử dụng để kiểm tra các biến phân loại, Fisher's exact test khi giá trị kì vọng dưới 5. Các phép kiểm định thích hợp với ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

- So sánh 2 trung bình: nếu biến nghiên cứu là biến chuẩn thì dùng kiểm định T test. Nếu biến nghiên cứu không là biến chuẩn thì dùng kiểm định Mann – Whitney U

Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu đảm bảo tính khoa học, chính xác. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học của Bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/2011 đến 06/2016 chúng tôi thu được 56 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu. Tuổi trung bình $34,48 \pm 6,18$ tuổi, nam chiếm 86%, nữ chiếm 14%.

3.1. So sánh các triệu chứng toàn thân khi vào viện của 2 nhóm

Bảng 1. So sánh các triệu chứng toàn thân khi vào viện của 2 nhóm

Triệu chứng		Nhóm 1 (n = 34)		Nhóm 2 (n = 22)		P
		n	%	n	%	
Thời gian từ khi có triệu chứng lâm sàng đến khi được chẩn đoán	≤ 7 ngày	13	38,2%	4	18,2%	$> 0,05$
	7-14 ngày	11	32,4%	8	36,4%	$> 0,05$
	≥ 15 ngày	10	29,4%	10	45,4%	$< 0,05$
	Mean $\pm$ SD	14,91 $\pm$ 2,13		20,36 $\pm$ 5,1		$< 0,05$
Nhiệt độ	Không sốt	6	17,6%	5	22,7%	$> 0,05$
	$\leq 38^{\circ}\text{C}$	11	32,4%	11	50,0%	$> 0,05$
	$38,1^{\circ}\text{C} - 39^{\circ}\text{C}$	10	29,4%	4	18,2%	$> 0,05$
	$\geq 39,1^{\circ}\text{C}$	7	20,6%	2	9,1%	$> 0,05$
	Sốt về chiều	10	29,4%	8	36,4%	$> 0,05$
	Sốt kéo dài	12	35,5%	13	59,1%	$> 0,05$
Gây sút cân		20	58,8%	17	77,3%	$> 0,05$
Hạch		9	26,5%	3	13,6%	$> 0,05$
Mệt mỏi, kém ăn		30	88,2%	21	95,5%	$> 0,05$
Ra mồ hôi trộm		4	11,8%	1	4,5%	$> 0,05$
Nấm miệng		14	41,2%	10	45,5%	$> 0,05$
Tổn thương da		2	5,9%	3	13,6%	$> 0,05$

Nhận xét: thời gian nhập viện điều trị ở bệnh nhân nhóm 2 là $20,36 \pm 5,1$ ngày muộn hơn so với thời gian nhập viện ở bệnh nhân nhóm 1 là $14,91 \pm 2,1$ ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về triệu chứng toàn thân giữa 2 nhóm bệnh nhân ($p > 0,05$).

3.2. So sánh các triệu chứng cơ năng và thực thể khi vào viện của 2 nhóm

Bảng 2. So sánh các triệu chứng cơ năng và thực thể khi vào viện của 2 nhóm

Triệu chứng	Nhóm 1 (n = 34)		Nhóm 2 (n = 22)		p
	n	%	n	%	
Triệu chứng cơ năng					
Đau đầu	33	97,1%	20	90,9%	> 0,05
Buồn nôn, nôn	30	88,2%	15	68,2%	> 0,05
Táo bón	2	5,9%	1	4,5%	> 0,05
Ỉa lỏng	2	5,9%	3	13,6%	> 0,05
Các dấu hiệu màng não					
Cổ cứng	23	67,7%	20	90,0%	< 0,01
Kernig	16	47,1%	10	45,5%	> 0,05
Vạch màng não	3	8,8%	6	27,3%	> 0,05
Tăng cảm giác da	1	2,9%	0	0%	
Sợ ánh sáng	1	2,9%	1	4,5%	> 0,05
Các dấu hiệu tổn thương não					
Có rối loạn tâm thần	14	41,2%	17	77,3%	< 0,05
Tri giác					
+ Li bì	8	23,5%	10	45,5%	< 0,05
+ Hôn mê	4	11,8%	9	40,9%	< 0,05
Rối loạn cơ tròn	10	30,3%	8	36,4%	> 0,05
Biểu hiện liệt					
+ Liệt nửa người	4	11,8%	5	22,7%	> 0,05
+ Liệt 2 chân	1	2,9%	1	4,5%	> 0,05
+ Liệt thần kinh sọ	1	2,9%	0	0%	
Co giật	4	11,8%	4	18,2%	> 0,05
Rối loạn hô hấp	3	9,1%	8	36,4%	< 0,01

Nhận xét: Các triệu chứng tâm thần kinh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm bệnh nhân. Ở các bệnh nhân nhóm 2 có biểu hiện rối loạn thần kinh là 77,3% cao hơn nhóm 1 là 41,2% ($p < 0,05$). Triệu chứng li bì và hôn mê ở nhóm 1 là 45,5% và 40,9% cao hơn nhóm 1 là 23,5% và 11,8% ($p < 0,05$). Bệnh nhân có biểu hiện rối loạn hô hấp ở nhóm 2 là 36,4% cao hơn nhóm 1 là 9,1%, có ý nghĩa ($p < 0,01$).

3.3. So sánh kết quả dịch não tủy của 2 nhóm**Bảng 3.** So sánh kết quả dịch não tủy của 2 nhóm

Chỉ số		Nhóm 1 (n = 34)		Nhóm 2 (n = 22)		p
		n	%	n	%	
Protein (X) (g/l)	$0,5 \leq X \leq 1$	6	17,6%	7	31,8%	> 0,05
	$1 < X \leq 2$	11	32,4%	5	22,7%	> 0,05
	$2 < X \leq 3$	10	29,4%	5	22,7%	> 0,05
	>3	7	20,6%	5	22,7%	> 0,05
	$\bar{X} \pm SD$	2,52 $\pm$ 2,05		2,17 $\pm$ 1,5		> 0,05
Đường (mmol/l)	Giảm	30	88,2%	20	90,9%	> 0,05
	Bình thường	4	90,9%	2	9,1%	> 0,05
	$\bar{X} \pm SD$	1.4 $\pm$ 0.91		1.3 $\pm$ 0.97		> 0,05
Muối clo (mmol/l)	Giảm	31	91,2%	18	81,8%	> 0,05
	Bình thường	3	8,8%	4	18,2%	> 0,05
	$\bar{X} \pm SD$	104,7 $\pm$ 9,6		106,1 $\pm$ 9,1		> 0,05
Tế bào	≤ 100	5	14,7%	7	31,8%	> 0,05
	101 - 200	9	26,5%	3	13,6%	> 0,05
	≥ 201	20	58,8%	12	54,5%	> 0,05
	$\bar{X} \pm SD$	441,7 $\pm$ 386		420 $\pm$ 106		> 0,05
Thành phần	L > 50%	18	56,3%	14	77,8%	> 0,05
	N > 50%	12	37,5%	4	22,2%	> 0,05
	N = L	2	6,3%	0	0%	> 0,05

Nhận xét: không có sự khác biệt về kết quả xét nghiệm dịch não tủy ở 2 nhóm bệnh nhân.

Bảng 4. So sánh kết quả chụp Xquang phổi và MRI sọ não của 2 nhóm

Chẩn đoán hình ảnh		Nhóm 1		Nhóm 2		p
		n	%	n	%	
Xquang phổi		n = 30		n = 20		
Kết quả	Bất thường	15	50%	12	60%	> 0,05
	Bình thường	15	50%	8	40%	> 0,05
Loại tổn thương	Thâm nhiễm	3	20,0%	1	8,3%	> 0,05
	Nốt	6	40,0%	8	66,7%	> 0,05
	Kê	2	13,3%	1	8,3%	> 0,05
	Xơ	3	20,0%	2	16,7%	> 0,05
	Tràn dịch màng phổi	1	6,7%	3	25,0%	> 0,05
	Các tổn thương khác	6	40,0%	3	25,0%	> 0,05
MRI sọ não		n = 19		n = 12		
Kết quả	Bất thường	15	78,9%	11	91,7%	> 0,05

	Bình thường	4	21,1%	1	8,3%	> 0,05
Loại tổn thương	Nhồi máu não	2	13,3%	6	54,5%	< 0,01
	Phù não	5	33,3%	5	45,5%	> 0,05
	Giãn não thất	3	20,0%	4	36,4%	< 0,05
	U lao ở não	1	6,7%	0	0%	

Nhận xét: không có sự khác biệt về kết quả chụp phim Xquang giữa 2 nhóm bệnh nhân. Tổn thương nhồi máu não ở nhóm 2 là 45,5% cao hơn nhóm 1 là 33,3%, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Tổn thương giãn não thất ở bệnh nhân nhóm 2 là 36,4% cao hơn nhóm 1 là 20%, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Phân tích đa biến các yếu tố có ý nghĩa tiên lượng nặng trong lao màng não của 2 nhóm

Chỉ số	Nhóm 1		Nhóm 2		OR	95% CI	p
	n	%	n	%			
Thời gian nhập viện > 14 ngày	10	29,4 %	10	45,4%	2,5	1,03 - 7,55	0,045
Rối loạn tâm thần	14	41,2%	17	77,3	4,86	1,45 - 16,27	0,008
Ý thức lơ mơ hoặc hôn mê	12	35,3%	19	86,4%	11,61	2,85 - 47,38	0,000
Giai đoạn 2+3	12	35,3%	19	86,4%	11,61	2,85 - 47,38	0,000
Cổ cứng	23	67,6%	20	90,9%	4,78	0,95 - 24,2	0,044
Rối loạn hô hấp	3	9,1%	8	36,4%	5,7	1,3 - 24,81	0,013
Nhồi máu não	2	13,3%	6	54,5%	8,5	1,34 - 54,12	0,022
Giãn não thất	3	20,0%	4	36,4%	2,67	1,4 - 14,9	0,02
CD4 < 50	13	43,3%	9	52,9%	1,47	0,45 - 4,86	0,37

Nhận xét: Khi phân tích đa biến thấy các triệu chứng rối loạn tâm thần, ý thức từ lơ mơ đến hôn mê, giai đoạn 2 và 3, rối loạn hô hấp, tổn thương nhồi máu não và giãn não thất trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não có ý nghĩa tiên lượng độc lập với tình trạng nặng trong lao màng não.

IV. BÀN LUẬN

Trong 56 bệnh nhân lao màng não có nhiễm HIV/AIDS được điều trị tại Bệnh viện bệnh Nhiệt đới Trung ương và Bệnh viện phổi Trung ương, có 34/56 bệnh nhân xuất viện trong tình trạng tốt lên chiếm 61% và 22/56 bệnh nhân tiên lượng xấu đi và tử vong chiếm 39%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến dịch tễ, các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của hai nhóm bệnh nhân là

nhóm tiên triển tốt lên (nhóm 1) và nhóm diễn biến xấu đi và tử vong (nhóm 2) chúng tôi xác định được một số yếu tố có ý nghĩa tiên lượng nặng trong bệnh lao màng não ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS bao gồm: thời gian nhập viện muộn, bệnh nhân có biểu hiện loạn thần cấp, tri giác li bì hoặc hôn mê, bệnh nhân vào viện trong giai đoạn 2, 3 của bệnh, có biểu hiện rối loạn hô hấp khi nhập viện, cứng cổ, về xét nghiệm cận lâm sàng có ý nghĩa tiên lượng là bệnh nhân có tình

trạng giãn não thất hay nhồi máu não trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não, CD4 thấp dưới 50.

Nghiên cứu của Harsimran Kaur (2015) trên 55 bệnh nhân lao màng não cho thấy các yếu tố có ý nghĩa tiên lượng trong bệnh lao màng não là tuổi trên 40 (OR: 6,94; 95%CI là 2,05-23,41; p: 0,001), tiền sử lao trước đó (OR là 1,5 CI95% là 1,72-130,8 với p là 0,001), cứng gáy (OR là 2,949, CI95% là 0,95-9,12 với p là 0,05), giãn não thất (OR là 4,05, CI95% là 1,06-15,4 với p là 0,03).⁴ Nghiên cứu của George EL (2012) cũng nhận xét các yếu tố có ý nghĩa tiên lượng nặng trong bệnh lao màng não là tuổi trên 40, tiền sử lao trước đó, điểm Glasgow dưới 8 điểm, bệnh ở giai đoạn 3.⁵ Nghiên cứu của Gu J (2015) trên 156 bệnh nhân lao màng não nhận thấy các yếu tố làm nặng lên tình trạng của bệnh bao gồm: tuổi trên 60, thời gian nhập viện điều trị muộn, ý thức li bì hoặc hôn mê, giai đoạn bệnh 2,3, tổn thương giãn não thất trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não.⁶ Theo Suzaan Marais (2011) nghiên cứu trên 47 bệnh nhân lao màng não trong đó có 43 bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS, các yếu tố tiên lượng tình trạng bệnh nặng trong lao màng não là CD4 thấp dưới 50.² Nhiều nghiên cứu khác cũng đưa ra các yếu tố có ý nghĩa tiên lượng bệnh trong lao màng não là tuổi cao trên 60, ý thức xấu li bì hoặc hôn mê, giai đoạn bệnh 2,3, thời gian nhập viện, giãn não thất trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ, CD4 thấp, natri máu giảm quá thấp.^{7, 8}

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 1) tính từ khi có triệu chứng lâm sàng đầu tiên đến khi bệnh nhân được nhập viện là khá muộn, thời gian nhập viện trung bình của bệnh nhân nhóm 2 là $20,36 \pm 5,1$ ngày muộn hơn so với thời gian nhập viện của bệnh

nhân nhóm 1 trung bình là $14,91 \pm 2,13$ ngày. Ở nhóm 2 bệnh nhân nhập viện sau 3 tuần là 45,4% nhiều hơn so với nhóm 1 là 29,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có biểu hiện loạn thần cấp cũng là 1 yếu tố tiên lượng nặng của bệnh lao màng não. Ở bệnh nhân nhóm 2 có 77,3% có biểu hiện loạn thần cấp cao hơn nhóm 1 là 41,2%, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$). Phân tích đa biến cho thấy loạn thần cấp là yếu tố tiên lượng độc lập với tình trạng nặng của bệnh lao màng não (OR:4,86; 95%CI: 1,45 - 16,27).

Đánh giá tình trạng ý thức khi bệnh nhân nhập viện, chúng tôi nhận thấy đa phần bệnh nhân nhóm 2 nhập viện trong tình trạng ý thức li bì hoặc hôn mê chiếm 86,4% cao hơn nhóm 1 là 35,3%, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$). Phân tích đa biến cũng cho thấy ý thức bệnh nhân khi nhập viện trong tình trạng li bì hoặc hôn mê là yếu tố tiên lượng độc lập với tình trạng bệnh (OR:11,61; 95%CI: 2,85 - 47,38).

Khi phân tích đơn biến triệu chứng cổ cứng ở 2 nhóm bệnh nhân, chúng tôi thấy rằng triệu chứng cổ cứng ở nhóm 2 là 90% cao hơn nhóm 1 là 67,6%, sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0,05$. Khi phân tích đa biến triệu chứng cổ cứng có tỷ xuất chênh OR:4,78, khoảng tin cậy 95% của tỷ xuất chênh là 0,95 - 24,2.

Một yếu tố tiên lượng trên lâm sàng nữa là biểu hiện rối loạn hô hấp khi nhập viện cũng là yếu tố tiên lượng cho tình trạng nặng của bệnh lao màng não. Trong nhóm bệnh nhân nặng lên và tử vong là nhóm 2 có đến 36,4% có biểu hiện rối loạn hô hấp tại thời điểm nhập viện cao hơn nhóm 1 là 9,1%, sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0,01$. Các biểu hiện

rối loạn hô hấp như: thở nhanh, khó thở, tím tái, rối loạn nhịp thở...Phân tích đa biến về triệu chứng rối loạn hô hấp cho thấy tỷ xuất chênh OR là 5,7, khoảng tin cậy 95% của tỉ xuất chênh là 1,3 - 24,81.

Phân tích đơn biến và đa biến các triệu chứng cận lâm sàng giữa hai nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hình ảnh nhồi máu não và giãn não thất trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não và CD4 giảm thấp dưới 50 là yếu tố có giá trị tiên lượng trong bệnh lao màng não ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS.

Trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não, tổn thương nhồi máu não gặp ở bệnh nhân nhóm 2 là 54,5% cao hơn so với nhóm 1 là 13,3% sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$), tỷ xuất chênh là 8,5, khoảng tin cậy 95% của tỷ xuất chênh là 1,34 - 54,12. Giãn não thất gặp ở bệnh nhân nhóm 2 là 36,4% cao hơn nhóm 1 là 20,0%, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$), tỷ xuất chênh là 2,67, khoảng tin cậy 95% của tỷ xuất chênh là 1,4 - 14,9.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố có ý nghĩa tiên lượng nặng ở bệnh nhân lao màng não nhiễm HIV/AIDS là: thời gian nhập viện muộn dẫn đến tình trạng chẩn đoán và điều trị thuốc lao muộn, ý thức từ li bì đến hôn mê, bệnh nhân có biểu hiện rối loạn tâm thần hoặc biểu hiện rối loạn hô hấp khi nhập viện, tổn thương trên MRI sọ não có giãn não thất hoặc nhồi máu não.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn đến Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương đã giúp đỡ trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** (2015). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao. Quyết định số 4263/ QĐ-BYT, kí ngày 13 tháng 10 năm 2015
2. **Marais S., Thwaites G., Schoeman J. F., et al.** (2010). Tuberculous meningitis: a uniform case definition for use in clinical research. The Lancet infectious diseases. **10(11)**, 803-812.
3. **Bộ Y tế.** (2009). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS. Quyết định số 3003/ Q Đ – BYT, kí ngày 19 tháng 8 năm 2009
4. **Kaur H., Sharma K., Modi M., et al.** (2015). Prospective Analysis of 55 Cases of Tuberculosis Meningitis (TBM) in North India. J Clin Diagn Res. **9(1)**, DC15-9.
5. **George E. L., Iype T., Cherian A., et al.** (2012). Predictors of mortality in patients with meningeal tuberculosis. Neurology India. **60(1)**, 18.
6. **Gu J., Xiao H., Wu F., et al.** (2015). Prognostic factors of tuberculous meningitis: a single-center study. Int J Clin Exp Med. **8(3)**, 4487-93.
7. **Hsu P.-C., Yang C.-C., Ye J.-J., et al.** (2010). Prognostic factors of tuberculous meningitis in adults: a 6-year retrospective study at a tertiary hospital in northern Taiwan. Journal of Microbiology, Immunology and Infection. **43(2)**, 111-118.
8. **Croda M. G., Vidal J. E., Hernández A. V., et al.** (2010). Tuberculous meningitis in HIV-infected patients in Brazil: clinical and laboratory characteristics and factors associated with mortality. International Journal of Infectious Diseases. **14(7)**, e586-e591.